

## 1. Zweck

Die Verfahrensweisung dient der Orientierung von Mitarbeitenden der UMG bei der Behandlung von Zeugen Jehovas und deren Kindern. Sie wurde im Auftrag des Vorstands der UMG gemeinsam mit verschiedenen Kliniken und dem Klinischen Ethikkomitee erarbeitet.

Bei Bedarf kann diese Verfahrensweisung durch spezifische Empfehlungen für einzelne Kliniken konkretisiert werden.

Das Klinische Ethikkomitee steht als Ansprechpartner bei ethischen Fragen gerne zur Verfügung (Tel. 39-35343, E-Mail: [kek@med.uni-goettingen.de](mailto:kek@med.uni-goettingen.de)).

## 2. Geltungsbereich

Diese Verfahrensweisung gilt für alle medizinischen Organisationseinheiten der UMG.

## 3. Verantwortlichkeiten

Die Leitung jeder medizinischen Organisationseinheit ist verantwortlich für die Umsetzung der Verfahrensweisung innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs. Dazu gehören die Schulung und Sensibilisierung des ärztlichen Dienstes und Pflegepersonals, die Sicherstellung der Einhaltung der Vorgaben sowie die Abstimmung mit den fachlich beteiligten Organisationseinheiten.

## 4. Ablauf

### 4.1. Grundsätzliches zur Behandlung von Zeugen Jehovas

Zeugen Jehovas bejahen im Allgemeinen die moderne Medizin. Fremdblutfreie Medikamente, einschließlich Volumenersatzmittel, sowie anästhesiologische und chirurgische Verfahren werden generell akzeptiert. Die Ablehnung von Blut in der medizinischen Behandlung beruht auf einer religiösen Überzeugung, die auf Bibelstellen wie 1. Mose 9,4 und Apostelgeschichte 15,29 basiert (Dreuw 2026).

#### 4.1.1. Grundsätzliches zur Behandlung von Zeugen Jehovas

Unter die **strikte Ablehnung** fallen *Vollblut und dessen Hauptbestandteile* (Erythrozyten, Thrombozyten, Leukozyten, Blutplasma)

In die **Gewissensentscheidung des Einzelnen** fallen:

- *Präoperative Eigenblutspende* zur späteren Transfusion
- *Derivate der Hauptbestandteile* (z. B. Gerinnungsfaktoren, Fibrinkleber, Immunglobuline, Albumin und Interferone)
- *Intraoperative Verfahren* (z. B. maschinelle Autotransfusion (Cell Saver) und Hämodilution)
- *Herz-Lungen-Maschine* und *Dialyse*

In der Regel **akzeptiert** werden *rekombinante Produkte* (z. B. Erythropoetin, rekombinanter Faktor VII)

#### 4.1.2. Ethische und rechtliche Verpflichtungen

Das **Selbstbestimmungsrecht** (Art. 2 Abs. 1 GG) und die **Glaubensfreiheit** (Art. 4 GG) der behandelten Person ist zu respektieren. Der medizinische Dienst ist nicht befugt, die Glaubensüberzeugungen der behandelten Person in Frage zu stellen, da diese nicht in die Zuständigkeit einer medizinethischen Beurteilung fallen.

**Ethische Konflikte** können insbesondere bei nicht-einwilligungsfähigen Personen, minderjährigen Personen und schwangeren Personen entstehen.

**Gewissenskonflikte der Mitarbeitenden:** Entscheidungen zur Behandlung bzw. Nicht-Behandlung dürfen nicht zu einer Weisungspflicht führen, die einzelne Mitarbeitende vor unzumutbare ethische Gewissenskonflikte stellt. Mitarbeitende, die aufgrund ihres Gewissens schwer belastet wären, sollten von der weiteren Versorgung freigestellt werden.

#### 4.2. Patientenwille und Aufklärung

##### 4.2.1. Feststellung und Dokumentation des Willens

Der individuelle Wille der behandelten Person ist im Aufklärungsgespräch festzustellen und schriftlich zu dokumentieren. Oftmals liegen Patientenverfügungen vor, die die Ablehnung von Blut in der medizinischen Behandlung ausdrücklich dokumentieren.

Das **Aufklärungsgespräch** muss folgende Punkte umfassen:

- Die *blutsparenden Behandlungsmöglichkeiten* („Patient Blood Management“, siehe Abschnitt 4.6)
- Die *individuellen Konsequenzen* eines Transfusionsverzichts, einschließlich bleibender Schäden oder Tod
- Die *Klärung, welche Derivate und Verfahren im Einzelfall akzeptiert werden*, da hierzu unterschiedliche Auffassungen existieren (siehe Abschnitt 1.1)

**Durchführung und Re-Evaluation:** Alle Gespräche sind *sorgfältig zu dokumentieren*. Die Gesprächsergebnisse sollten, falls möglich, von einer weiteren Person gegengezeichnet werden.

Zur Gewährleistung einer klaren Definition, welche Blutprodukte, Blutderivate und perioperative maschinelle Verfahren abgelehnt oder akzeptiert werden, soll ergänzend zur üblichen Aufklärungsdokumentation der **Fragebogen „Einsatz von Blutprodukten bei Zeugen Jehovas“** verwendet werden.

Der Wille der behandelten Person ist *regelmäßig zu re-evaluieren*. Zeigt sich die behandelte Person mit Blick auf ihre bisherige Ablehnung einer Transfusion ambivalent bzw. unsicher, soll die Möglichkeit einer Transfusion erneut angeboten werden. Ferner soll die Möglichkeit einer vertraulichen Transfusion angeboten werden.

Entscheidet sich die behandelte Person für eine Transfusion, ist zu klären, wer über diese Entscheidung informiert werden darf.

##### 4.2.2. Schutz der Entscheidungsfreiheit und Schweigepflicht

**Vermeidung von Druck:** Das Aufklärungsgespräch zur Transfusion sowie die weitere Behandlung sollten so gestaltet werden, dass *externer Druck auf die behandelte Person* (z. B. durch das soziale Umfeld oder das Behandlungsteam) *nach Möglichkeit verhindert wird*. Es empfiehlt sich, mit der behandelten Person im Vorfeld zu klären, ob das Aufklärungsgespräch allein mit ihr oder in Anwesenheit einer von ihr benannten Vertrauensperson erfolgen soll.

Die **Einbeziehung des Krankenhaus-Verbindungskomitees** der Zeugen Jehovas darf **nur auf Wunsch der behandelten Person** hin erfolgen. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung.

Die **Schweigepflicht** des gesamten Klinikpersonals ist strikt einzuhalten. Dies gilt auch für Mitarbeitende, die selbst der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas angehören, auch wenn diese von ihrer Glaubensgemeinschaft unter Umständen aufgefordert sind, Verstöße gegen Glaubensgrundsätze zu melden.

Nicht-ärztliches Personal, das z. B. in Gesprächen mit der behandelten Person oder mit Angehörigen Kenntnis von Behandlungswünschen oder religiösen Überzeugungen erhält, soll den zuständigen ärztlichen Dienst informieren

oder die behandelte Person darauf hinweisen, diese Wünsche gegenüber dem ärztlichen Dienst klar zu äußern.

### 4.3. Notfallsituationen

#### 4.3.1. Behandlungspflicht und Patient\*innenwille

Im Notfall kann die Behandlung eines Zeugen Jehovas, insbesondere bei akut und vital notwendigen Interventionen, **nicht abgelehnt werden**. Dies ergibt sich aus der allgemeinen Pflicht zur Hilfeleistung sowie aus der Garantenstellung des ärztlichen Dienstes.

Der **Wille der behandelten Person** zur Ablehnung von Bluttransfusionen im Rahmen der medizinischen Behandlung ist auch in Notfallsituationen zu beachten. Je nach Situation ergeben sich dadurch unterschiedliche Vorgehensweisen:

- **Einwilligungsfähige Person:** Ist die behandelte Person ansprechbar und einwilligungsfähig<sup>1</sup>, muss die Ablehnung eindeutig von der Person selbst geäußert werden.
- **Nicht einwilligungsfähige Person:** Ist die behandelte Person nicht ansprechbar oder hinsichtlich der Entscheidung über die Gabe von Blut nicht einwilligungsfähig, ist ein vorliegende schriftliche Patientenverfügung<sup>2</sup> zur Ablehnung einer Bluttransfusion für den ärztlichen Dienst verbindlich. Die Patientenverfügung kann von der behandelten Person jederzeit formlos (z. B. auch mündlich) widerrufen werden.
- **Rechtliche Vertretung:** Sofern vorhanden, hat der ärztliche Dienst die rechtliche Vertretung (bevollmächtigte Person, rechtliche Betreuung oder im Rahmen der Ehegattennotvertretung ermächtigte Ehe- oder eingetragene Lebenspartnerperson) über die Notwendigkeit einer Transfusion aufzuklären und mögliche Alternativen zu erörtern. Die rechtliche Vertretung entscheidet im Sinne des mutmaßlichen Willens der behandelten Person.

#### 4.3.2. Vorgehen bei unklarem Willen

Liegt keine Patientenverfügung vor und gibt es keinen sonstigen ausreichend konkreten Hinweis auf eine Ablehnung der Transfusion, ist die **ärztlich indizierte Bluttransfusion durchzuführen**, sofern keine aus ärztlicher Sicht vertretbaren Alternativen existieren.

Aussagen von Angehörigen oder anderen Personen aus dem sozialen Umfeld, die keine rechtlichen Vertretung inne haben, sind nicht unmittelbar bindend, können jedoch als Indizien zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens der behandelten Person berücksichtigt werden.

Eine detaillierte Dokumentation des Willens der behandelten Person oder des Fehlens eines eindeutigen Hinweises ist erforderlich.

<sup>1</sup> Einwilligungsfähigkeit ist juristisch definiert als die Fähigkeit, auf der Grundlage der ärztlichen Aufklärung Wesen, Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Maßnahme in Grundzügen erfassen zu können (Einsichtsfähigkeit) sowie das Für und Wider abwägen und auf dieser Basis eine eigene Entscheidung treffen und kommunizieren zu können (Urteils- und Handlungsfähigkeit). Sie kann bei erwachsenen Personen i.d.R. vorausgesetzt werden und muss nur bei konkreten Hinweisen auf fehlende Einwilligungsfähigkeit geprüft werden. Die Ablehnung einer Behandlung oder ein gesundheitsgefährdendes Verhalten begründen alleine keine fehlende Einwilligungsfähigkeit. (Bundesärztekammer 2019)

<sup>2</sup> Eine Patientenverfügung ist unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung verbindlich, sofern sie konkrete Aussagen zur aktuellen Behandlungssituation enthält (was bei Patientenverfügungen von Zeugen Jehovas in der Regel der Fall ist). Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung setzt ferner voraus, dass sie von der behandelten Person unterschrieben ist und diese zum Zeitpunkt der Erstellung einwilligungsfähig und volljährig war. Das Alter der Verfügung spielt keine Rolle. Da die behandelte Person die Patientenverfügung jederzeit formlos (z.B. mündlich) widerrufen kann, ist vor Umsetzung immer zu prüfen, ob ein Hinweis für einen Widerruf vorliegt. (Bundesärztekammer/Zentrale Ethikkommission 2018)

#### 4.4. Behandlung von minderjährigen Personen

##### 4.4.1. Grundsätze und elterliche Sorge

Die Entscheidung der Eltern für eine blutfreie Behandlung gefährdet nicht zwangsläufig das **Kindeswohl**. Die Eltern haben kraft ihres Sorgerechts ein Recht darauf, dass alternative Behandlungsmöglichkeiten unter Beachtung ihrer Argumente erörtert werden.

##### 4.4.2. Minderjährige ohne Einwilligungsfähigkeit

Bei Minderjährigen, die nicht einwilligungsfähig sind, sind die *sorgeberechtigten Eltern die rechtlichen Vertreter*. Dem Wunsch der Eltern nach einer transfusionsfreien Behandlung ist deshalb zu entsprechen, solange dies aus ärztlicher Sicht mit Blick auf das gesundheitliche Wohl des Kindes vertretbar ist. Ist dies nicht (mehr) der Fall und lehnen die Eltern eine Transfusion weiter ab, ist das Familiengericht anzurufen. Dieses muss die elterliche Verweigerung durch eigene Zustimmung ersetzen, sonst gilt der elterliche Wille (Ausnahme: Notfallsituationen s. unten).

**Gerichtliche Ersetzung der Einwilligung:** Bei Anrufung des Familiengerichts muss der ärztliche Dienst die Anwendung von Blutprodukten *medizinisch begründen*. Die alleinige Aussage zur Lebensgefahr des Kindes reicht in der Regel nicht aus. Das Gericht ersetzt die elterliche Einwilligung nur, wenn keine alternativen Behandlungsmaßnahmen in gleicher Weise geeignet sind, einen lebensbedrohlichen Zustand abzuwenden.

Minderjährige sind, auch wenn sie nicht einwilligungsfähig sind, laiengerecht über die Transfusion aufzuklären bzw. zu informieren, soweit sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes und ihres Verständnismöglichkeiten in der Lage sind, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies ihrem Wohl nicht zuwiderläuft (§ 630e Abs. 5 BGB).

##### 4.4.3. Notfälle bei Minderjährigen

In Notfällen bei unmittelbarer Lebensgefahr, *wenn keine Zeit für eine gerichtliche Entscheidung bleibt*, kann eine Transfusion ohne Gerichtsbeschluss vorgenommen werden. Die Entscheidung ist entsprechend zu dokumentieren.

Ein **rechtfertigender Notstand** gemäß § 34 StGB oder die begründete Annahme, wie das Kind selbst bzw. das Familiengericht entscheiden würde, kann es dem ärztlichen Dienst ermöglichen, im Notfall eine Transfusion durchzuführen, sofern alle Alternativen geprüft wurden. Die Eltern sind nachträglich über die erfolgte Transfusion zu informieren.

##### 4.4.4. Einwilligungsfähige Minderjährige

Auch Minderjährige können einwilligungsfähig sein, wenn sie über die erforderliche *Einsichts- und Urteilsfähigkeit* verfügen. Strikte Altersgrenzen gibt es bei der Einwilligungsfähigkeit nicht, vielmehr kommt es auf die individuelle Reifeentwicklung an. In der Regel geht man jedoch davon aus, dass Minderjährige unter 14 Jahren nicht einwilligungsfähig sind.

Der **Wille einer einwilligungsfähigen minderjährigen Person** ist zu berücksichtigen und entsprechend zu dokumentieren.

**Prüfung der Einwilligungsfähigkeit:** Die Einwilligungsfähigkeit muss individuell geprüft werden. Als richtungweisende Indikatoren zur Ermittlung der Einwilligungsfähigkeit dienen:

- die Vorbildung
- das Interesse und die Aufmerksamkeit
- die Qualität der Begründung für die Haltung

**Anforderungen an die Aufklärung:** Aufgrund der möglicherweise schwerwiegenden Konsequenzen hat die Aufklärung mit besonderer Sorgfalt zu erfolgen. Es muss sichergestellt sein, dass es sich um eine **eigenständige Entscheidung** der minderjährigen Person handelt, die ohne äußeren Druck (z. B. durch Familienangehörige oder Dritte) getroffen wurde. Vorgefertigte schriftliche Äußerungen reichen nicht aus.

Bestehen Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Person, sollte das **Familiengericht** eingeschaltet

werden.

Wird die Einwilligungsfähigkeit festgestellt, ist die minderjährige Person die maßgebliche Ansprechperson. Dies kann bedeuten, dass ein Schaden oder sogar der Tod durch Unterlassen einer Transfusion in Kauf genommen werden muss, was für viele Mitarbeitende eine schwere Gewissensbelastung darstellen kann. Hierbei ist zu beachten, dass einwilligungsfähigen Minderjährigen ein eigenständiges Vetorecht zukommt, die Einwilligung in eine invasive Maßnahme aber in der Regel auch der Zustimmung der sorgeberechtigten Eltern erfordert. In solchen Fällen sollte das Familiengericht eingeschaltet werden, um eine rechtliche Klärung herbeizuführen.

#### 4.5. Elektive Behandlungssituationen und Schwangerschaft

##### 4.5.1. Elektive Behandlungssituationen

Die Zugehörigkeit zur Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas darf **kein pauschales Ausschlusskriterium** für eine Behandlung im Krankenhaus sein.

**Ablehnung des Eingriffs:** Die Durchführung einer elektiven Intervention ist kritisch zu sehen, wenn die **Transfusionswahrscheinlichkeit einen Wert von 10 % überschreitet**. Dies beinhaltet, dass die bettenführende Abteilung die Klinik für Anästhesie über die geplante Intervention unmittelbar informieren muss, sobald die Indikation hierfür gestellt wurde. Die Information erfolgt per E-Mail an [ains.ako@med.uni-goettingen.de](mailto:ains.ako@med.uni-goettingen.de) oder per Pieper 919-4050.

Wenn von vornherein anzunehmen ist, dass eine Transfusion mit hoher Wahrscheinlichkeit notwendig wird, kann der Eingriff abgelehnt werden. In diesem Fall sind mit dem Patienten alternative (Be-)Handlungsmöglichkeiten zu erörtern. Die Entscheidung ist einvernehmlich von den beteiligten Fachdisziplinen zu treffen.

Es ist stets zu prüfen, ob durch eine individuelle Vorbehandlung das Transfusionsrisiko gesenkt werden kann.

##### 4.5.2. Schwangerschaft

Bei schwangeren Patientinnen muss neben der Frau selbst ein „zweiter Patient“ (Fötus) beachtet werden.

Ungeachtet der Gefährdung des Fötus ist eine **Transfusion gegen den Willen der schwangeren Patientin aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts nicht möglich**. Die Vorgehensweise entspricht im Grundsatz der Behandlung einer nicht schwangeren Patientin. Ist das Kind geboren, gelten die in Abschnitt 4 (Behandlung von minderjährigen Patient\*innen) beschriebenen Grundsätze.

#### 4.6. Blutsparende Behandlungsstrategien („Patient Blood Management“ – PBM)

Eine für die behandelte Person sichere fremdblutfreie Behandlung setzt die Kenntnis, Implementierung und gezielte Anwendung eines **Patient Blood Management (PBM)** voraus.

Ein strukturiertes Screening sollte 4-6 Wochen vor einem elektiven Eingriff erfolgen.

Dieses multimodale Behandlungskonzept besteht aus folgenden drei Säulen:

##### Säule 1: Präoperative Optimierung

Ziele sind die Korrektur eines Hämoglobinmangels und die Behandlung koexistierender Leiden vor dem Eingriff.

- **Anamnese und Labor:** Eine gründliche Anamnese (z. B. auf Blutungsneigung, koexistierende Krankheiten) und gezielte Labortests sind notwendig, um Risiken genauer einzuschätzen.
- **Korrektur der Anämie:** Präoperativ und während der Schwangerschaft sollte die Erythrozytenmasse optimiert werden. Maßnahmen umfassen die Therapie mit rekombinantem Erythropoetin (rHuEPO), Eisensubstitution und die Minimierung des iatrogenen Blutverlusts.
- **Gerinnungsmanagement:** Gerinnungsstörungen müssen erkannt und behandelt werden. Präoperative Medikamente (z. B. ASS, NSAR, Antikoagulanzen) müssen registriert und situativ angepasst werden.

## Säule 2: Intraoperative Minimierung des Blutverlustes

- **Minimierung des Blutverlustes**
  - Einhaltung der Normothermie durch aktives Wärmemanagement und angepasste Saaltemperatur
  - Rasche und suffiziente chirurgische Blutstillung
  - Kontrollierte Hypotension, sofern bei Vorerkrankungen möglich
  - Gezieltes Gerinnungsmanagement
- **Maschinelle Autotransfusion:** der Einsatz wird laut ESAIC-Leitlinie (Kietzbl 2022) ab einem zu erwartenden Blutverlust >500 ml empfohlen oder situativ dem Eingriff angepasst (bei Personen mit bestehender Transfusionsverweigerung)

## Säule 3: Perioperative Anämietoleranz

Hämodynamisch stabile Personen können eine **normovolämische Anämie gut tolerieren**.

- **Überwachung:** Eine kontinuierliche, genaue Überwachung zur Früherkennung und Intervention bei Blutungen ist unabdingbar. Der Transfusionstrigger ist niedriger anzusetzen als bei behandelten Personen, die allogene Bluttransfusionen akzeptieren.
- **Minimierung des Sauerstoffverbrauchs:** Dies kann durch angemessene Analgesie, Sedierung und Wärmemanagement erreicht werden.
- **Minimierung des iatrogenen Blutverlusts:** Dies schließt die restriktive diagnostische Blutentnahme ein.
- **Ggf. Fortführung der Substitution von Eisen, Folsäure, Vit B12 etc.,** um die Erythropoese zu unterstützen

### 4.6.1. Organisation und interdisziplinäre Zusammenarbeit

**Interdisziplinäre Teams:** Interdisziplinäre Teams in Krankenhäusern, die in den Grundsatzfragen eine übereinstimmende Auffassung vertreten, sind von Vorteil. Die Zusammenarbeit sollte unter der der Leitung eines verantwortlichen Mitglieds des ärztlichen Dienstes erfolgen.

**Informationsfluss:** Der Behandlungsplan muss allen Beteiligten zugänglich gemacht werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Ärztlicher Dienst und Pflegepersonal sollten umfassend über den Willen der behandelten Person und das Behandlungskonzept informiert sein.

### 4.7. Unterstützungsdienste der Zeugen Jehovas

Die Zeugen Jehovas haben zur Kommunikation und Kooperation mit dem medizinischen Personal Unterstützungsdienste geschaffen.

#### 4.7.1. Krankenhaus-Verbindungskomitees

Die Krankenhaus-Verbindungskomitees bestehen aus geschultem Personal, das als **Vermittlungsstelle zwischen behandelter Person und ärztlichem Dienst** tätig wird.

Auf Anfrage können die Komitees Kontakt zu medizinischem Fachpersonal mit Erfahrung in blutsparenden Behandlungsverfahren vermitteln.

#### 4.7.2. Krankenhausinformationsdienst

Der Krankenhausinformationsdienst koordiniert die Arbeit der Krankenhaus-Verbindungskomitees.

Der Dienst bietet folgende Unterstützung:

- Ermöglicht den **Kontakt medizinischem Fachpersonal mit Erfahrung in blutsparenden Behandlungsverfahren** (z. B. zur Beratung oder zur Prüfung einer möglichen Verlegung der behandelten Person).
- Stellt fachbereichsspezifische **Klinische Strategien** und Fachartikel zu Transfusionsalternativen zur Verfügung

(<http://www.jw.org/de/medizinische-datenbank>).

- Bietet Präsentationen im Krankenhaus über die Einstellung von Zeugen Jehovas an.

**Erreichbarkeit und Kosten:** Die Dienste der Krankenhaus-Verbindungskomitees und des Krankenhaus-informationsdienstes stehen dem ärztlichen Dienst, Krankenhäusern und Ethikkomitees **kostenfrei** zur Verfügung.

Sie sind per E-Mail ([hid.de@jw.org](mailto:hid.de@jw.org)) oder über eine 24-Stunden-Hotline (Tel. 06483 41-2818) erreichbar.

## 5. Abkürzungen

Abkürzung	Erklärung
KEK	Klinische Ethikkomitee
n. zt.	Nicht zu treffend
SOP	Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung)
UMG	Universitätsmedizin Göttingen

## 6. Kennzahlen

n. zt.

## 7. Inhaltlich beteiligte Organisationseinheit / zuständige Person (Abstimmung erfolgt mit)

- Klinisches Ethikkomitee: Alfred Simon (federführend), Ulrike Olgemöller, Ingrid Leiß, Sabine Wöhlke, Sophia Bröchtel, Christin ten Brink
- Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie: Aschraf El-Essawi
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie: Jonathan Roch
- Klinik für Anästhesiologie: Peter Michels (federführend für den Abschnitt 6: Blutsparende Behandlungsstrategien)
- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe: Julia Gallwas, Claudia Ecker-Reinhardt
- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin: Ingrid Kühnle
- Zentrum für Medizinrecht: Gunnar Duttge

## 8. Mitgeltende Dokumente (in der jeweils gültigen Fassung)

### 8.1. Begleitdokumente der SOP/VA

- Fragebogen Einsatz von Blutprodukten bei Zeugen Jehovas

### 8.2. Dazugehörige SOPs / Begleitdokumente

n. zt.

### 8.3. Regulatorische Grundlagen

- Bundesärztekammer (BÄK), Zentrale Ethikkommission (ZEKO) (2018) Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der ärztlichen Praxis.  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/pdf-](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-)

[Ordner/Patienten/Hinweise Patientenverfuegung.pdf](#) (Zugriff: 17.03.2026)

- Bundesärztekammer (BÄK) (2019) Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/c50f7abb-df21-41f5-a405-Ofeda7f54434> (Zugriff: 17.03.2026)
- Dreuw H (2026) Ethikleitlinie zur Behandlung von Zeugen Jehovas und deren Kinder. <https://www.ethikkomitee.de/downloads/ethikleitlinie-zj-deutsch.pdf> (Zugriff: 17.03.2026)
- Kietaiabl S, Ahmed A, Afshari A et al. (2022) Management of severe peri-operative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care: Second update. Eur J Anaesthesiol. 40, 226-304. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001803> (Zugriff: 17.03.2026)
- Piekarski F, Menzenbach J, Hilbert T et al. (2026) Perioperatives Blutmanagement bei Zeugen Jehovas. Anaesthesiologie 75, 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00101-025-01621-7> (Zugriff: 17.03.2026)
- Universitätsklinikum Düsseldorf: Handlungsempfehlungen für die Behandlung von Zeugen Jehovas bei Bluttransfusionen. [https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Ausbildung\\_und\\_Karriere/KEK/Handlungsempfehlungen\\_fuer\\_den\\_Umgang\\_mit\\_Jehovas\\_Zeugen\\_Patienten\\_bei\\_geplanter\\_oder\\_unvorhergesehener\\_Bluttransfusion.pdf](https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Ausbildung_und_Karriere/KEK/Handlungsempfehlungen_fuer_den_Umgang_mit_Jehovas_Zeugen_Patienten_bei_geplanter_oder_unvorhergesehener_Bluttransfusion.pdf) (Zugriff: 17.03.2026)



	Hiermit verfüge ich nachfolgende Behandlungsanweisungen	Ich stimme zu	Ich lehne ab
Hauptbestandteile	<b>Erythrozytenkonzentrat</b> Aufbereitete, gereinigte, menschliche rote Blutkörperchen.		
	<b>Gefrorenes Frischplasma</b> Aufbereitetes, gereinigtes, menschliches Blutplasma, enthält Gerinnungsfaktoren.		
	<b>Thrombozytenkonzentrat</b> Aufbereitete, gereinigte, menschliche Blutplättchen.		
Vollblut	<b>Eigenblutspende</b> Spende von eigenem Blut 4-8 Wochen vor der Operation. Aufbereitung und Lagerung (max. 49 Tage) in der Blutbank.		
Plasmafraktionen	<b>Gerinnungsfaktoren (Fibrinogen, PPSB, Faktor 7, Faktor 13)</b> aufgereinigte einzelne Gerinnungsfaktoren in Pulverform zur Auflösung; aus menschlichem Blut gewonnen.		
	<b>Immunglobuline</b> aufgereinigte Antikörper, die aus menschlichem Blut gewonnen werden. Anwendung bei Autoimmunerkrankungen z.B. im Rahmen einer sog. Blutwäsche.		
	<b>Albumin</b> Bluteiweiß, das u.a. zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des Blutvolumens im Körper genutzt wird. Gewonnen aus menschlichem Blutplasma.		
	<b>Fibrin</b> Operations-Klebstoff zur örtlichen Blutstillung während der Operation. Gewonnen aus menschlichem Blut.		
Maschinelle Verfahren	<b>„Cell Saver“ (maschinelle Autotransfusion)</b> Verfahren, bei dem das eigene Wundblut während der OP aufgefangen und aufgereinigt wird und die darin enthaltenen roten Blutkörperchen unmittelbar per Infusion zurückgegeben werden. Keine Zwischenlagerung außerhalb des OP-Saals, kein Fremdblut.		
	<b>Bestrahlung von Cell-Saver-Blut</b> wie oben beschrieben, wird das körpereigene Blut gesammelt und danach zwecks Bestrahlung aus dem OP verbracht. Hierzu muss das gesammelte Blut vom System getrennt werden.		
	<b>Herz-Lungen-Maschine / ECMO</b> Maschinelle Verfahren zur Unterstützung oder Ersatz von Lungen- und / oder Herzfunktion. Das Blut wird außerhalb des Körpers mit Sauerstoff versorgt, von CO2 bereinigt, und in den Körper zurückgegeben. Das Blut bleibt im System, es kommt kein Fremdblut zum Einsatz.		
	<b>Dialyse</b> Maschinelle Blutwäsche bei vorübergehender oder dauerhafter unzureichender Nierenfunktion. Das Blut bleibt im System, es kommt kein Fremdblut zum Einsatz.		
Medikam.	<b>Tranexamsäure, Eisenpräparate, Erythropoetin</b> Synthetisch oder gentechnisch aus tierischen Zellen hergestellte Medikamente, welche die Gerinnung bzw. die körpereigene Blutbildung verbessern. Diese Medikamente enthalten keine menschlichen Blutbestandteile		

Datum

Unterschrift, Patient\*in