

Fall und Kommentare

Zur Frage der Chancen der Operation bei einem Patienten, der Bluttransfusionen ablehnt

Nachdem in einem auswärtigen Krankenhaus eine aufwendige Gefäßoperation durchgeführt wurde, in deren Folge sich ein Nierenversagen einstellte, wird Herr A. in eine andere Klinik verlegt, da diese seinem Wohnort näher liegt. Der Patient gehört der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas an und hatte bereits erhebliche Schwierigkeiten, für die Primäroperation ein Krankenhaus zu finden, welches seinem Wunsch zustimmte, keine Bluttransfusion durchzuführen.

Bei der Übernahme ist der Patient tief sediert, intubiert und katecholaminpflichtig. Kurze Zeit nach seinem Eintreffen auf der Intensivstation erscheint auch die Ehefrau des Patienten zusammen mit einem Rechtsanwalt. Sie weist eine Patientenverfügung vor, die vom Patienten mehrfach durch seine Unterschrift bekräftigt wurde, worin unter anderem ausgeführt wird, dass auf eine Bluttransfusion in jedem Falle, auch bei drohendem Tod des Patienten zu verzichten sei. Die Ehefrau und der Rechtsanwalt wollen in jedem Falle von allen Schritten, die auf der Intensivstation unternommen werden, informiert werden und drohen mit rechtlichen Konsequenzen.

Nachdem es zunächst so scheint, als lägen die Hauptprobleme in der Versorgung des Nierenversagens als postoperative Komplikation, wird bereits sehr kurze Zeit nach der Übernahme klar, dass ein gastrointestinaler Blutverlust die Ursache für die Kreislaufinsuffizienz des Patienten ist. Bei der im weiteren durchgeführten Notfallendoskopie zeigt sich eine Blutung aus einem hinterwandseitig gelegenen Ulcus duodeni im Stadium Forrest Ia (arterielle spritzende Blutung). Diese kann vorübergehend zum Stillstand gebracht werden, obwohl der Untersucher auf die Möglichkeit einen sogenannten Fibrinkleber zu verwenden aufgrund der Äußerung, es dürften keine Blutprodukte verabreicht werden, verzichten musste. Der deutlich sichtbare Gefäßstumpf und die sehr ungünstige Lage der Blutungsquelle, die auch von erfahrenen Untersuchern nur schwer erreicht werden kann, wird als prinzipielle Operationsindikation für eine Ulcusexzision und Übernähung gesehen. Das besondere Problem hierbei ist, dass bei einer erneuten Blutung die durch das Blut zusätzlich erschwerte Sicht eine erneute endoskopische Therapie unmöglich machen würde. Der Fall wird dem zuständigen Chirurgen und der Ehefrau des Patienten, als auch ihrem Rechtsanwalt mitgeteilt.

Zu diesem Zeitpunkt hat sich die klinische Situation des Patienten weiter verschlechtert. Das Nierenversagen erfordert eine kontinuierliche Hämodialyse, wofür die Blutgerinnung kontinuierlich herabgesetzt werden muss, was das Blu-

tungsrisiko weiter erhöht. Die inzwischen erforderlich gewordene Katecholaminosis ist geeignet, eine Minderdurchblutung lebenswichtiger Organe, wie beispielsweise des Magen-Darm-Traktes mit nachfolgender Sepsis auszulösen. Insbesondere die Anämie in Kombination mit einer bekannten koronaren Herzkrankheit lässt eine koronare Ischämie und damit ein völliges Kreislaufversagen befürchten. Der Hämoglobinwert beträgt zu diesem Zeitpunkt 49 g/l (normal: 128–160 g/l).

Die Situation wird der Ehefrau des Patienten erklärt. Sie wünscht daraufhin die Operation ihres Mannes. Der Chirurg hat inzwischen sehr ausführliche Rücksprache mit seinen Kollegen genommen und lehnt eine Operation ab für den Fall, dass weiterhin eine Bluttransfusion nicht zur Diskussion steht. Als Grund hierfür benennt er die deletäre Kreislaufsituation des Patienten sowie die Tatsache, dass mit einer Operation im Oberbauch selbst bei sorgfältigster Operationstechnik ein weiterer Blutverlust verbunden wäre. Er schätzt das Risiko des Patienten, zu versterben aufgrund des durch die Operation hervorgerufenen Blutverlustes, auf nahezu 100% ein. Inzwischen wird Herr A. zusätzlich zur medikamentösen Ulcusterapie mit Erythropoetin, Eisen, Folsäure und Vitaminen in höchsten Dosen substituiert. Weitere Endoskopien sind im Verlauf erforderlich geworden, der Befund ist unverändert. Nachdem der Hb-Wert auf 36 g/l abgefallen ist, wird die Situation erneut mit den Angehörigen diskutiert.

Weiterhin ist die Ehefrau überzeugt, dass ihr Mann, falls er sprechen könnte, einer Bluttransfusion in keinem Falle zustimmen würde. Sie wünscht jetzt die sofortige Operation ihres Mannes und droht mit einer Klage aufgrund unterlassener Hilfeleistung. Der Chirurg bleibt bei seiner Stellungnahme, dass eine Operation den Patienten in höherem Maße gefährden würde als die Belassung der gegenwärtigen Situation. Die Aussage der Ehefrau des Patienten und das Patiententestament werden den nachfolgenden diensthabenden Ärzten als schriftliche Niederlegung bzw. Photokopie übergeben, und sie werden angewiesen, keine Bluttransfusion vorzunehmen.

Es stellen sich hierzu eine Reihe von Fragen:

1. Kann der Chirurg unter der Maßgabe, dass die Ehefrau den Patienten wirksam vertreten kann, dazu gezwungen werden, einen solchen Eingriff bei aktuell fehlender akuter Blutung vorzunehmen (hohes Risiko der tödlichen Reizdivblutung / sehr hohes Risiko der Operation)?
2. Wie würde die Frage 1 zu beantworten sein im Falle einer akuten Blutung, die endoskopisch nicht gestillt werden kann (fast sicher tödliche Blutung / sehr hohes Risiko der Operation)?
3. Wie wäre das Verhalten eines Arztes im Nachtdienst zu beurteilen, der bei drohendem Kreislaufversagen mehrere Blutkonserven transfundiert, da es seiner persönlichen Überzeugung entspricht, dass der absolute Lebensschutz Vorrang hat vor einem, wenn auch mit hoher Sicherheit richtig erfassten, aber in Anbetracht der Situation eben doch „nur vermuteten“ Willen?

Kommentar I

Im vorliegenden Fall mit der lebensbedrohlichen Blutung aus einem Zwölffingerdarmgeschwür, die einmal durch endoskopische Behandlungstechnik zu stillen war, und einer schweren Blutarmut auch im Gefolge einer Gefäßoperation mit folgendem Nierenversagen und Dialysepflichtigkeit ist das Risiko für den Kranken, an dieser komplexen Krankheit zu sterben, sehr groß. Die besondere Situation bei einem Mitglied der Zeugen Jehovas mit der generellen Verweigerung jeder Form von Blutübertragung bewirkt eine deutliche Steigerung des Risikos. Diese Glaubensüberzeugung der Zeugen Jehovas wird heute von den meisten Ärzten respektiert. Die Achtung vor der Autonomie des Patienten verbietet jede noch so gut gemeinte Übertretung des Transfusionsverbotes. Nach geltender Rechtsprechung muss der Arzt mit strafrechtlichen und zivilrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Da jede Operation unter diesen erschwerten Umständen für den Operateur und den Anaesthesisten eine sein Gewissen belastende Zumutung darstellt, kann er den Eingriff ablehnen. Er sollte sich aber vorher fragen, ob seine Ablehnung bei Beachtung aller heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Operationstechnik und der Blutersatzverfahren nicht doch unangemessen ist. Die Angst vor einem „Exitus in Tabula“ - jedem von uns eingepflanzt – ist ein schlechter Ratgeber. Zahlreiche Berichte in der medizinischen Literatur über erfolgreich durchgeführte große Operationen an Mitgliedern der Z.J. ohne Bluttransfusion sollten zu denken geben.

Eine pragmatische Lösung dieses Problems wird von den Zeugen Jehovas in größeren Städten mit mehreren Krankenhäusern angestrebt. In Bielefeld wurde vor neun Jahren durch meine Vermittlung folgendes Übereinkommen zwischen den fünf Krankenhäusern und den Zeugen Jehovas getroffen: Jeder Chefarzt und selbstverantwortlich operierende Oberarzt wurde um seine Bereitschaft gefragt, ob er gegebenenfalls ein Mitglied der Zeugen Jehovas ohne Bluttransfusion operieren würde. Die gleiche Frage wurde auch den Anaesthesisten vorgelegt. Die Liste mit den schriftlichen Zusagen der Ärzte wurde dem Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas zugestellt. Dadurch wurde erreicht, dass in einzelnen Fällen Patienten mit diesen schwierigen Indikationen rechtzeitig in eine Klinik verlegt werden konnten, in der ein OP-bereites Team gerade Dienst hatte.

Nach diesen grundsätzlichen Ausführungen möchte ich die Fragen folgendermaßen beantworten:

1. Kein Arzt kann dazu gezwungen werden, gegen sein Gewissen zu handeln. Hier stehen sich die Gewissensprobleme von Patient und Arzt gleichwertig gegenüber. Aus den oben angeführten Gründen sollte sich aber der Arzt vor einer Ablehnung kritisch prüfen.
2. Das Risiko einer erneuten Blutung aus dem Gefäßstumpf des Ulcus duodeni muss nach der Fallschilderung als sehr hoch angesetzt werden. Die besseren Überlebenschancen hätte der Patient, wenn eine erneute endoskopische Blutstillung, evtl. unter Einsatz von Fibrinkleber, Erfolg hätte. Nach Auskunft der

Zeugen Jehovas kann ein Fibrinkleber wie auch Albumin mit Einverständnis des Patienten angewandt werden. Nach ihrem Glauben dienen diese Derivate nicht „der Ernährung des Körpers“, sondern der „Verbesserung der Wundheilung“. Sollte die endoskopische Blutstillung auch beim erfahrensten Kollegen misslingen, würde die unter Punkt 1 genannte Antwort gelten.

3. Da bei Zeugen Jehovas in der Regel die Verweigerung einer Bluttransfusion angenommen werden muss, hat jede Zuwiderhandlung des Transfusionsverbotes mit straf- und zivilrechtlichen Folgen zu rechnen. Im Schrifttum ist von der „Behandlung des ganzen Menschen“ die Rede. Dem Kranken wäre nicht geholfen, wenn er durch eine Transfusion in ein u.U. lebenslanges emotionales Trauma gestürzt würde. Die ärztliche Behandlung muss bei ganzheitlicher Betrachtung neben dem körperlichen auch das seelische und soziale Wohlbefinden des Patienten im Auge haben.

Kommentar II

Die in der Überschrift formulierte Frage des vorliegenden Falles heißt: „Kann man einen Patienten operieren, bei dem im Rahmen einer postoperativen Komplikation ein Nierenversagen aufgetreten ist, der zudem eine bedrohliche Herzkrankung und ein Zwölffingerdarmgeschwür hat, dessen Kreislaufsituation prognostisch schlecht ist, der nun aus einer schwer zugänglichen arteriellen Quelle innerhalb des Ulcus blutet und dem man – die Gründe mögen zunächst keine Rolle spielen – kein Blut infundieren kann?“ Aus der Sicht des Ethikers ist dies eine Frage, die ausschließlich die ärztliche, speziell chirurgische Kompetenz betrifft. Die Entscheidung, ob angesichts des geschilderten Befundes eine Operation als möglicherweise lebensrettend indiziert ist, ist die Aufgabe des Operateurs. Der Arzt ist verpflichtet, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln und darf einen Eingriff nicht wider besseres Wissen vornehmen. Nun mag auch in einem Fall wie dem vorliegenden die Einschätzung der Operationsindikation unter chirurgischen Kollegen umstritten sein. Dann hat nicht nur der Patient das Recht, sich einen anderen Arzt zu nehmen, sondern der Arzt hat umgekehrt auch die Pflicht, dem Patienten den Weg zu einem Kollegen zu bahnen. An der individuellen ärztlichen Entscheidung ändert dies nichts, und weder der Patient noch seine Angehörigen haben das Recht, etwas zu fordern, was der Arzt nach seinem Wissen und Gewissen nicht zu leisten vermag. Dieser würde sich u.U. sogar eines Kunstfehlers schuldig machen. Insoweit beantworten sich Frage 1 und 2 aus der Sicht der Medizinethik gleichermaßen mit dem Verweis auf das medizinische Sachwissen und die ärztliche Erfahrung.

Für die behandelnden Ärzte, die den Fall vorgetragen haben, kompliziert sich der Sachverhalt jedoch dadurch, dass der Patient eine Bluttransfusion nachweisbar aus *religiösen* Gründen ablehnt, zur Zeit der erforderlichen Entscheidung *nicht einwilligungsfähig* ist, und sein Leben nach den *Regeln der Schulmedizin* möglicherweise zu retten wäre. Diese Situation, die trotz aller Rechtsurteile (vgl. z.B. [2], S. 332) bei Ärzten wie Pflegenden immer wieder auf Widerstand gegen den Patientenwillen stößt, beinhaltet mehrere ethische, nach wie vor umstrittene Fragen:

- Ist die religiös begründete Ablehnung einer medizinisch indizierten Bluttransfusion eine rationale und freiwillig getroffene Entscheidung?
- Ist die Selbstbestimmtheit einer Entscheidung bei religiös bzw. stark weltanschaulich gebundenen Gemeinschaften in Frage zu stellen?
- Wie kann die autonome Entscheidung eines Patienten verifiziert werden?
- Welche Erfordernisse ergeben sich aus der Fürsorgepflicht des Arztes, wenn das Leben des Patienten bedroht ist?
- Wie können Wertkonflikte bezüglich der Bluttransfusion einvernehmlich zum Wohle des Patienten gelöst werden?

Die Ablehnung einer Bluttransfusion beruht auf einer Bibelauslegung und stellt eine *religiöse Überzeugung* der Zeugen Jehovas dar, die nicht in die Zuständigkeit einer medizinethischen Beurteilung fällt. Dennoch fallen Ärzte wie Pflegenden moralische Urteile und fühlen sich aufgrund ihrer Ablehnung der entsprechen-

den Glaubenssätze mit dem Argument der Irrationalität (vgl. [5]; [9]) nicht an den Patientenwillen gebunden. Zusätzlich spielt die Vermutung eines Gruppenzwangs innerhalb der Glaubensgemeinschaft eine wesentliche Rolle. Dies unterstellt auch die ausführliche und heftige Debatte im Journal of Medical Ethics 1998 um Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit bei Patientenentscheidungen von Jehovas Zeugen [3; 4; 5; 6]. Wie weit sehen sich die Mitglieder z.T. subtilem, z.T. sehr deutlichem Zwang, psychischem Druck und sozialen Sanktionen ausgesetzt, wenn sie Teile der Lehre in Frage stellen? Derartige Überlegungen können berechnete gesellschaftliche Anfragen und nicht zuletzt Thema für Reflexion und Auseinandersetzung innerhalb einer religiösen Gemeinschaft sein. Sie sind jedoch keine Grundlage für eine grundsätzliche Ablehnung des Patientenwillens. Die Frage des Charakters von Rationalität oder Irrationalität religiöser Überzeugungen kann hier nicht diskutiert werden. Der Respekt vor der Glaubensfreiheit des Patienten und seiner festen Bindungen innerhalb seiner Gemeinschaft sind zu achtende Persönlichkeitsrechte. Entsprechend scheint es mir auch eine Grenzüberschreitung ärztlicher Fürsorgepflicht zu sein, wenn der Arzt im Gespräch mit dem Patienten dessen Glaubensüberzeugungen in Frage stellt.

Die Beurteilung der *Einwilligungsfähigkeit* eines Patienten ist jedoch in jedem Einzelfall ärztliche Aufgabe und Voraussetzung für eine informierte Zustimmung in therapeutische Maßnahmen. Zur autonomen Entscheidung gehören neben der Einwilligungsfähigkeit vor allem Information und Freiwilligkeit. Unter diesem Aspekt ist eine behutsame Eruiierung der Freiwilligkeit einer Zustimmung oder Ablehnung im Einzelfall geboten. Im konkreten vorgestellten Fall lässt die Tatsache, dass der Patient sich im Vorfeld seines lebensbedrohlichen Zustandes intensiv um ein Krankenhaus bemüht hat, das eine „aufwendige Gefäßoperation“ ohne Bluttransfusionen durchzuführen bereit war, keinen ernsthaften Zweifel daran, dass er die erforderlichen Informationen einschließlich der Konsequenzen seiner persönlichen Entscheidung gekannt, bewusst verarbeitet und seiner Zustimmung zugrundegelegt hat. Diesen Willen hat er zudem zeitnahe zum Ereignis mehrfach schriftlich bekundet.

Konflikte ergeben sich aus der kontroversen Einschätzung der *Lebenserhaltungspflicht*. Das vorliegende Beispiel zeigt in typischer Weise die Kollision zweier Prinzipien: Fürsorgepflicht des Arztes und Autonomie des Patienten geraten in Widerspruch. Die Fürsorgepflicht des Arztes verlangt jedoch nur die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten in die vorgeschlagene Therapie. Lehnt der einwilligungsfähige Patient eine Therapie ab, so bindet dies den Arzt auch dann, wenn die Entscheidung des Patienten dessen Tod zur Folge haben kann. Grundsätzlich wird die Einschätzung schwieriger, wenn der Patient bewusstlos und nur der „mutmaßliche Wille“ Grundlage der Entscheidung ist. Ob die Ehefrau des Patienten im vorliegenden Fall gültig den Willen des Patienten zum Ausdruck bringt, wäre zu prüfen (zu einem späteren Zeitpunkt ist vom Gespräch mit den Angehörigen die Rede, deren Standpunkte unbenannt bleiben). Dies ist jedoch angesichts einer klar formulierten Verfügung und sicherlich auch auf der Basis früher dokumentierter Gespräche mit dem Patienten nicht von Belang. Man muss davon ausgehen, dass die Verfügung des Patienten unzweideutig ist und Bluttransfusionen ablehnt. Daraus ergibt sich die Beantwortung der dritten Frage: Alle behandelnden Ärzte sind an den Willen des Patienten gebunden. Ein Zuwiderhandeln ist weder ethisch noch rechtlich zulässig.

Trotzdem bleibt die Hilflosigkeit der Ärzte angesichts des *nach schulmedizinischen Kriterien* höchst wahrscheinlich *vermeidbaren Todes*. Im vorliegenden Fall besteht offensichtlich ein fundamentales Misstrauen gegenüber den Ärzten,

das die Ehefrau dazu veranlasst, in Begleitung eines Rechtsanwaltes zu kommen, was auf Erfahrungen der Missachtung ihrer Glaubensüberzeugungen zurückzuführen sein dürfte. Hier ist dringend darauf hinzuweisen, dass nur ein kommunikatives und organisatorisches Netz zwischen den Zeugen Jehovas und klinischen Versorgungseinrichtungen das nötige Vertrauensverhältnis und Einvernehmlichkeit in therapeutischen Entscheidungen herstellen kann. Die Zeugen Jehovas stellen ausführliche Informationen zu Alternativbehandlungen und Operationsmethoden ohne Blutübertragungen bereit, so dass das Problem auf Dauer entschärft werden könnte. Ein weiterer ethisch wichtiger Aspekt betrifft die Kostenübernahme im Falle teurerer Behandlungsformen und haftungsrechtliche Aspekte angesichts der Ablehnung der Regelbehandlung (vgl. dazu u.a. [1]; [7]; [8]) Der Bericht lässt leider vermuten, dass diese Informationen weder eingeholt noch Alternativen in Ruhe diskutiert wurden.

Literatur

1. Bender AW (1999) Zeugen Jehovas und Bluttransfusion. Eine zivilrechtliche Betrachtung. *Medizinrecht* Heft 6: 260–267
2. Deutsch E (1999) *Medizinrecht*. 4. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York
3. Malyon (1998) Transfusion-free treatment of Jehovah's Witnesses: respecting the autonomous patient's rights. *Journal of Medical Ethics* 24: 302–307
4. Malyon (1998) Transfusion-free treatment of Jehovah's Witnesses: respecting the autonomous patient's motives. *Journal of Medical Ethics* 24: 376–381
5. Muramoto O (1998) Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: part 1. Should bioethical deliberation consider dissidents' views? *Journal of Medical Ethics* 24: 223–230
6. Muramoto O (1998) Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: part 2. A novel approach based on rational non-interventional paternalism. *Journal of Medical Ethics* 24: 295–301
7. Orr RD, Genesen LB (1998) Medicine, ethics and religion: rational or irrational? *Journal of Medical Ethics* 24: 385–387
8. Savulescu J (1998) Two worlds apart: religion and ethics. *Journal of Medical Ethics* 24: 382–384
9. Schöne-Seifert B, Eickhoff C (1996) Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken. Wie würden Ärzte und Pflegende entscheiden? Eine Vignettenstudie. *Ethik Med* 8: 197