

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Ethische Dilemmata in der Anästhesie

Die Frage der Bluttransfusionen bei Zeugen Jehovas trotz religiöser Ablehnung –
Kann eine bindende Festlegung getroffen werden?

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Zahnmedizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Pia Adam
aus Frankfurt (Oder)

Mainz, 2025

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild

1. Gutachter: Univ. -Prof. Dr. Norbert W. Paul

2. Gutachter: Univ. -Prof. Dr. Kristin Engelhard

Tag der Promotion: 16.05.2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung.....	1
2 Literaturdiskussion	1
2.1 Anästhesiologie.....	2
2.1.1 Der Beruf.....	2
2.1.2 Bluttransfusionen	3
2.1.2.1 Die Blutspende	3
2.1.2.2 Rechtliche Regelungen.....	5
2.1.2.3 Risiken	6
2.1.2.4 Moderne medizinische Alternativen.....	8
2.1.2.5 Patienten-individualisierte Hämotherapie	9
2.2 Die Zeugen Jehovas	13
2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund.....	13
2.2.2 Das Blutveto.....	15
2.2.3 Rechtliche Lage	18
2.2.4 Handhabung in deutschen Kliniken	20
2.3 Ethik	21
2.3.1 Was ist Medizinethik?	22
2.3.2 Grundsäulen des ärztlichen Selbstverständnisses	26
2.3.3 Das moralische Dilemma	29
2.3.4 Bewältigungsstrategien von <i>moral distress</i> im klinischen Alltag	32
2.3.5 „Moralischer Reflex vs. Moralische Reflektiertheit“.....	34
2.3.6 Anwendung der Ethikprinzipien auf Zeugen Jehovas.....	35
2.4 Zwischenfazit	38
3 Material und Methoden.....	40
3.1 Studiendesign	40

3.1.1	Konzeption und Inhalt des Fragebogens	44
3.1.2	Verbreitung des Fragebogens	46
4	Ergebnisse	46
4.1.1	Rücklauf und Ergebnisse des Fragebogens	46
4.1.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	58
5	Diskussion	59
5.1	Diskussion der Methodik	59
5.2	Interpretation der Antworten des Fragebogens.....	60
5.3	Rechtliche und ethische Vertretbarkeit	65
5.4	Eine Lösung für alle?	66
5.5	Schlussfolgerung und Ausblick	69
6	Literaturverzeichnis	71
7	Anhang	76
7.1	Fragebogen.....	76
8	Tabellarischer Lebenslauf	80

Abkürzungsverzeichnis

ANH.....	<i>akute normovolämische Hämodilution</i>
BRD	<i>Bundesrepublik Deutschland</i>
DDR	<i>Deutsche Demokratische Republik</i>
EIA	<i>enzymgekoppelter Immunadsorptionstest</i>
Epo	<i>Erythropoietin</i>
FFP.....	<i>Fresh Frozen Plasma</i>
HIV	<i>human immunodeficiency virus</i>
HLA.....	<i>humane Leukozyten-Antigene</i>
HNA.....	<i>humane neutrophile Antigene</i>
IC	<i>Informed Consent</i>
MAT.....	<i>Maschinelle Autotransfusion</i>
MD	<i>Moral Distress</i>
MR.....	<i>Moral Residue</i>
PBM.....	<i>Patient Blood Management</i>
TFG	<i>Transfusionsgesetz</i>
vWF	<i>von-Willebrand-Faktor</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Frage 1 des Fragebogens	47
Abbildung 3.2: Frage 2 des Fragebogens	47
Abbildung 3.3: Frage 3 des Fragebogens	48
Abbildung 3.4: Frage 4 des Fragebogens	48
Abbildung 3.5: Frage 5 des Fragebogens	49
Abbildung 3.6: Frage 6 des Fragebogens	50
Abbildung 3.7: Frage 7 des Fragebogens	50
Abbildung 3.8: Frage 8 des Fragebogens	51
Abbildung 3.9: Frage 9 des Fragebogens	51
Abbildung 3.10: Frage 10 des Fragebogens	52
Abbildung 3.11: Fallvignette 1, Frage 1	52
Abbildung 3.12: Fallvignette 1, Frage 2	53
Abbildung 3.13: Fallvignette 1, Frage 3	53
Abbildung 3.14: Fallvignette 1, Frage 4 „Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?“	54
Abbildung 3.15: Fallvignette 2, Frage 1	55
Abbildung 3.16: Fallvignette 2, Frage 2	55
Abbildung 3.17: Fallvignette 2, Frage 3	56
Abbildung 3.18: Fallvignette 2, Frage 4 „Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?“	56
Abbildung 3.19: Fazit, Zusammenhang der beiden Fallvignetten.....	57
Abbildung 3.20: Fazit, Begründung der Beantwortung der vorangestellten Frage ..	57

1 Einleitung

Die ethischen Herausforderungen im medizinischen Bereich sind vielfältig und anspruchsvoll. Unter den zahlreichen Situationen, die medizinisches Fachpersonal vor schwierige Entscheidungen stellt, gehört die Konfrontation mit den Glaubensüberzeugungen von Zeugen Jehovas ebenfalls zu den Herausforderungen. Die Ablehnung von Bluttransfusionen gemäß den religiösen Prinzipien dieser Gemeinschaft steht im Konflikt mit den bisher gewohnten medizinischen Standards und der Pflicht des medizinischen Personals, das Überleben und Wohlergehen seiner Patienten zu schützen. Anästhesistinnen und Anästhesisten¹, als Schlüsselakteure in der Transfusionsgabe, stehen oft vor einem ethischen Dilemma, wenn sie mit der Behandlung von Zeugen Jehovas konfrontiert werden, bei denen ein hoher Blutverlust zu erwarten ist. Diese Doktorarbeit untersucht die komplexen ethischen, rechtlichen und medizinischen Aspekte dieses herausfordernden Szenarios. Ziel ist es, einen besseren Einblick in die Dynamik des Konflikts zu gewinnen und abschließend die Frage zu beantworten, ob ein einheitliches Schema zur Behandlung von Zeugen Jehovas in Deutschland Anwendung finden kann.

2 Literaturdiskussion

Im Folgenden werden die Themengebiete Anästhesiologie, die Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas und grundlegende Ethikprinzipien näher untersucht.

Die Anästhesiologie ist ein medizinisches Fachgebiet, das im Rahmen der Betreuung von Patienten vor, während und nach chirurgischen Eingriffen auch die Gabe von Bluttransfusionen einschließt. Herausforderungen ergeben sich insbesondere bei speziellen Patientengruppen wie den Zeugen Jehovas, die aus religiösen Gründen auf Bluttransfusionen verzichten. In Notfallsituationen stehen behandelnde Anästhesisten vor der Aufgabe, die Autonomie und den Glauben der Patienten zu respektieren und gleichzeitig das Patientenwohl und die Fürsorgepflicht zu wahren. Verschiedene

¹ Für den besseren Lesefluss wird in der gesamten Dissertation das generische Maskulinum verwendet, es umfasst ausdrücklich alle Geschlechter.

Ethikprinzipien können in diesen ethischen Dilemmata unterstützend herangezogen werden. (Mehrkens 1999a, May 2000, Singbartl 2014, Larsen, Fink et al. 2016)

2.1 Anästhesiologie

Von den 421 303 berufstätigen Ärzten in Deutschland (Stand 31.12.2022) waren 27 010 im Jahre 2022 in der Anästhesiologie tätig. Das bedeutet 6,4 % aller ärztlich tätigen Personen arbeiteten in diesem Fachgebiet. Nach Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und der Chirurgie liegt die Anästhesiologie auf Platz 5 der Fachgebiete mit den meisten Mitarbeitern. (Bundesärztekammer 2023)

Die bedeutende Anzahl von Medizinern in diesem Fachgebiet unterstreicht die Relevanz des in dieser Arbeit behandelten Themas für unsere Gesellschaft.

2.1.1 Der Beruf

Die Anästhesiologie beruht im Allgemeinen auf den vier Säulen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerzmedizin. Die Tätigkeitsfelder sind vielfältig und reichen von der Behandlung von Neugeborenen bis hin zu multimorbiden geriatrischen Patienten. Mit entsprechenden Zusatzweiterbildungen haben Anästhesisten die Möglichkeit, Intensivstationen zu leiten, im Notarzteinsatz tätig zu sein oder sich bei der chronischen Schmerztherapie von Palliativpatienten einzubringen. (Spielberg 2016)

Das Wort Anästhesie hat seinen Ursprung im Altgriechischen und kann als „Unempfindlichkeit“ oder „ohne Wahrnehmung“ übersetzt werden. Als Ziel gilt es, einen Patienten in einen bewusstlosen, analgetischen und muskelrelaxierten Zustand zu versetzen, um die benötigte Operation durchführen zu können. Die Muskelrelaxantien, die bei einer Vollnarkose notwendig sind, werden hierfür intravenös zugeführt. Die Anästhetika werden entweder inhalativ, intravenös oder auch lokal verabreicht. (Larsen, Fink et al. 2016a)

Dies ist jedoch nur ein Teil von drei Phasen, in denen Anästhesisten ihre Patienten begleiten. Den Anfang bildet die präoperative Phase, in der der Anästhesist sowohl für die Voruntersuchung, die anschließende Einschätzung bezüglich der Narkosefähigkeit, als auch der Aufklärung über das Anästhesieverfahren und mögliche Risiken verantwortlich ist. Während der intraoperativen Phase induziert der Anästhesist beispielsweise eine Vollnarkose, überwacht kontinuierlich die Vitalfunktionen des Patienten und stellt diese bei Bedarf wieder her. Postoperativ bleibt der Patient in der Betreuung des

Anästhesisten, bis die Wirkung der Narkose vollständig abgenommen hat. Auch für alle weiteren potenziellen Komplikationen, die anschließend durch die Narkose hervorgerufen werden könnten, ist der behandelnde Anästhesist zuständig. (Larsen, Fink et al. 2016a)

2.1.2 Bluttransfusionen

Zu den Aufgaben eines Anästhesisten, während der eben erwähnten intraoperativen Phase, zählt auch die Indikationsstellung und Durchführung von Bluttransfusionen, auf welche im Verlauf der vorliegenden Arbeit detaillierter eingegangen wird. (Mehrkens 1999a)

2.1.2.1 Die Blutspende

Eine Person von 70 kg besitzt circa fünf Liter zirkulierendes Blutvolumen, was auch „intravasale Flüssigkeit“ genannt wird. Davon sind circa drei Liter Plasmavolumen und zwei Liter Zellvolumen. Im Plasmavolumen befinden sich die Gerinnungsfaktoren und natürlichen Antikörper gegen fremde Oberflächenblutgruppenantigene, die die unterschiedlichen Blutgruppen unter anderem in das AB0-System einteilen. Das Zellvolumen besteht aus Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten. (Scherer 2019)

Der Transfusionsweg beginnt mit der Blutspende. Für die freiwilligen Spender gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, in der Transfusionszentrale ihren Beitrag zu leisten. Eine Vollblutspende wird nach der Abnahme in ihre einzelnen Bestandteile aufgeteilt. Bei einer präparativen Hämapherese können Blutplasma, Erythrozyten, Thrombozyten, Granulozyten, Lymphozyten und Monozyten beziehungsweise periphere hämatopoetische Stammzellen durch Apharesemaschinen gesondert entnommen werden. Die nicht benötigten Bestandteile werden hierbei direkt dem Spenderkörper zurückgeführt. Durch eine Multikomponenten-Apharese können mehrere Bestandteile eines Spenders gleichzeitig gewonnen werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2022, Bundesärztekammer 2023). Im Jahr 2021 wurden aus Fremdblut (in Beutel angegeben) 3 305 631 Transfusionseinheiten mit Erythrozytenkonzentraten, 511 936 mit Thrombozytenkonzentraten und 630 897 mit gefrorenem Frischplasma (*engl. fresh frozen plasma FFP*) transfundiert. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2022)

In Deutschland wird bei der Blutgruppenbestimmung auf das AB0-Merkmal, die Rhesusformel und das K-Merkmal getestet, da bei diesen drei Systemen bei fehlerhafter Bestimmung die stärksten Immunantworten entstehen können (Deutsches Rotes

Kreuz 2020). Um die Blutgruppe nach den AB0-Merkmalen eines Patienten zu bestimmen, wird mit monoklonalen Testreagenzien Anti-A und Anti-B getestet und anschließend mit Testerythrozyten bestätigt. Diese befinden sich im Blutserum und können in reguläre und irreguläre Antikörper unterschieden werden. Bei den regulären Antikörpern handelt es sich um Isoagglutinine. Von diesen sind entweder Anti-A (Blutgruppe B), Anti-B (Blutgruppe A), Anti-A und Anti-B zeitgleich (Blutgruppe 0), oder keine Isoagglutinine (Blutgruppe AB) zu finden. Aufgrund dieser Information gelten bei Transfusionen von Erythrozyten Patienten mit der Blutgruppe 0 als Universalspender und Patienten der Blutgruppe AB als Universalempfänger. Die irregulären Antikörper kommen meistens nach einer Transfusion, Schwangerschaft oder Organtransplantation vor und sind für andere Blutgruppenarten, wie z.B. das Kell-System, relevant. Bei einem positiven Test auf irreguläre Antikörper müssen diese in einem Spezifitätstest bestimmt werden, da nur durch diese zusätzliche Information eine geeignete Blutkonserve transfundiert werden kann (Weigl 2022). Mit den ersten beiden Blutspenden einer Person wird nicht nur das AB0-Blutgruppenmerkmal, sondern auch die Serumeigenschaften, die Rhesusformel (C, c, D, E, e) und das K-Merkmal bestimmt. Für alle darauffolgenden Spenden ist das Testen der AB0- und Rhesus-Merkmale für die Identitätskontrolle ausreichend. (Bundesärztekammer 2023)

Wenn die Blutgruppe der gespendeten Transfusion bestimmt ist, muss die Verträglichkeit des Spenderblutes mit dem Empfänger überprüft werden. Bei der Kreuzprobe werden in-vitro die Spendererythrozyten mit dem Empfängerserum gemischt (Major-Test). Wenn die beiden Blutgruppen nicht übereinstimmen, entsteht anschließend eine Agglutination, da dabei das Serum Antikörper gegen die Oberflächenantigene der Erythrozyten bildet. In Notfällen kann die Zeit für eine Kreuzprobe eingespart werden, indem der Patient Erythrozytenkonzentrate der Blutgruppe 0 transfundiert bekommt, da dieses weder die Antigene A, noch B aufweist (Dechert 2013). Eine finale Überprüfung der Blutgruppe des Empfängers sollte außerdem mit dem Bedside-Test durchgeführt werden. Hierbei werden wenige Milliliter des Patientenblutes entnommen und auf eine Testkarte aufgetragen. Dort befinden sich zwei Testfelder, die mit Anti-A- und Anti-B-Serum gefüllt sind. Bereits nach 30 Sekunden ist die Agglutination zu erkennen (bzw. nicht zu erkennen, wenn es sich um Blutgruppe 0 handelt) und liefert somit dem transfundierenden Arzt die entscheidende Information, ob die Blutgruppe des Bedside-Tests mit der Blutgruppe des Befundes der Blutbank übereinstimmt. (Transfusionsmedizin)

Die Bluttransfusion ist sowohl bei akuten Blutungen als auch bei schweren chronischen Anämien indiziert. Dabei ist zu beachten, dass ab einem Verlust von über 30 % des Blutvolumens dieses nicht mehr kompensiert werden kann. Bei einem akuten Blutverlust in einer Notfallsituation wird die Volumensubstitution priorisiert. (Larsen, Fink et al. 2016b)

2.1.2.2 Rechtliche Regelungen

Am 01.07.1998 wurde in Deutschland das Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens erlassen. Es war die Reaktion auf den sogenannten Blutskandal, bei dem sich fast 2000 Hämophilie-Patienten in den 1980er Jahren durch Blutkonserven mit dem HI-Virus infiziert haben. Das Transfusionsgesetz (TFG) sollte von da an sowohl eine sichere Gewinnung als auch Weitergabe des Blutes an die Bevölkerung regeln. (Deutsche Aidshilfe 2014)

Der § 5 legt fest, dass der Spender von einer ärztlichen Person für spendertauglich erklärt werden muss. Vor Freigabe der Spende muss diese außerdem auf HI-Virus-, Hepatitis B- und Hepatitis C-Virus-Infektionsmarker geprüft werden. (Bundesgesetzblatt 1998)

In § 13 werden die Anforderungen an die Durchführung definiert. Hierbei wird auf die Beachtung der vorgesehenen Testung auf Infektionsmarker, sowie Aufklärung und Einwilligung des Spenders hingewiesen. Die im Zusammenhang damit durchgeführten Laboruntersuchungen müssen von ärztlichen Personen, die „für diese Tätigkeit besonders sachkundig [sind]“ vorgenommen werden. Der Empfänger soll zudem über die Eigenblutspende aufgeklärt werden. (Bundesgesetzblatt 1998)

Falls bei einer spendenden Person der begründete Verdacht besteht, dass sie mit einer der in § 5 genannten Viruserkrankungen oder anderen schweren Krankheitserregern infiziert ist, wird nach § 19 die entnommene Spende aussortiert und alle in der Vergangenheit entnommenen Blutspenden nachverfolgt. Gleichzeitig muss die Infektiosität durch weitere Testung bestätigt oder widerlegt werden. Zusätzlich muss die Einleitung des Rückverfolgungsverfahrens der zuständigen Behörde gemeldet werden. (Bundesgesetzblatt 1998)

In § 12a und § 18 wird aufgeführt, dass sich nach dem „Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik“ gerichtet werden soll. Diesen Stand definiert die

Bundesärztekammer mit dem Einvernehmen des Paul-Ehrlich-Instituts. In Zusammenarbeit wurden 2005 aufbauend auf das TFG die Hämotherapierichtlinien erstellt. Diese wurden in den Jahren 2007, 2010 und 2017 ergänzt und schließlich 2017 als „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2023“ überarbeitet veröffentlicht. Einerseits wurde sich inhaltlich immer wieder an dem aktuellen medizinischen Wissensstand orientiert, andererseits rückte im Laufe der Jahre das sexuelle Risikoverhalten immer mehr in den Fokus und musste neu evaluiert werden. Letzteres wurde 2021 erneut klarer definiert und als Beratungsergebnis der Arbeitsgruppe mit Vertretern des „Arbeitskreises Blut nach § 24 TFG“, des Arbeitskreises „Richtlinien Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG“ des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, des Robert-Koch Instituts, des Paul-Ehrlich-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit unter „Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten-Darstellung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft“ veröffentlicht. (Bundesärztekammer 2022, Bundesärztekammer 2023)

Die Richtlinie Hämotherapie wurde nicht nur auf Grundlage des TFG, sondern auch des Arzneimittelgesetzes, der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, der von der Europäischen Union veröffentlichten Richtlinien, des Europarates und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfasst (Bundesärztekammer 2023).

Die von der Bundesärztekammer veröffentlichte Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Jahr 2021 stellt unter anderem Begutachtungsverfahren der verschiedenen Fachrichtungen dar. Von den 4429 Anträgen, die im Krankenhausbereich eingingen, waren 151 an die Anästhesiologie und Intensivmedizin gerichtet. Das macht 3,4 % der Anträge im Krankenhausbereich und 2,5 % im niedergelassenen Bereich aus. Auf eine detailliertere Aufschlüsselung der Gründe der Begutachtungsanträge wird hierbei nicht eingegangen. (Bundesärztekammer 2021)

2.1.2.3 Risiken

Vor einer Operation wird der Patient neben der Erklärung bezüglich des Eingriffs auch über die Möglichkeit einer notwendigen Bluttransfusion aufgeklärt. Dies wird vom zuständigen Anästhesisten und/oder Operateur durchgeführt und beinhaltet die verschiedenen Arten von Bluttransfusionen, Alternativverfahren sowie Risiken und Nebenwirkungen. (Wasserburg 1998)

Bei mehr als vier Millionen Bluttransfusionen pro Jahr in Deutschland (Meybohm, Zacharowski et al. 2019) sind die allgemeinen Nebenwirkungen von den speziellen Risiken der verschiedenen Transfusionsarten abzugrenzen. Allgemein können Hämatome, Spitzenabszesse sowie Schädigung von Blutgefäßen oder Nerven an der Einstichstelle entstehen. Falls sich Krankheitserreger in der Transfusion befinden, kann es in sehr seltenen Fällen auch zu einer Endokarditis oder Sepsis führen. Auch allergische Reaktionen auf lokale Betäubungsmittel oder Pflaster können im Zuge des Verfahrens nicht nur Urtikaria, Fieber oder Schüttelfrost, sondern im schlimmsten Fall auch lebensbedrohliches Kreislaufversagen resultieren. Bei Vorerkrankungen wie einer Herzschwäche kann zu schnelles Transfundieren der Blutspende das Herz überlasten und somit zu Herzversagen führen. Die präoperative Eigenblutspende kann kurz nach der Durchführung zu Kreislaufstörungen führen. Da bei der maschinellen Autotransfusion (MAT) unerwünschte Blutkomponenten, beispielsweise die Gerinnungsfaktoren, ausgewaschen werden, kann es im Zuge dessen zu Blutgerinnungsstörungen kommen. (Schüttler & Joch 2018)

Auch über die Übertragung von Krankheitserregern wie dem „human immunodeficiency virus“ (HIV), Hepatitis-Viren (vor allem HBV und HCV) und dem Zytomegalievirus wird im präoperativen Gespräch aufgeklärt (Habler 2012). Zur Testung einer Blutspende wird auf HIV 1/2 Antikörper, HIV-1 Genom, HCV-Antikörper, HCV-Genom, HBs Antigen, Anti-Hbc sowie auf Antikörper gegen *Treponema Pallidum* untersucht. (Robert Koch Institut 2017)

Zudem stellt die Blutgruppenunverträglichkeit ein Risiko dar. Verwechslungen der Transfusionen treten hierbei öfter als eine fehlerhafte Bestimmung der Blutgruppe auf (Bundesärztekammer 2023). Es kann in einer Notfallsituation die Gabe nicht vollkommen übereinstimmenden Blutes nötig sein. All diese Ursachen bewirken, dass sich beim Empfänger Antikörper bilden, die je nach Schweregrad von Fieber bis hin zu Nierenversagen führen können. Es kann außerdem eine Graft-versus-Host-Reaktion entstehen, bei der die Immunzellen des Spenders eine Immunreaktion beim Empfänger auslösen. (Schüttler & Joch 2018)

Auch das Risiko einer transfusionsassoziierten akuten Lungeninsuffizienz (TRALI) ist zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich um ein meist durch leukozytäre Antikörper gebildetes Lungenödem, das innerhalb von 6 Stunden nach der Transfusion auftritt. Die Ursache konnte gehäuft auf (FFP) von Frauen, die sich in der Vergangenheit

während ihrer Schwangerschaft gegen leukozytäre Antigene immunisiert haben, zurückgeführt werden (Schweisfurth, Sopivnik et al. 2014). Um die auslösenden humane-Leukozyten-Antigene- (HLA) und humane-neutrophile-Antigene- (HNA) Antikörper nachweisen zu können, wird ein enzymgekoppelter Immunadsorptionstest“ (EIA) (genauer: Monoclonal Antibody Immobilization of Granulocyte Antigens = MAIGA) durchgeführt (Deutsches Rotes Kreuz). Um das Risiko einer Immunisierung gegen Leukozytenantigene zu verringern, werden Erythrozytenkonzentrate, also leukozytendepletierte Zellsuspensionen in einer wässrigen Additivlösung verwendet. (Bundesärztekammer 2023)

2.1.2.4 Moderne medizinische Alternativen

Wenn eine Fremdbluttransfusion vermieden werden soll, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, diese zu umgehen. Zu diesen zählt die präoperative Eigenblutentnahme. Hierbei wird nach Ermittlung der Hämoglobinkonzentration zur Vermeidung einer Anämie frühestens drei Wochen vor der geplanten Operation Blut des Patienten entnommen und extrakorporal gelagert. Dieses kann im anschließenden Eingriff wieder verabreicht werden. Durch die gleichzeitige Gabe von Erythropoetin (Epo) und Eisenpräparaten kann dieses Verfahren noch erfolgreicher durchgeführt werden. (Bundesärztekammer 2020)

Auch bei der akuten normovolämischen Hämodilution (ANH) werden dem Patienten präoperativ Erythrozyten entnommen, extrakorporal gelagert und bei Bedarf intraoperativ wieder dem Körper zugeführt (Bundesärztekammer 2020). Jedoch wird bei dieser Methode das entnommene Blut durch „Plasmaexpander“ ersetzt und somit verdünnt, was dazu führt, dass während einer Blutung ein geringerer Erythrozytenverlust stattfindet (Larsen, Fink et al. 2016b). Die präoperativen Hämatokrit- und Hämoglobinwerte, der erwartete Blutverlust während der Operation, sowie die Nutzen-Risiko-Abwägung spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Deshalb kann laut der aktuellen Leitlinie „Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten“ der Bundesärztekammer „keine sichere Empfehlung in Bezug auf eine ANH ausgesprochen werden“. (Bundesärztekammer 2020 S. 234)

Wenn bei der bevorstehenden Operation von einem Blutverlust von mehr als 10% des Blutes im Körper ausgegangen wird, kann im Zuge einer maschinellen Autotransfusion das abgesaugte Wundblut maschinell aufgearbeitet und sowohl während als auch nach der Operation dem Körper wieder zugeführt werden. Auch bei einem akuten Notfall mit hohem Blutverlust findet die MAT Anwendung. (Bundesärztekammer 2020)

Im Jahr 2021 wurden in Deutschland 512 präoperative Eigenblutspenden durchgeführt, bei denen Patienten ihr eigenes Blut für eine spätere Verwendung bereitstellten. Im Vergleich dazu gab es fast 6,5 Millionen Fremdblutspenden, von denen etwa 4,9 Millionen tatsächlich verwendet wurden. (Henseler 2022)

2.1.2.5 Patienten-individualisierte Hämotherapie

Ein häufig auftretendes Problem bei operationsbedingten Bluttransfusionen, vor allem bei Patienten die älter als 65 Jahre sind, ist die Anämie (Boureau & de Decker 2019). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich diesbezüglich bei Frauen um Hämoglobinwerte <12 g/dl und bei Männern <13 g/dl. Die Anämie wird durch den Mangel an Erythrozyten definiert, was zu einer verminderten Gewebsoxygenierung führt. Unterschieden wird dabei in zwei Formen. Eine akute Anämie liegt meist aufgrund eines hohen Blutverlustes vor. Die größte Gefahr besteht im hämorrhagischen Schock, der mehrheitlich in einer Unterversorgung der wichtigsten Organe resultiert und eine lebensbedrohliche Situation für den Patienten darstellt. Die zweite Form ist die chronische Anämie. Diese entwickelt sich schleichend und tritt oftmals als Folge anderer sich im Körper befindenden Erkrankungen entzündlicher, neoplastischer oder metabolischer Art auf. Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen oder Kopfschmerzen sind sehr unspezifisch, weshalb die Anämie oft erst bei präoperativen Untersuchungen diagnostiziert wird. (Kulier & Gombotz 2001)

Die Problematik einer präoperativen Anämie liegt sowohl in der Grunderkrankung, die diese auslöst, als auch der Unterversorgung wichtiger Organe durch einen verminderten Sauerstoffgehalt. Beide stellen ein erhöhtes Risiko für die bevorstehende Operation dar (Kulier & Gombotz 2001). Bleibt die Anämie unbehandelt, liegt die 30-Tage-Sterblichkeitsrate postoperativ bei zehn Prozent. (Fricke 2019)

Die Behandlung einer präoperativen Anämie bildet die erste Säule der Patienten-individualisierten Hämotherapie, auch Patient Blood Management (PBM) genannt. Hierbei

sollen chronische oder akute Mangelzustände beseitigt, Blutungen gestillt und das Erythrozytenvolumen gesteigert werden, um den Einsatz von Bluttransfusionen im Zuge der bevorstehenden Operation zu minimieren. (Bundesärztekammer 2017)

Durch die Gabe von Eisen, Epo oder einer Kombination aus beidem, kann der präoperativen Anämie entgegengewirkt werden. Das Risiko von Nebenwirkungen wie Infektionen, Allergien oder Thrombosen muss patientenindividuell abgewogen werden. (Tenzer 2018)

Durch die Gabe von Eisen wird die Hämoglobinsynthese angeregt, während Epo über die Erythropoese im Knochenmark die Erythrozytenbildung stimuliert. Die Wirkung von Epo ist bei einem Eisenmangel eingeschränkt, da die Hämoglobinsynthese von Eisen abhängig ist. In diesen Fällen wird die bereits erwähnte Kombination aus beiden als Therapieoption vorgezogen. (Amboss 2023)

Bei der zweiten Säule des PBM geht es um die ressourcenschonende Verwendung des patienteneigenen Blutes. Hierbei wird auf minimalinvasive Operationsverfahren und Techniken wie die MAT Wert gelegt. Auch diagnostische Maßnahmen können auf dieses Prinzip angepasst werden. So sollten zum Beispiel die präoperativen Blutentnahmen durch geringere Füllhöhen der Blutentnahmeröhrchen minimiert werden und durch standardisierte Prozeduren Gerinnungsstörungen rechtzeitig erkannt werden. (Patient Blood Management 2017)

Aufgrund der speziellen Anforderungen in der Behandlung von Zeugen Jehovas haben sich blutlose Operationstechniken und das blutlose Behandlungsspektrum weiterentwickelt und der Medizin zu positiven Fortschritten verholfen (Garraud 2014). Bereits 1986 veröffentlichten Nelson und Bowen die Ergebnisse ihrer Studie, die belegten, dass zwischen den behandelten Zeugen Jehovas und der Patientengruppe, denen Blut transfundiert, wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Sterblichkeit, Komplikationen, funktionellen Ergebnisse, Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Wiederaufnahme des Arbeitsprozesses festzustellen waren. Alle 200 Patienten unterzogen sich einer Hüftoperation und wurden von demselben Operationsteam behandelt. (Nelson & Bowen 1986, von Bormann 2007)

Auch in anderen Fachrichtungen entsprachen die Morbiditäts- und Mortalitätsraten von Zeugen Jehovas denen der anderen transfundierten Patienten (von Bormann 2007).

Vor allem die durch Zeugen Jehovas gewonnenen Erkenntnisse über das Toleranzpotential bei normovolämischer Anämie haben zum Überdenken der aktuellen Grenzwerte zur Indikation von Transfusionen geführt. Zudem sind die Kosten und Auswirkungen von Blutderivaten nicht unerheblich. In einer australischen Multicenterstudie von 2017 wurden 605 046 Patientenfälle über eine Zeitspanne von 6 Jahren ausgewertet, bei denen blutsparende und blutlose Methoden im Sinne des PBM angewendet wurden. Während der Studienlaufzeit konnten 41 % der Nutzung von Blutderivaten eingespart werden. Die Mortalitätsrate des Krankenhauses sank um 28 % und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes wurde um 15 % verkürzt. Im Zuge dessen konnten die krankenhaussassoziierten Infektionen um 21 % gesenkt werden und es wurden 31 % weniger Herzinfarkte verzeichnet. Außerdem konnten zwischen 78 und 97 Millionen US-Dollar eingespart werden. Es lässt sich somit festhalten, dass die Methoden, die für die Behandlung von Zeugen Jehovas entwickelt wurden, nicht nur zu verbesserten Resultaten in der allgemeinen Patientenbehandlung führen, sondern auch die Ökonomie des Gesundheitssystems positiv beeinflussen. (Leahy, Hofmann et al. 2017, Garoufalia, Aggelis et al. 2022)

Die dritte Säule befasst sich mit dem rationalen Einsatz von Fremdblut, der immer nach den neuesten wissenschaftlichen Standards geschehen sollte, auf die bereits detaillierter eingegangen wurde (Patient Blood Management 2017).

Neben der vom Chirurgen ausgeführten minimalinvasiven Operationstechnik kann auch der Anästhesist zu einem möglichst geringen Blutverlust beitragen. Durch die kontrollierte Hypotension kann sowohl mit Medikamenten als auch durch die Lagerung des Patienten eine verminderte Blutung erzielt werden. Durch die Gabe von schnell und langsam wirkenden Vasodilatoren wie Nitroprussid, Nitroglyzerin und Urapidil in Kombination mit einer Isofluran-Anästhesie sinkt der mittlere arterielle Blutdruck hierbei auf 50 bis 60 mmHg. (Larsen 1992, Larsen & Kleinschmidt 1995)

Auch die Beeinflussung von Körpertemperatur und pH-Wert können sich während der Operation positiv auf den Blutverlust auswirken. Um einer Hypothermie und der damit verbundenen Verlangsamung der plasmatischen Gerinnung entgegenzuwirken, sollte auf eine aggressive externe Wärmezufuhr geachtet werden. Auch erwärmte Infusionslösungen sind für das Sicherstellen einer Normothermie hilfreich. Mit diesen Methoden kann bereits präoperativ begonnen werden. Bei einer pH-Wert-Verminderung von 7,4

auf 7,2 verringert sich die Thrombinbildung um 25 %. Somit ist auch auf die Beibehaltung eines physiologischen Säure-Basen-Haushalts zu achten. (Singbartl 2014).

Intraoperativ gibt es auch noch andere Methoden, um die Blutungen gering zu halten. Ein Beispiel hierfür ist das Antifibrinolytikum die Tranexamsäure, die zur Blutungsprophylaxe angewendet wird. Das Behandlungsspektrum ist groß. Die Tranexamsäure findet vor allem bei Traumata und orthopädischen Eingriffen ihre Anwendung. Zu den schwerwiegenden Nebenwirkungen gehören zerebrale Krampfanfälle, die jedoch hauptsächlich bei hohen Dosierungen, wie sie in der Kardiochirurgie nötig sein können, auftreten. Empfohlen wird daher die patientenindividuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung, wenn ein erhöhtes Risiko für thrombembolische Vorfälle besteht. (Pekrul, Schachtner et al. 2021)

Bei akuter Hypovolämie oder im Schockzustand kann auf die intravasale Volumentherapie zurückgegriffen werden. Dabei werden kristalloide und kolloidale Infusionslösungen verabreicht, die das verlorene Volumen aufstocken und somit die Pumpleistung des Herzens, die Gewebeoxygenierung, Gewebepfusion und Organfunktion in einer Notfallsituation ermöglichen sollen. Ein Risiko dieses Verfahrens ist die Ödembildung. (Fartek, Gemes et al. 2016)

Kristalloide Infusionslösungen mit einem hohen Chloridanteil können zu einer hyperchlorämischen Azidose führen, die den von-Willebrand-Faktor (vWF), Faktor VIII und die Thrombozytenzahl reduziert und somit einen negativen Einfluss auf die Blutgerinnung hat. Daher werden bevorzugt Infusionslösungen mit verstoffwechselbaren Anionen, wie Azetat, Malat oder Laktat verwendet. Allgemein ist zu beachten, dass durch dieses Verfahren alle Bestandteile des Gerinnungs- und Fibrinolyseystems verdünnt werden und die Gefahr einer Verdünnungskoagulopathie besteht. (Habler 2012)

Die Aktivität von Faktor VIII und vom vWF können außerdem durch das Vasopressinanalogen Desmopressin gesteigert werden. Es sorgt zusätzlich für eine sofortige Freisetzung von Thrombozyten aus dem Knochenmark und ist daher vor allem für Notfalleingriffe bei Patienten unter pharmakologischer Thrombozytenaggregationshemmung geeignet. (Habler 2012)

Zusammenfassend haben nicht nur die möglichen Folgeerkrankungen durch Bluttransfusionen, sondern auch der Spendermangel und die damit verbundenen hohen Kosten

den Blick in Richtung der fremdblutsparenden Alternativen gerichtet (Habler 2012). Abgesehen von Patienten mit komplexen Antikörpern oder einer seltenen Blutgruppe profitieren auch die Patienten einer speziellen Religionsgemeinschaft von diesen Entwicklungen.

2.2 Die Zeugen Jehovas

„Guten Tag, haben Sie kurz Zeit, mit uns über Gott zu sprechen?“

Mit diesem oder ähnlichen Sätzen gehen Zeugen Jehovas im Zuge ihres Missionarsdienstes von Tür zu Tür, um mit anderen Menschen Gespräche über Gott zu initiieren. Den Ursprung dieser Glaubensgemeinschaft, die Besonderheit des Blutvetos und die Umsetzung dessen in Deutschland soll im folgenden Kapitel näher thematisiert werden.

2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund

Nachdem der amerikanische Adventist Charles Taze Russel 1870 die Dogmen der Kirche infrage gestellt hatte, begann er zuerst allein, später gemeinsam mit seinen „Bibelforschern“ die Bibel systematisch zu studieren und in dieser Endzeitprophezeiungen zu erörtern. 1879 wurde die erste Ausgabe von „Zion´s Watch Tower and Herald of Christ´s Presence“ von dem von ihm gegründeten Verlag „Watch Tower Society“ veröffentlicht. In diesen teilt er seine Erkenntnisse des Bibelstudiums und kritischen Hinterfragungen. Sie ist der Vorläufer von „The Watchtower“ (dt. „Der Wachturm“), eine der erfolgreichsten Zeitschriften der Welt mit nach eigenen Angaben 93 Millionen Auflagen pro Ausgabe, gefolgt von der Zeitschrift „Awake!“ (dt. „Erwachtet!“), mit 41 Millionen Auflagen in 236 Ländern und Territorien. Die Hauptzentrale Europas, in der beide Zeitschriften gedruckt werden, befindet sich in Selters im Taunus. Alle Ausgaben sind kostenlos und werden durch Spenden finanziert. (Zillmann 2014, Klatt 2019, Ilmberger 2023)

Nachdem Charles Russel verstorben war, wurde Joseph Franklin Rutherford 1916 Präsident der Watch Tower Society. Er zentralisierte die Struktur der Gesellschaft und verschärfte die Glaubensaussagen. Nach dessen Tod übernahm Nathan Homer Knorr die Leitung, welcher daraufhin für die weltweite Ausweitung der Missionstätigkeit sorgte. Im Jahr 1977 wurde der Posten des Präsidenten durch die „Leitende

Körperschaft“, ein Komitee aus gleichberechtigten Ältesten, ausgetauscht. (Schreiber 2004, Zillmann 2014)

In Deutschland kamen erstmals 1897 die damals betitelten Bibelforscher in Berlin zusammen. Zu dieser Zeit waren kleinere Glaubensgemeinschaften rechtlich noch nicht mit der römisch-katholischen und evangelischen Kirche gleichgestellt. Erst mit der Weimarer Reichsverfassung 1919 wurde das Recht auf Religionsfreiheit in Deutschland erlassen, sodass den Bibelforschern am 7. Dezember 1921 vom Reichsrat die Rechtsfähigkeit der Körperschaft zugesprochen wurde. Seit 1931 werden sie „Zeugen Jehovas“ genannt. Mit dem Aufstreben der Nationalsozialisten waren die bis dato erlangenen Fortschritte hinfällig. Da es die Zeugen Jehovas ablehnten, an Wahlen teilzunehmen, den Kriegsdienst anzutreten oder den Hitlergruß aufzuzeigen, wurden sie staatlich verfolgt und in Konzentrationslager deportiert. Alle Gefangenen der Konzentrationslager mussten neben ihrer Häftlingsnummer ein Dreieck auf der Kleidung tragen, das durch die Farbe und Form den Grund der Deportation erkennen ließ. Als religiöse Gefangene mussten die Zeugen Jehovas dort zur Identifikation den „Lila Winkel“ tragen. Nach der Deutschen Teilung 1949 wurde auch in der DDR (Deutsche Demokratische Republik) gegen religiöse Minderheiten gehetzt und den Zeugen Jehovas der Status einer erlaubten Religionsgemeinschaft aberkannt. Im Gegensatz dazu entwickelte sich in der BRD (Bundesrepublik Deutschland) eine Vielzahl von religiösen Minderheiten. So etablierten sich neben den beiden großen christlichen Kirchen der Islam, die orientalisch-orthodoxen Kirchen, das Judentum, der Buddhismus und der Hinduismus. Sie alle erhielten den Körperschaftsstatus. (Schultz 2007, Weber 2018)

Durch den Körperschaftsstatus erlangen Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften einen eigenen öffentlich-rechtlichen Status. Dieser ermöglicht unter anderem das Einnehmen von Steuern bei Mitgliedern, die Dienstherrenfähigkeit oder die Rechtssetzungsbefugnis. Um diesen Status zu erlangen, müssen sie die Verfassung der Religionsgemeinschaft und die Zahl ihrer Mitglieder vorlegen. (Bundesministerium des Innern und für Heimat 2023)

Der Weg der Zeugen Jehovas war diesbezüglich lang. 1990 wurden sie von der letzten DDR-Regierung als Religionsgemeinschaft angesehen. Daraufhin begann der Kampf um den Körperschaftsstatus im Land Berlin, in dem sich zu dieser Zeit der Hauptsitz befand. Erst wenn der Körperschaftsstatus dort verliehen wird, kann der Antrag in den anderen 15 Bundesländern erfolgen. Da unter anderem das Ablehnen der Teilnahme

an staatlichen Wahlen als fehlende Staatstreue interpretiert wurde, stand die Religionsgemeinschaft im Widerspruch zum in Deutschland bestehenden konstitutiven Demokratieprinzip. Nachdem die Klage einer Angehörigen der Zeugen Jehovas 1997 abgewiesen wurde, hieß es in der Pressemitteilung zum Urteil: „Da sie dem demokratisch verfaßten Staat nicht die für eine dauerhafte Zusammenarbeit unerläßliche Loyalität entgegenbringe, könne sie nicht verlangen, von ihm als Körperschaft des öffentlichen Rechts anerkannt zu werden.“ [BVerwG, Urteil vom 26. Juni 1997 – 7C 11.96; Pressemitteilung der Pressestelle des BVerwG v. selben Tag]. 2005 willigte das Oberverwaltungsgericht Berlin schließlich in den Anspruch auf Verleihung des Körperschaftsstatus ein. Daraufhin intervenierte der Berliner Senat mit einer Nichtzulassungsbeschwerde, die jedoch zurückgewiesen wurde. Die Zeugen Jehovas erhielten somit am 13. Juni 2006 die Körperschaftsrechte in Berlin. In den folgenden Jahren schlossen sich die anderen Bundesländer an, sodass seit Nordrhein-Westfalen am 27. Januar 2017 die Zweitverleihung anerkannte, die Zeugen Jehovas in allen Bundesländern in Deutschland als Körperschaft gelten. (Schultz 2007, Weber 2018)

Weltweit gehören laut dem Jahresbericht der Religionsgemeinschaft circa 8,7 Millionen Menschen in 239 Ländern und Territorien den Zeugen Jehovas an. In Deutschland sind es bis zum Januar 2023 circa 175 000. (Zeugen Jehovas 2022, Jehovas Zeugen in Deutschland 2023)

2.2.2 Das Blutveto

Alle Tiere, die am Leben sind, können euch als Nahrung dienen. So wie ich euch die grünen Pflanzen gegeben habe, gebe ich euch auch sie. Nur Fleisch mit seinem Leben – seinem Blut dürft ihr nicht essen.

1.Mose 9:4

Verse wie dieser bilden für Zeugen Jehovas den Ursprung ihrer Haltung gegenüber Bluttransfusionen. Transfusionen mit Vollblut oder den Hauptkomponenten haben hierbei den gleichen Stellenwert wie Blut in Lebensmitteln. Es spielt somit keine Rolle, auf welche Art das fremde Blut in den Körper gelangt. (Singbartl 2014)

Denn das Leben von jeder Art Lebewesen ist ihr Blut, weil das Leben im Blut ist.

10.Mose 17:14

Blut steht für das Leben, das Gott geschaffen hat, und ist somit heilig. Es wird direkt mit der Seele eines Menschen oder Tieres verbunden (Habler & Voß 2010). Gott gilt

als Schöpfer des Lebens und die Gläubigen sind angehalten, seine Gebote zu respektieren und nach ihnen zu handeln. (Zeugen Jehovas 2023)

Jeder, der Blut ißt, wird ausgerottet werden aus seinem Volk.

3.Mose 7: 26, 27

1945 formulierte die Watchtower Society erstmals das Blutveto. Seit 1961 bildet der Ausschluss aus der Gemeinschaft die Konsequenz des freiwilligen Erhaltens einer Blutspende oder deren Hauptkomponenten. Alle weiteren Mitglieder der Zeugen Jehovas wurden daraufhin angewiesen, die ausgeschlossene Person zu meiden, was die Religionsgemeinschaft in den Mittelpunkt der Kritik rückte. Darauf verkündete die Watchtower Society im Jahre 2000, dass fortan nicht mehr die Gemeinschaft den Ausschluss initiiert, sondern sich die Mitglieder, die gegen das Gebot des Blutvetos verstoßen, in diesem Zuge selbst für den Ausschluss entscheiden. Laut den Zeugen Jehovas gibt es grundsätzlich nur zwei Gegebenheiten, die zum Ausschluss aus der Gemeinschaft führen können. Das Begehen einer schweren Sünde, wie Mord, Diebstahl oder sexuelle Unmoral sowie das Ausbleiben der nachfolgenden Reue. Die Nachricht des Ausschlusses und die nötigen Maßnahmen zur Wiederaufnahme übermitteln die Ältesten. Familienmitglieder sowie der Rest der Versammlung müssen den sogenannten Gemeinschaftsentszug anerkennen und umsetzen. (Muramoto 2001, Zeugen Jehovas 2015)

Denn ein jeder wird seine eigene Last tragen.

Galater 6:5

Trotz der klaren Formulierungen in der Bibel gibt es einen Entscheidungsspielraum bei transfusionsassoziierte Verfahren. Es werden grundsätzlich Vollblut und die vier Hauptkomponenten Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten und das Plasma abgelehnt. Zudem ist entscheidend, dass das Blut zu keinem Zeitpunkt den Blutkreislauf verlässt. Somit ist auch die präoperative Eigenblutspende ausgeschlossen. Eine individuelle Entscheidung können Mitglieder der Religionsgemeinschaft bezüglich der von ihnen betitelten „Fraktionen“ der Hauptkomponenten treffen. Dazu gehören beispielsweise Hämoglobinlösungen, Albumin, Gerinnungsfaktoren oder Immunglobuline. Auch die Anwendung von Antifibrinolytika und Desmopressin, sowie der Anschluss an eine

Herz-Lungen-Maschine oder Dialyse zur Erhaltung des Lebens werden von den Zeugen Jehovas akzeptiert. Unter der Voraussetzung, dass alles im Rahmen eines geschlossenen Systems durchgeführt wird, können die ANH und MAT durchgeführt werden. Bei tumorchirurgischen Eingriffen müsste unter Umständen das bei der maschinellen Autotransfusion aufgefangene Wundblut mit 50 Grey bestrahlt werden. Da dafür das Blut aus dem geschlossenen Kreislauf entfernt wird, ist auch dies individuell mit dem Patienten zu besprechen. (Habler & Voß 2010, Singbartl 2014)

In einer Studie von Habler et al. des Krankenhauses Nordwest in Frankfurt am Main wurde unter anderem die Akzeptanz der angebotenen fremdblutvermeidenden Verfahren durch dort behandelte Zeugen Jehovas analysiert. So wurden retrospektiv 123 getätigte Risikoeingriffe der Jahre 2008-2018 während eines fest etablierten fremdblutsparenden Management-Systems ausgewertet. 100 % der Patienten akzeptierten die Anwendung von Erythropoetin, Desmopressin und Tranexamsäure. 96 % waren mit der MAT einverstanden und 92 % mit der ANH. Eine intensivere Aufklärung benötigte die Behandlung mit Gerinnungsfaktorkonzentraten. Diese werden aus humanem Plasma extrahiert und daher oftmals direkt abgelehnt. Letztendlich willigten jedoch 83 % in die Anwendung sowohl von Prothrombinkomplexkonzentraten als auch von Fibrinogenkonzentraten ein, was eine Stabilisierung der Gerinnung selbst in Hochblutverlustszenarien ermöglichte. (Habler, Thörner et al. 2019)

Deswegen bemühe ich mich stets, vor Gott und den Menschen ein reines Gewissen zu haben.

Apostelgeschichte 24:16

Es wird den Mitgliedern empfohlen, sich bereits vor einem möglichen medizinischen Notfall mit dem Thema des Blutvetos auseinanderzusetzen. Dadurch haben sie ausreichend Zeit, sich eingehend über alle Verfahren zu informieren und selbst zu entscheiden, welche Optionen für sie infrage kommen. Außerdem sollte die finale Entscheidung verschriftlicht werden, damit auch im Falle einer Bewusstlosigkeit nach den Wünschen des Zeugen Jehovas gehandelt werden kann. Dieses „Dokument zur ärztlichen Versorgung“ soll jedes Mitglied bei sich tragen, damit es als verbindliche Behandlungsanweisung für das medizinische Fachpersonal dienen kann. (Zeugen Jehovas 2023)

2.2.3 Rechtliche Lage

Ich, ..., erkläre hiermit mein limitiertes Einverständnis, als Patient nach den Regeln der ärztlichen Kunst versorgt zu werden. Die Limitierung ergibt sich aus den von mir im Voraus verfügbaren folgenden Anweisungen, die auf meiner unumstößlichen Entscheidung beruhen. Ich ordne an, dass mir keine Bluttransfusionen (von Vollblut, roten Blutkörperchen, weißen Blutkörperchen, Blutplättchen oder Blutplasma) gegeben werden. Diese Verfügung gilt unter allen Umständen, selbst wenn Ärzte zur Erhaltung meines Lebens oder meiner Gesundheit die Habe von Blut für erforderlich halten sollten. Mit ... bin ich einverstanden. (Bender 1999)

Mit diesen Worten halten Zeugen Jehovas ihren Willen im „Dokument zur ärztlichen Versorgung“ fest. Gemäß Art. 4 Abs. 1, Abs. 2 GG wird die Religionsfreiheit in Deutschland als Grundrecht gewährleistet. Sie erlaubt den Menschen, nach ihren religiös motivierten Auffassungen zu handeln und umfasst es auch, Bluttransfusionen als Behandlungsoption abzulehnen. Dies löst beim medizinischen Personal einen Entscheidungskonflikt aus. Wenn die indizierte Bluttransfusion nicht durchgeführt wird, besteht das Risiko, nach Abschluss der Behandlung aufgrund des Verdachts auf fahrlässige Tötung beziehungsweise Totschlag durch Unterlassen angeklagt zu werden. Andererseits gilt jeder nicht unerhebliche medizinische Eingriff tatbestandlich als Körperverletzung und kann grundsätzlich nur durch die Zustimmung des Patienten gerechtfertigt werden. Wer entgegen dieser Zustimmung agiert, setzt sich dem Risiko aus, Ermittlungen aufgrund von vorsätzlicher Körperverletzung los zustoßen. (Ulsenheimer 2010, Schelling 2022)

Wird der Patient im Zuge eines Notfalls beim Arzt vorstellig, ist Letzterer nach § 323c StGB verpflichtet, Hilfe zu leisten und den Patienten nach seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu behandeln. Ist im Rahmen eines Elektiveingriffs abzusehen, dass eine Bluttransfusion benötigt wird, kann der Arzt die Behandlung ablehnen, um nicht in den Entscheidungskonflikt zu geraten und den Willen des Patienten zu respektieren. Dabei kann noch einmal in Eingriffe mit möglichem oder wahrscheinlichem Transfusionsrisiko unterteilt werden. (Schelling & Lippstreu 2010)

Voluntas aegroti suprema lex

Der Wille des Kranken ist das oberste Gebot. Dabei ist es unerheblich, welche Beweggründe ein Patient für seine Entscheidung hat. Das Behandlungsveto, auch wenn es nur auf einen Teilbereich der Behandlung abzielt, muss vom ärztlichen Personal respektiert werden. Entscheidend ist es, den Patienten trotzdem umfänglich über seinen

Zustand und den anstehenden Eingriff aufzuklären, die Dringlichkeit der Behandlung aufzuzeigen und auch mögliche Folgen aufgrund der unterlassenen Bluttransfusion zu erläutern. Es handelt sich hierbei um „informed refusal“, also die informierte Ablehnung oder Verweigerung. (Bender 1999, Bundesärztekammer 2017)

Wird ein erwachsener Patient in einer Notfallsituation mit vollem Bewusstsein eingeliefert und kann nach dem Aufklärungsgespräch das Risiko realistisch einschätzen, gilt er als entscheidungsfähig. Der Arzt ist im Zuge des Selbstbestimmungsrechts des Patienten an dessen Willen gebunden. Die getroffene Vereinbarung soll daraufhin dokumentiert werden und von den behandelnden Ärzten, dem Patienten und wenn möglich auch anderen Zeugen unterschrieben werden. Die Behandelnden sind somit im Falle einer Komplikation, die durch das Blutveto entstanden ist, rechtlich abgesichert und können anschließend nicht strafrechtlich belangt werden. (Singbartl 2014)

Auch im Fall meiner Bewusstlosigkeit und Handlungsunfähigkeit hat meine vorstehende Verfügung unverändert Gültigkeit. Der Zustand der Bewusstlosigkeit ist für mich keine unvorhergesehene Situation, in der jemand über eine mögliche Änderung meines Willens Mutmaßungen anzustellen hätte. Um weiter zu gewährleisten, dass die von mir verfügte Limitierung beachtet wird, habe ich eine Vertrauensperson bevollmächtigt, für den Fall meiner Bewusstlosigkeit beziehungsweise Handlungsunfähigkeit meinen Willen durchzusetzen. (Bender 1999)

Etwas genauer muss man die Situation im Fall eines bewusstlosen Patienten der Zeugen Jehovas betrachten. Dieser gilt als nicht-entscheidungsfähig. Der zweite Teil der antizipierten Behandlungsanweisung versucht diese Situation zu regeln. Oftmals enthalten diese Dokumente auch eine Freizeichenklausel, in der den Behandelnden die Verantwortung für mögliche Schäden, die durch die Entscheidung des Patienten entstehen, genommen wird. Falls die Indikation für eine Bluttransfusion besteht, müssen im ersten Schritt die Ärzte gemeinsam mit der bevollmächtigten Person herausfinden, ob der schriftlich vorgelegte Wille auch auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation bezogen werden kann und keine Anzeichen einer Sinnesänderung existieren. Wenn sich beide Parteien nicht einigen können, muss bei einem Betreuungsgericht eine Genehmigung zur Entscheidungsgewalt erlangt werden (vgl. § 1829 Abs. 1 BGB). Falls in einer akuten Notfallsituation die bevollmächtigte Person nicht rechtzeitig kontaktiert werden kann oder es aufgrund des Notstandes nicht möglich ist, auf die Genehmigung des Gerichts zu warten, muss der Arzt unter Berücksichtigung der antizipierten Behandlungsanweisung selbst wählen. Auch wenn der Patient keinen schriftlich festgelegten Willen mit sich führt, muss entweder gemeinsam mit der

bevollmächtigten Person (vgl. § 1828 Abs. 1 BGB) oder im Einzelfall die Behandelnden allein nach dem mutmaßlichen Willen handeln (vgl. § 630d Abs. 1 BGB). Hierbei ist es aus beweisrechtlichen Gründen ratsam, die zur endgültigen Entscheidung leitenden Umstände zu dokumentieren. (Schelling & Lippstreu 2010, Bundesärztekammer 2017, Schelling 2022)

Bei nicht-einwilligungsfähigen Kindern, deren Eltern gegen eine Bluttransfusion stimmen, muss vorher die Genehmigung vom Familiengericht eingeholt werden. Falls die rechtliche Genehmigung nicht vor der Behandlung eingeholt werden kann, darf der Arzt auch ohne diese die Behandlung entgegen dem Willen der Eltern durchführen. (Bundesärztekammer 2017)

2.2.4 Handhabung in deutschen Kliniken

Um dem medizinischen Personal den persönlichen Entscheidungskonflikt und die damit verbundene seelische Belastung abzunehmen, haben sich in deutschen Krankenhäusern Leitsätze etabliert, nach denen im Falle der Behandlung eines Zeugen Jehovas agiert werden kann (Ulsenheimer 2001). Diese sind krankenhausinterne Handlungsempfehlungen, die von den Ethikkommissionen, oftmals auch in Zusammenarbeit mit externen Institutionen, entworfen wurden. (Singbartl 2014)

Alle Leitlinien haben einen ähnlichen Ablauf. Für einen allgemeinen Überblick wird beginnend die Problemstellung erklärt und die Religionsgemeinschaft mit ihrem Transfusionsveto beschrieben. Folgend werden Verfahrensanweisungen für Notfallpatienten und Elektiveingriffe aufgeführt. In jeder Leitlinie wird betont, dass bei Notfalleingriffen eine Hilfeleistungspflicht besteht, bei elektiven Eingriffen jedoch nicht. Es wird außerdem in ansprechbare und einwilligungsfähige, sowie bewusstlose und/oder nicht-einwilligungsfähige Patienten und die damit verbundenen Handlungsempfehlungen eingeteilt. Im ersten Fall wird das Personal dazu angehalten, den Patientenwillen zu respektieren und keine Transfusion zu verabreichen. Im zweiten Fall soll nach der Patientenverfügung gehandelt werden, sofern diese vorliegt. Wenn der Patientenwille aufgrund fehlender Informationen nur zweifelhaft festzustellen ist, gilt „in dubio pro vita“ (dt. „im Zweifel für das Leben“). Auch der Umgang mit Minderjährigen wird in den Leitlinien thematisiert. Im Anhang der Leitlinie der DRK Kliniken Berlin von 2017 finden sich beispielsweise Hinweise zum Antrag beim Familiengericht. Es wird zudem auf die Schweigepflicht hingewiesen, die vor allem gegenüber involvierten dritten Parteien, wie Ehrenamtliche des Krankenhaus-Verbindungskomitees, eingehalten werden

muss, bis das behandelnde Personal ausdrücklich davon entbunden wurde. (Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund GmbH 2007, Oestermann 2013, von Moers 2017)

Das Krankenhaus-Verbindungskomitee ist eine Organisation, die sich unter anderem die Überwachung der Einhaltung des Bluttransfusionsverbots bei Zeugen Jehovas zur Aufgabe gemacht hat. Weltweit gibt es nach eigenen Angaben 2000 Krankenhaus-Verbindungskomitees in 110 Ländern. Dieses gilt obendrein als Mittler zwischen dem Arzt und seinem Patienten, stellt Informationen für beide Parteien zur Verfügung und kümmert sich um die seelsorgliche Betreuung. Die Beteiligten organisieren 24-Stunden-Sitzwachen an der Seite von Patienten, um sicherzugehen, dass während derer Bewusstlosigkeit keine Transfusionen verabreicht werden und organisieren, wenn nötig, die Verlegung eines Zeugen Jehovas, wenn sich nicht auf eine Behandlung geeinigt werden kann. (Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund GmbH 2007, Krankenhausinformationsdienst für Zeugen Jehovas 2012, Singbartl 2014)

Die Leitlinien sollen als Entscheidungshilfe dienen, medizinisches Personal durch dieses ethische Dilemma zu führen und den Mitarbeitenden ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln. Grundsätzlich ist es ratsam, vor allem für Elektiveingriffe Teams aus Operateuren, Anästhesisten und Pflegekräften zu bilden, die das Respektieren der Entscheidung der Zeugen Jehovas garantieren können. Es werden auch Beratungs- und Fortbildungsmöglichkeiten geboten, die das Personal für solche speziellen Fälle schulen sollen. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Behandelnden jederzeit Ansprechpartner der Seelsorge oder Ethik-Komitees haben, um psychosoziale Unterstützung zu bekommen. (Ulsenheimer 2001, Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund GmbH 2007, Oestermann 2013)

2.3 Ethik

Ärztliche Aufgabe ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten.

§ 1 Abs. 2 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin

Der Bundesgerichtshof (BGHSt 11, 111) führte bezüglich der Einwilligung in ärztliche Heilbehandlungen folgendes aus: „Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein Anderer vernünftigerweise bereit sein sollte,

seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden. Diese Richtlinie ist auch für den Arzt verbindlich. Zwar ist es sein vornehmstes Recht und seine wesentlichste Pflicht, den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen. Dieses Recht und diese Pflicht finden aber in dem grundsätzlichen freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze. Es wäre ein rechtswidriger Eingriff in die Freiheit und Würde der menschlichen Persönlichkeit, wenn ein Arzt - und sei es auch aus medizinisch berechtigten Gründen – eigenmächtig und selbstherrlich eine folgenschwere Operation bei einem Kranken, dessen Meinung rechtzeitig eingeholt werden kann, ohne dessen vorherige Billigung vornähme. Denn ein selbst lebensgefährlich Kranker kann triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte.“ (Schelling & Lippstreu 2010)

2.3.1 Was ist Medizinethik?

Die Ethik im Allgemeinen wird als Theorie der Moral bezeichnet, da sie versucht, moralische Werte mit objektiven gesellschaftlichen Ansprüchen zu verbinden. Das Wort Moral hat einen lateinischen Ursprung („mos“) und steht für die Grundsätze einer Gesellschaft oder Gemeinschaft, die deren Zusammenleben sichern. Es kann dabei für die Überzeugungen stehen, nach denen aktuell gehandelt wird oder nach denen gehandelt werden soll. Diesbezüglich wird zwischen deskriptiver und normativer Ethik unterschieden. Die deskriptive Ethik beschreibt die moralischen Auffassungen der Vergangenheit und Gegenwart. Die normative Ethik hingegen nimmt einen philosophischen Standpunkt ein und versucht, die erstrebenswerten Normen zu ergründen. Letztere wird in zwei Untergruppen eingeteilt. Die Fundamentaethik versucht, moralische Auffassungen zu begründen und abzustufen, ob alle Normen als gleich gut oder gleich schlecht einzuordnen sind. Sie ist eine theoretische Betrachtungsweise und lässt dabei die praktische Anwendung größtenteils außen vor. Diese wird von der angewandten Ethik abgedeckt, die sich mit Handlungsanweisungen in bestimmten Teildisziplinen beschäftigt. Eine dieser Teildisziplinen ist die Medizinethik. Diese schließt die Arzt-Patienten-Beziehung, Grundlagen des medizinischen Handelns und allgemeine das Gesundheitssystem betreffende moralische Problemstellungen ein. Da im medizinischen Alltag schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, die das

Leben von Patienten und ihren Angehörigen umfangreich beeinflussen, ist die Medizinethik ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft und dient zur Orientierung des medizinischen Handelns. (May 2000, S. 25, Schulz, Steigleder et al. 2006, S. 16-24, Paul & Müller-Salo 2018)

Besonders in den letzten Jahrzehnten kristallisierten sich drei zentrale Entwicklungen in unserer Gesellschaft heraus, die vor allem in unserem Gesundheitswesen für Herausforderungen sorgen und die Relevanz der Medizinethik und die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit moralischen Problemen verdeutlicht. (Paul & Müller-Salo 2018)

1. Die gesellschaftliche Pluralisierung

Die Individualisierung von Weltanschauungen, Wertvorstellungen und eine sich stets entwickelnde religiöse Vielfalt werden in unserer Gesellschaft größtenteils respektiert, stehen aber auch im ständigen Wettbewerb miteinander. Dies stellt das medizinische Personal vor die Aufgabe, Vorschriften zu entwickeln und zu befolgen, die von den unterschiedlichen Wertvorstellungen vertreten werden können. (Schulz, Steigleder et al. 2006 S. 27, Paul & Müller-Salo 2018)

2. Der technische Wandel

Mit den neu gewonnenen medizinischen Erkenntnissen werden jedes Jahr auch neue Technologien entwickelt. Diese wiederum werfen ethische Fragen auf, die es Jahre zuvor noch nicht gab. Mit wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Handelns wachsen auch mögliche Probleme. (Paul & Müller-Salo 2018)

3. Rationalisierung

Auch das Gesundheitswesen kommt nicht um die steigende Orientierung an ökonomischen Werten herum. Bei der Entscheidung, wie und an wen die geringen Ressourcen verteilt werden, entstehen Konflikte, mit denen sich vor allem aus medizinethischer Sicht kritisch auseinandergesetzt werden muss. (Paul & Müller-Salo 2018)

Zentrale ethische Problemstellungen ergeben sich außerdem oftmals aus der Arzt-Patienten-Beziehung. Hippokrates begründete das ursprüngliche autoritäre Rollenverhältnis, in dem der Arzt allein für das Wohl des Patienten zuständig ist und diesen weder über seine Krankheit noch über den weiteren Verlauf dieser aufzuklären hat. Er

bezweifelte, dass der Patient diese Informationen verstehen könne und es dadurch im Ernstfall eher schadet, den Patienten über seinen Zustand aufzuklären. Dieses paternalistische Behandlungskonzept, in dem der Arzt in eine allwissende Vaterrolle schlüpft und den Patienten als Kind bevormundet, wird heutzutage von einem partnerschaftlichen Modell, bei dem beide Parteien auf Augenhöhe kommunizieren, abgelöst. Nicht mehr der Arzt, sondern der Patient rückt in den Mittelpunkt und spielt die zentrale Rolle in der Entscheidungsfindung über den für ihn passenden Behandlungsablauf. (Bolcato, Shander et al. 2021)

Das partnerschaftliche Modell ist vor allem vom *Informed Consent* (dt. informierte Zustimmung, IC) gezeichnet. Es handelt sich dabei um die offene, gleichberechtigte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, bei welcher der Arzt zunächst über den aktuellen Gesundheitszustand und daraus resultierende Behandlungsmöglichkeiten vollumfänglich aufklärt. Es werden Alternativen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen erörtert und alle Fragen seitens des Patienten beantwortet, damit dieser sich im Anschluss eigenmächtig für eine Behandlungsoption entscheiden kann. Bei einem richtig ausgeführten IC kann der Patient basierend auf den vom Arzt gelieferten Informationen seine Entscheidung treffen. (Jonsen, Siegler et al. 2006, S. 59)

Dies wird noch einmal durch den Austausch von „salus“ (dt. Gesundheit) durch „voluntas aegroti suprema lex“ (dt. „Der Wille des Patienten steht an oberster Stelle“) verdeutlicht. Dass die Gesundheit des Patienten an oberster Stelle steht, zählte zur hippokratischen Maxime, die durch die wachsende Wichtigkeit der Patientenautonomie abgelöst wurde. Der Wille des Patienten steht seither über dem ärztlichen Heilauftrag. (May 2000, S. 80, Bühler, Kren et al. 2015)

Die Verwirklichung des IC im klinischen Alltag gestaltet sich jedoch schwierig. Fachausdrücke und Zeitmangel seitens der Ärzte können den Erfolg eines optimalen Aufklärungsgesprächs mindern. Zudem können Ängste seitens der Patienten nicht nur zu selektivem Hören führen, sondern auch generelle Verständnisschwierigkeiten die Kommunikation beeinträchtigen. Trotzdem ist es von großer Wichtigkeit, den IC umzusetzen, da eine gute Arzt-Patienten-Beziehung den Grundstein für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf setzt. (Jonsen, Siegler et al. 2006, S. 63)

Neben der angewandten Ethik, zu der die Medizinethik gehört, versuchen auch Fundamenteethiken eine Anleitung zu moralischem Handeln zu geben (Frey, Schmalzried et al. 2013 S. 62):

Laut Immanuel Kants Pflichtethik, auch Deontologie genannt, gibt es eine genaue Festlegung, welche Handlungen erlaubt oder verboten sind. Dabei wird sich nach dem obersten moralischen Prinzip, dem kategorischen Imperativ, gerichtet. Somit soll bei jeder Entscheidung nach dem Grundsatz gehandelt werden, dass sich für die folgende Handlung auch jeder andere Mensch rational entscheiden würde, weil es die allgemein moralisch Richtige ist. (Frey, Schmalzried et al. 2013, S. 74-79)

Der Mensch ist also im Zuge der Entscheidungsfindung an seine eigenen sittlichen Pflichten, die durch die Vernunft geprägt wurden, gebunden. Dahingehend ist die letzte Entscheidung nicht vollends personenabhängig, da es laut Kant nur eine generelle Vernunft gibt. Dies resultiert in eingeschränkten Entscheidungsmöglichkeiten eines Jeden. So schließt eine durch Vernunft gefällte Entscheidung laut Kant beispielsweise die Selbsttötung oder einen Therapieabbruch aus. (May 2000, S. 22-23, 27, 41)

Im Sinne der Kompatibilisten David Hume und John Locke sind die Menschen allein für ihr Handeln verantwortlich und besitzen die Fähigkeit der Deliberation, wonach sie uneingeschränkt in ihrem Wollen sind und sich somit allein für eine der dargebotenen Handlungsalternativen entscheiden können. (Walensi, Inthorn et al. 2016)

John Stuart Mill gilt als Vertreter der Nützlichkeithetik. Der sogenannte Utilitarismus beschreibt die Theorie, dass auf die Interessen aller an einer Ausgangssituation beteiligten empfindungsfähigen Wesen in gleicher Weise eingegangen werden muss. Es gibt hierbei keine Rangordnung. Nachdem die betroffenen Parteien der bevorstehenden Handlung identifiziert wurden, werden die Auswirkungen für jeden Einzelnen abgeschätzt und am Ende eine Gesamtbewertung vorgenommen. Dasselbe Verfahren wird angewendet, um die Auswirkungen verschiedener Handlungsalternativen zu analysieren, bevor die Option mit der positivsten Gesamtwirkung ausgewählt wird. Es ist somit erst nach Abwägen der Folgen bewertbar, welche laut dem Utilitarismus die ethisch korrekte Handlung ist (konsequentialistische Ethik). Da es insbesondere in Bezug auf den Tod zu Problematiken führen kann, wird heutzutage der Regelutilitarismus angewendet. Dabei wird, nachdem sich für die Handlung mit der positivsten Gesamtbilanz entschieden wurde, beurteilt, ob diese auch nach Berücksichtigung von allgemeinen Handlungsregeln zu realisieren ist. (Schulz, Steigleder et al. 2006 S. 21, 35-40, Frey, Schmalzried et al. 2013 S. 114)

Im Gegensatz zu den bereits ausgeführten Moraltheorien begründete der Philosoph Aristoteles kein oberstes moralisches Handlungsprinzip, sondern eine Sammlung an

Tugenden, nach denen der Mensch sein Handeln ausrichten sollte, um ein glückliches Leben zu führen. Diese werden in sittliche Tugenden (z.B. Großzügigkeit) und Verstandestugenden (z.B. Weisheit) unterteilt. Erstere eignet man sich durch Gewöhnung und Letztere durch Belehrung an. Ein Handeln wird tugendhaft, wenn die Person über die Situation hinreichend informiert ist, die Entscheidung nach eingehenden Überlegungen gefällt wurde und sie daraufhin ohne Zögern ausgeführt wird. Wichtig ist es laut Aristoteles außerdem, sich nach einem tugendhaften Vorbild zu verhalten und in einer autoritären Position selbst zu einem tugendhaften Vorbild zu werden. Dies erreicht man, in dem wiederholt tugendhaftes Handeln imitiert wird, bis eben jenes Handeln verinnerlicht und eigene moralische Überzeugungen systematisiert wurden. (Frey, Schmalzried et al. 2013 S. 11, 61, 68, Gordon 2019 S. 17-18)

2.3.2 Grundsäulen des ärztlichen Selbstverständnisses

Die Amerikaner Tom L. Beauchamp und James F. Childress veröffentlichten 1979 das Buch „Principles of Biomedical Ethics“ (dt. Prinzipien der biomedizinischen Ethik) und entwickelten damit die Richtlinie für das Treffen von biomedizinischen Entscheidungen, die auch noch über 40 Jahre später ihre Anwendung in der klinischen Ethik findet. Es handelt sich um vier Prinzipien mittlerer Reichweite, die gegenwärtig die Leitsätze für ärztliches Handeln trotz unterschiedlicher Herleitung aufgrund von pluralistischer Wertvorstellungen, bilden. (May 2000 S. 84, Schulz, Steigleder et al. 2006 S. 28, Shea 2020)

Wenn von Prinzipien gesprochen wird, sind diese nicht mit Regeln gleichzusetzen. Beide bilden Normen der Verbindlichkeit, jedoch agieren Prinzipien nicht als präziser Leitfaden, der auf jede Situation gleichermaßen angewendet werden kann. Sie werden eher als allgemeine, umfassende Richtlinie gesehen und werden weniger in einem spezifischen Rahmen beschränkt, wie dies bei Regeln der Fall ist. Regeln sind außerdem detaillierter für eine bestimmte Situation formuliert. Um Prinzipien auf eine spezielle Situation anzuwenden, muss die generelle Formulierung durch eine Spezifischere ersetzt werden. Beispielsweise ist der Leitsatz „Tue niemandem Schaden an“ bei einem Patienten im Endstadium seiner Krebserkrankung, der um Sterbehilfe bittet, nicht hilfreich und wirft viele Fragen auf. Für diesen Patienten muss zuerst der Geltungsbereich dieser Norm spezifiziert und eingeschränkt werden. Mit Fragen wie „Wo, wann, mit welchen Mitteln, bei wem und von wem sollte diese Handlung umgesetzt oder nicht umgesetzt werden“ kann der Rahmen des Prinzips speziell für diese Situation

beschränken. Auch durch Respektieren des Patientenwillens, was ebenfalls als Norm im klinische Alltag gilt, ist der allgemeine Rahmen gesetzt. Jedoch steht eine detailliertere Richtlinie, nach der daraufhin in einzelnen Patientenfällen gehandelt werden soll, noch aus. Auch hier muss eine Spezifizierung des Inhalts erfolgen. Etwas genauer wäre die Formulierung, den Patientenwillen durch Befolgung seiner Patientenverfügung zu respektieren. Dabei ist anzumerken, dass diese Spezifizierung in einigen Umständen ausreichend sein kann, in anderen wiederum eine weitere Vertiefung benötigen würde. Theoretisch kann dieser Prozess ins Unendliche fortgeführt werden, wobei der Bezug zur ursprünglichen Norm jedoch nicht verloren gehen darf. Durch diesen Ablauf können und sollen die allgemein formulierten Prinzipien auf die Praxis bezogen und umgesetzt werden. (Beauchamp & Childress 2001 S. 14)

Henry S. Richardson formulierte hierzu: „[...] the complexity of the moral phenomena always outruns our ability to capture them in general norms.“ (dt: „Die Vielschichtigkeit von moralischen Phänomenen wird immer unsere Fähigkeit, diese mithilfe genereller Normen bewältigen zu können, übersteigen“) (Richardson 1990 S. 294).

Bei den bedeutenden vier Prinzipien von Beauchamp und Childress handelt es sich um die *autonomy*, *beneficence*, *nonmaleficence* und *justice*. Sich nach dem Wohle des Patienten zu richten (*beneficence*) und ihm keinen Schaden zuzuführen (*non-maleficence*) geht mit den traditionellen Leitsätzen „salus aegroti suprema lex“ und „primum nil nocere“ einher. Diese galten als die Hauptverpflichtungen, die ein Arzt gegenüber seinem Patienten hat und wurden vor allem in Konfliktsituationen gegenüber dem Patientenwillen priorisiert. In den 1960er und 1970er Jahren haben in Amerika die Autonomie (*autonomy*) und Gerechtigkeit (*justice*) an Gewichtung gewonnen und haben somit eine neue Art der Medizinethik, die Bioethik, herbeigeführt. (Beauchamp & Childress 2001 S. 13, Schulz, Steigleder et al. 2006 S. 28-29)

Bei der Umsetzung von *justice* wird eine Nutzen-Risiko-Analyse durchgeführt und anschließend die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen nach Abwägung der dadurch anfallenden Kosten veranlasst (Beauchamp & Childress 2001).

Die Autonomie befasst sich mit der Selbstbestimmung des Patienten. Dazu gehören das eigenmächtige Treffen von Entscheidungen nach Aufklärung im Zuge des IC, die wahrheitsgemäße Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten und die Vertraulichkeit (Jonsen, Siegler et al. 2006, S. 63). Die Autonomie eines Patienten

anzuerkennen bedeutet, nicht bei den Überzeugungen des anderen zu intervenieren und zu versuchen, diese zu beeinflussen. Indem eine Behandlung nur mit Zustimmung des Patienten durchgeführt werden kann, wird dem Patienten seine Autonomie rechtlich zugesichert. Das Einschreiten in die Autonomie eines Patienten wird nur dann moralisch und rechtlich gerechtfertigt, wenn das Wohlergehen einer anderen Person dadurch beeinträchtigt werden würde. Im medizinischen Alltag können außerdem ein unterschiedlicher Wissensstand zwischen Arzt und Patient sowie deren Beziehung zueinander die Akzeptanz der Patientenpräferenz einschränken. Zudem wird teilweise die Kompetenz des Patienten, die Entscheidung eigenmächtig zu fällen, infrage gestellt. Dies geschieht beispielsweise im Zuge einer Krankheit, die sich beeinträchtigend auf die Entscheidungsfällung auswirkt. (Jonsen, Siegler et al. 2006 S. 56-57)

Sofern eine partnerschaftliche Beziehung eingegangen wurde, in der der Arzt die Autonomie des Patienten respektiert, wird als Nächstes das Nicht-Schadens-Gebot (*non-maleficence*) priorisiert. Hierbei stellen sich folgende Fragen: Was ist der aktuelle Ursprung des Schadens für den Patienten? Auf welchen Wegen kann ein Verschlechtern des Schadens verhindert werden? Werden Schaden und Nutzen bei den Behandlungsoptionen sinnvoll gegeneinander abgewogen? Daran anknüpfend sollten Fragen bezüglich des Wohlergehens des Patienten gestellt und beantwortet werden: Ist das Therapieziel mit dem Willen des Patienten vereinbar? Wie kann es erreicht werden? Sind die dafür zur Verfügung stehenden Mittel anwendbar? Inwieweit muss die Lebensqualität des Patienten auf dem Weg eingeschränkt werden und ist dies für ihn realisierbar? Außerdem ist zu beachten, dass auch das Unterlassen eines Handelns eine Handlung darstellt und genauso begründungsbedürftig ist, wie das Durchführen einer Therapieoption. (Paul 2008)

Angesichts der Komplexität und Individualität moralischer Probleme ist es kaum möglich, diese mit einem Moralprinzip zu lösen, wie es die monistischen Ansätze von Kant oder der Utilitarismus nahelegen (Gordon 2019). Außerdem können viele moralische Prinzipien und Normen kollidieren und in Konflikt miteinander geraten. Zeitweise ist es erforderlich, eine Handlungsoption über eine andere zu stellen, auch wenn man nicht der Meinung ist, dass dies moralisch vertretbar wäre. Es entsteht ein Dilemma. (Beauchamp & Childress 2001)

2.3.3 Das moralische Dilemma

Zu einem moralischen Dilemma kommt es, wenn zwei oder mehrere ethische Prinzipien aufeinandertreffen und sich widersprechen. Oftmals geschieht dies, wenn die Umsetzung der *beneficence* und der *autonomy* zu diametral entgegengesetzten Handlungen führen würden. Es entsteht ein Interessenkonflikt. Bei diesem kollidiert das Interesse für eine bestimmte Handlung mit einer beruflichen Pflicht, die entgegen dieser Handlung steht. (Jonsen, Siegler et al. 2006 S. 89, 179)

Die betroffene Person ist nicht in der Lage, zu entscheiden, welche Interessen priorisiert werden müssen. Daraus resultiert sowohl das Unvermögen, eine Entscheidung zu treffen, als auch die Unfähigkeit zu handeln. (Morley, Ives et al. 2019)

Ein Beispiel hierfür ist der Paternalismus, der in einem Spannungsverhältnis mit der Selbstbestimmung des Patienten stehen kann. Gerechtfertigt wird dieser mit dem großen Nutzen für das Leben des Patienten, wenn man die notwendige Hilfeleistung vollbringt. Vor allem in Fällen, in denen der Patient an einer terminalen Erkrankung leidet, kann der Paternalismus durch *nonmaleficence* und *beneficence* begründet werden. Der Anspruch, den Menschen am Leben zu erhalten und seine Erkrankung bis zum Ende zu therapieren, kann für den Arzt die optimale Therapieoption sein, obgleich der Wille des Patienten dem entgegensteht. (May 2000 S. 39)

Indem sich der Arzt über den Patientenwillen hinwegsetzt und diesem unter Vorbehalt einer wohlwärtigen Absicht das Leben verlängert oder rettet, handelt er paternalistisch anstelle die *autonomy* zu achten. (Jonsen, Siegler et al. 2006 S. 58)

Ein Dilemma kann außerdem aufkommen, wenn sich eine Person zwischen zwei oder mehreren Verpflichtungen befindet, die nicht miteinander vereinbar sind und keine der vorliegenden Argumente eine eindeutige Entscheidung für eine der Handlungen unterstützt. Auch wenn die Bewertung einer Handlung zu gleichen Teilen positiv wie negativ ist und es somit unmöglich scheint, sich dafür oder dagegen zu entscheiden, findet man sich in einem scheinbar ausweglosen Umstand wieder. In beiden Situationen wird die endgültige Entscheidung aufgrund mancher Argumente moralisch vertretbar sein und aufgrund anderer nicht. Sobald bei der Entscheidungsfindung moralische Gründe mit nicht-moralischen kollidieren, ist es kein moralisches, sondern ein praktisches Dilemma. Dazu kommt es, wenn die eigenen Interessen eine Entscheidung erschweren, sie aber nicht aus moralischen Gründen unmöglich machen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Geschichte „Heilung der Impotenz“, in der ein Mann des

Hausa Stammes in Nigeria von einem Freund ein magisches Armband bekommt, das seine Impotenz heilt. Als der Mann auf einem Sklavenmarkt seine Mutter unter den Gefangenen erkennt, bittet er erneut seinen Freund um Hilfe. Dieser erwidert, dass er der Mutter mit seiner Magie nur helfen könne, wenn der Mann das Armband zurückgibt. Die moralisch richtige Entscheidung ist hierbei offensichtlich. Die Verantwortung gegenüber der Mutter wäre zu priorisieren, wird aber durch das eigene Interesse des Mannes, potent zu bleiben, erschwert. (Beauchamp & Childress 2001)

Die zwei Begriffe Moral Distress (MD) und Moral Residue (MR) haben die Problematik des moralischen Dilemmas besonders geprägt. MD bezeichnet eine Art des Unwohls, das durch einen inneren Konflikt entsteht, bei dem eine Person entgegen ihren eigenen Wertvorstellungen handeln muss. Die betroffene Person ist sich der „richtigen“ Handlung bewusst, wird jedoch durch externe Faktoren wie gesetzliche Grenzen, gegensätzliche oder fehlende Anweisungen von Vorgesetzten, Zeitmangel oder Krankenhausrichtlinien davon abgehalten. Weiterhin können interne Einflüsse wie Selbstzweifel, mangelndes Durchsetzungsvermögen oder fehlendes Verständnis zu MD führen (Jameton 2013, Abdolmaleki, Lakdizaji et al. 2019, Morley, Ives et al. 2019). Dies untergräbt nicht nur die persönliche und berufliche Integrität, sondern auch die Authentizität dieser Person. MD kann auch als moralische Emotion, die aus einem Gewissenskonflikt heraus entsteht, beschrieben werden. Dabei können Gefühle der Machtlosigkeit, Verwirrung, Frustration, Wut und Schuld aufkommen, die als zusätzliche Belastung im Alltag wahrgenommen werden. (Dudzinski 2016, Morley, Ives et al. 2019)

In der Frage, wie man die ethisch-moralische Belastung des MD von einem normalen Stresszustand unterscheiden kann, gibt es folgende charakteristische Eigenschaften, die MD ausmachen (Dudzinski 2016):

1. Die Person, die MD erfährt, verfügt über ein gesteigertes moralisches Verantwortungsgefühl. Dies äußert sich zum Beispiel in Situationen, in denen ein Patient gemäßigt werden muss, obwohl die behandelnde Person weiß, dass dies eigentlich falsch ist. Trotzdem übernimmt sie zu einem großen Teil die Verantwortung für die Handlung. (Dudzinski 2016)

2. MD steht außerdem im direkten Zusammenhang mit dem Umgang mit Patienten. Das Empfinden des Stresses entsteht aus dem Gefühl, dem Patienten Unrecht zu tun oder ihm zu schaden, was sich daraufhin negativ auf das Wohlbefinden des Behandelnden auswirkt. (Dudzinski 2016)
3. Obendrein wird im Zuge des MD das Gefühl von Machtlosigkeit wahrgenommen. Dies betrifft vor allem Pflegepersonal, das sich nicht nur nach den Klinikregeln, sondern auch den Entscheidungen der Ärzte richten muss. (Dudzinski 2016)
4. Auch Schuldzuweisungen charakterisieren MD. Diese kann nach extern an den verantwortlichen Vorgesetzten gerichtet sein, der die „falsche“ Entscheidung getroffen hat oder nach intern, wenn die Person selbst aufgrund von mangelnder Erfahrung die „richtige“ Handlung nicht ausüben konnte. In beiden Situationen kommt das Gefühl auf, dass der Schaden vermeidbar gewesen wäre. (Dudzinski 2016)
5. Wenn mindestens zwei Verpflichtungen miteinander in Konflikt geraten und mindestens eine davon professionellen Ursprungs ist, resultiert dies oftmals in MD (Dudzinski 2016).
6. MD und die Integrität der behandelnden Person sind durch das Eingehen von Risiken miteinander verbunden. Um seine Integrität zu wahren, setzt man sich für seine eigenen Werte ein. In ethisch schwierigen Situationen müssten im Sinne der eigenen Integritätswahrung Risiken (z.B. Meinungsäußerung entgegen den Vorgaben des Vorgesetzten) eingegangen werden. (Dudzinski 2016)

Um die Belastung von MD zu minimieren oder auszuschalten, muss ein Lösungsweg gefunden werden, dem Patienten in seiner ethisch schwierigen Lage zu helfen. Normale stresslösende Handlungen wie das Sporttreiben nach der Arbeit werden das Gefühl von MD nicht lindern. (Dudzinski 2016)

Allein wenn das ursprüngliche Problem identifiziert wurde, sich für eine der Handlungsoptionen entschieden und diese anschließend ausgeführt wurde, können die negativen psychologischen Effekte des MD verringert werden. (Morley, Ives et al. 2019)

Während MD mitsamt der daraus resultierenden Emotionen für einen kurzen Moment auftritt und nach dem Fällen der Entscheidung wieder verschwindet, bleibt MR als Resultat aus der untergrabenen Integrität über mehrere Monate bis Jahre nach dem auslösenden Ereignis. Es wird als schmerzhaft, tiefgreifende Emotion beschrieben, die nach beruflich bedingter Missachtung der eigenen, fest verankerten Werte entsteht. (Tarabeih & Bokek-Cohen 2020)

2.3.4 Bewältigungsstrategien von *moral distress* im klinischen Alltag

In einer Studie von Førde und Aasland aus dem Jahr 2007, in der norwegische Ärzte zu ihren Erfahrungen mit *moral distress* befragt wurden, gaben 42 % an, dass sie im Alltag regelmäßig mit ethischen Problematiken konfrontiert werden. 46 % berichteten außerdem, dass keine festgelegte Bewältigungsstrategie an ihrem Arbeitsplatz etabliert ist. (Førde & Aasland 2007)

In der Johns Hopkins School of Nursing in Baltimore wurde 2016 ein Symposium über verschiedene Techniken der Aneignung einer eigenen *moral resilience* gehalten. Durch sie können Möglichkeiten erlernt werden, mit denen in ethisch komplexen Situationen, die MD hervorrufen, die eigene Integrität bewahrt oder im Nachhinein wiedererlangt werden kann. Sie ermöglichen auch die Entwicklung von Bewältigungsstrategien für zukünftige Ereignisse. Eine Möglichkeit ist die Erlernung von eigenen Fähigkeiten wie Empathie, Umsichtigkeit, Kommunikation und emotionale Intelligenz. Auch das Erschaffen eines „*safe space*“ kann für Mitarbeitende hilfreich sein, um eine vermehrte Kommunikation anzuregen und einen Raum für die Auswertung nach ethisch anspruchsvollen Situationen zu schaffen. Ferner sollten regelmäßige Konsultationen mit Psychologen angeboten werden, damit Mitarbeitende ihre emotional belastenden Erfahrungen teilen können. Es sollte ebenso ein regelmäßiger Austausch mit Vorgesetzten bezüglich der eigenen Erfahrungen und Ideen möglich sein, um interkollegiale Frustration zu vermeiden. Durch eine gute Bewältigungsstrategie oder Prävention von MD und MR wird nicht nur Mitarbeitenden des Gesundheitssystems geholfen, sondern letztendlich auch die Patientenbetreuung optimiert. (Tarabeih & Bokek-Cohen 2020)

Auch Dudzinski entwickelte 2016 eine Methode, mit der im klinischen Alltag Situationen von MD besser bewältigt werden können. In regelmäßigen Schulungen besprechen Mitarbeitende einen aktuellen oder vergangenen ethisch anspruchsvollen Patientenfall. Um sich strukturiert mit den Ereignissen und den eigenen Gedankengängen auseinander zu setzen, entwickelte Dudzinski eine *moral distress map*, die schrittweise zum Finden einer Lösung führen soll. Es handelt sich um eine Tabelle, die in 7 Spalten aufgeteilt ist. In die erste Spalte soll der Fall eingetragen werden, um den es geht. In der zweiten Spalte (*emotions*) soll über die eigenen Gefühle, die beim Durchleben oder Durcharbeiten des Falles aufkommen, reflektiert werden. Durch das Auseinandersetzen und Äußern der eigenen Gefühlslage können die Mitarbeitenden schneller die Belastung der Situation überwinden. Im Anschluss daran soll der Ursprung (*source*) des MD ermittelt werden, der vor allem für das Festlegen des Lösungsweges entscheidend ist. Wenn beispielsweise MD aufgrund von fehlender Courage entsteht, wäre es hilfreicher, der Person einen unterstützenden Kollegen an sie Seite zu stellen, anstatt das Verhalten zu fördern, indem die Person in dieser vermeidbaren Situation von Anderen bestärkt wird. In der fünften Spalte soll sich mit den internen und externen Gründen (*constraints*) beschäftigt werden, wegen derer eine mögliche Handlung eingeschränkt oder verhindert wäre. Auch hier geht es wieder darum, dass interne Befangenheiten, wie ein mangelnder Informationsstand, einen anderen Lösungsweg erfordern als externe Befangenheiten (beispielsweise mangelnde Erfahrungswerte oder fehlende administrative Unterstützung). Anschließend sollen die beiden Verpflichtungen identifiziert werden, die nicht miteinander vereinbar erscheinen und durch den Konflikt miteinander das belastende Gefühl hervorrufen. In der vorletzten Spalte soll ein Repertoire an möglichen Handlungen erstellt werden. Dabei soll auf der einen Seite die Überlegung unternommen werden, auf welchem Weg dem Patienten und seine Familie bestmöglich geholfen werden kann. MD entsteht aufgrund der Empathie gegenüber der Situation des Patienten, daher sollte der erste Lösungsweg ihm gelten. Auf der anderen Seite müssen Strategien entwickelt werden, mit dem eigenen MD umzugehen. Nachdem alle möglichen Lösungswege verschriftlicht wurden, gilt es im letzten Schritt erneut alle Vorherigen zu reevaluieren und sich letzten Endes für eine der Optionen zu entscheiden. Die Übungen sollen regelmäßig stattfinden, damit die strukturierte Abfolge von den Mitarbeitenden in der Klinik verinnerlicht werden können und diese somit die Möglichkeit haben, zukünftige Fälle systematisch eigenständig lösen zu können und Kontrolle über die Entwicklung von MD erlangen. (Dudzinski 2016)

2.3.5 „Moralischer Reflex vs. Moralische Reflektiertheit“

Nicht nur die Auseinandersetzung mit externen Einschränkungen, sondern auch eigens empfundene Barrieren beeinflussen das ärztliche Handeln in moralisch schwierigen Situationen. Der Zwiespalt zwischen dem moralischen Reflex und einer ethisch reflektierten Handlung kann bei speziellen Themengebieten zu kontroversen Entscheidungen führen. Dies kann an dem Beispiel von Chirurgen in Deutschland aufgezeigt werden, die die Durchführung von sechs kardiovaskulären Operationen ablehnten, da die zu behandelnden Patienten an einer aktiven Hepatitis C oder HIV/AIDS-Erkrankung litten. Die Problematik ergibt sich aus der Einschätzung des Risikos und was es bei dem Einschätzenden bewirkt. Ein Ergebnis, das zu einer geringen Wahrscheinlichkeit eintritt, aber eine große Auswirkung hat (beispielsweise die Explosion eines Atomkraftwerks) verleitet zu einer gesteigerten Empfindung von Angst. Im Gegensatz dazu sorgen Ereignisse, die mit hoher Wahrscheinlichkeit aber geringen Auswirkungen eintreten, für weniger Bedenken (zum Beispiel nass zu werden, wenn es regnet). In medizinischen Fällen gilt es, sowohl die Risiken mit großen Auswirkungen als auch Risiken, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auftreten können, bei Entscheidungen mitzubedenken. Davon profitieren letzten Endes nicht nur die Patienten, sondern auch das behandelnde Team. Im Fall der kardiovaskulären Operationen mussten die Chirurgen das Risiko A, den Patienten nicht zu behandeln, um sich selbst keinem Infektionsrisiko auszusetzen, gegen Risiko B, dass der Patient ohne die nötige Operation sterben wird, abwägen. Der erste Reflex der Handlungsentscheidung wäre in diesem Fall vermutlich, sich selbst und das Team zu schützen. Doch ist es gerade in diesen medizinischen Situationen entscheidend, die einzelnen Risiken mit ihren Auswirkungen und Wahrscheinlichkeiten gegenüberzustellen. (Paul 2015)

Risiko A wird mit mittelgroßen Auswirkungen und einer geringen Wahrscheinlichkeit eintreten, Risiko B dagegen mit großen Auswirkungen und einer hohen Wahrscheinlichkeit. Die ethisch vertretbare Meinung wird bei dieser Gegenüberstellung klar und steht der ersten reflexartigen Handlung entgegen. Wenn der hygienische Standard, der bei den hier thematisierten Fällen in Deutschland sehr hoch ist, eine Minimierung der Ansteckungsgefahr garantieren kann, ist das Team samt Chirurgen verpflichtet, den Patienten trotz infektiöser Anamnese die lebensrettende Therapie zu ermöglichen. In solchen Fällen sollte stets rational abgewogen werden, wie hoch der Nutzen für den

Patienten und die Risiken für Patienten und Team sein werden. Dass der Patient die nötige Operation nicht überlebt oder durch die Operation nicht mehr als die Lebensverlängerung ohne grundlegenden Fähigkeiten zur Interaktion und Teilnahme am sozialen Leben erreicht werden kann, sind die einzigen vertretbaren Gründe, weshalb eine weiterführende Therapie unterlassen werden könnte. In der Umsetzung ist vor allem der interkollegiale Austausch von Bedeutung, da sich insbesondere die unterschiedlichen Erfahrungsgrade positiv auf eine angemessene ethische Entscheidungsfindung auswirken. (Paul 2015)

2.3.6 Anwendung der Ethikprinzipien auf Zeugen Jehovas

Every individual has the right to choose between the salvation of the body and the salvation of the soul.

Gericht von Cassation, Italien (Bolcato, Shander et al. 2021)

Auch wenn im Zuge der *beneficence* und *nonmaleficence* für die Behandelnden die Lebensrettung im Vordergrund steht, darf die Bewahrung der Identität des Patienten nicht ignoriert werden. Für Patienten stellt sich daraufhin die Frage, wie sich die Entscheidung über das weitere Behandlungsvorgehen auf das Leben nach dem Überleben auswirkt. Selbst wenn die Entscheidung ausschließlich auf diesem Gedanken beruht, muss der Arzt dies respektieren. (May 2000 S. 46)

Spezielle Bräuche oder Religionszugehörigkeiten können für den Arzt schwer nachvollziehbar sein, was dazu verleiten kann, den Geisteszustand des Patienten infrage zu stellen. Solang eine Entscheidungsunfähigkeit jedoch klinisch nicht diagnostiziert wird, kann dies nicht als Weg genutzt werden, den Patientenwillen zu umgehen. (Jonsen, Siegler et al. 2006 S. 71)

Bei Achtung des Patientenwillens ist außerdem in Wünschen erster und höherer Ordnung zu unterscheiden. Die der ersten Ordnung entstehen oft im Affekt und sind die unmittelbar geäußerten Reaktionen auf die Situation. Wünsche höherer Ordnung stammen von einer bereits seit Langem bestehenden Grundhaltung, über die sich im Vorfeld viele Gedanken gemacht wurden. Wenn es um den Patientenwillen geht, sind vor allem die Wünsche höherer Ordnung entscheidend. (Paul 2008 S. 212)

Bei ihrem Blutveto sind sich die Zeugen Jehovas den Auswirkungen ihrer Entscheidung sehr bewusst, da dieses Thema bereits vor der Vorstellung bei einem Arzt

intensiv durchgesprochen wurde. Es zählt somit zu den Wünschen höherer Ordnung und ist kein Zeichen fehlender Entscheidungsfähigkeit. Indem sie einen Arzt aufsuchen, zeigen sie ihre generelle Bereitschaft, medizinisch versorgt zu werden. Durch die Ablehnung einer Bluttransfusion kommt nur ein Teil der Therapieoptionen für sie nicht infrage. (Jonsen, Siegler et al. 2006 S. 84)

Auch wenn der Anästhesist den Willen seines Patienten respektiert, kann er unter diesem moralischen Dilemma leiden. Bereits von Grund auf gebildete Teams von freiwilligen Anästhesisten, Chirurgen und Pflegepersonal könnte in diesen Patientenfällen eine Entschärfung der Situation bewirken. Indem der zweifelnde Anästhesist seinen Patienten an einen Kollegen abgeben kann, der sich im Vorfeld intensiv mit dem Thema und seiner eigenen Position diesbezüglich auseinandergesetzt hat, wird nicht nur der Patient beruhigt, sondern auch der Anästhesist vor den Auswirkungen des moralischen Dilemmas weitestgehend geschützt. (Ulsenheimer 2001)

In einem Fall des Gerichts von Termini Imerese wurde ein Arzt verurteilt, der gegen den Willen einer Angehörigen der Zeugen Jehovas eine Bluttransfusion durchgeführt hat. Da weder ein außerordentlich niedriger Hämoglobinspiegel, eine unmittelbare Lebensgefahr noch andere Risikofaktoren dokumentiert wurden, konnte die Begründung des Arztes, dass es in dem Fall nötig war, Blut zu transfundieren, nicht anerkannt werden. Es wurde außerdem angemerkt, dass der Arzt selbst beim Vorliegen einer akuten Lebensgefahr nicht das Recht gehabt hätte, den Willen seiner Patientin, den sie mehrmals in vollem Bewusstsein äußerte, zu übergehen. In Italien sieht es kein Gesetz vor, aufgrund eines Notfalls den Patientenwillen zu ignorieren, da eben dieser die Möglichkeiten der Behandlung im Interesse des Patienten limitieren kann. Die einzige Situation, in der die Pflicht, das Leben zu retten über der Autonomie steht, ist, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern und dies auch vor dem Auftreten der akuten medizinischen Situation nicht tat. Mit seinem Handeln verletzte der Arzt nicht nur das Vertrauen, sondern auch die Würde seiner Patientin. Selbst aus paternalistischer Sicht handelte er falsch, da somit auch das Nichtschadensgebot nicht beachtet wurde. Aufgrund der religiös motivierten Haltung hatte die Entscheidung des Arztes nicht nur Auswirkungen auf die Patientin, sondern auch auf ihre Familie und ihr soziales Umfeld. Der Schaden hatte somit eine große Reichweite. (Bolcato, Shander et al. 2021)

Im Gegensatz dazu steht die rechtliche Lage in Brasilien. Auch dort dürfen Ärzte alle elektiven Eingriffe nur mit Zustimmung des Patienten durchführen. Sobald ein akuter Notfall eintritt, ist diese Zustimmung jedoch nicht mehr erforderlich. Im Zusammenhang mit der Ablehnung von Bluttransfusionen bestimmten der medizinische Bundesrat und der regionale medizinische Ausschuss von Rio de Janeiro in Art. 1, dass der Arzt unter Beachtung des Patientenwillens alle Methoden, die zum Therapieziel führen könnten, ausschöpfen soll. In Art. 3 wird darauf aufbauend spezifiziert, dass er, sobald der Patient in Lebensgefahr schwebt, alle Optionen nutzen soll, die ihm zur Verfügung stehen. Dies beinhaltet auch eine Bluttransfusion. Wenn diese gegen den Patientenwillen verabreicht wurde, soll der Arzt seine Entscheidung außerdem bei der Polizei melden. Ein Arzt, der entgegen diesen Regeln handelt und den Wunsch seines Patienten, keine Transfusion zu erhalten, respektiert, muss in Brasilien mit administrativen und zivilrechtlichen Konsequenzen seitens des staatlichen Disziplinausschusses rechnen. Die einzige Grenze zwischen den Pflichten des Arztes und der Autonomie des Patienten ist die akute Lebensgefahr. In so einem Fall gilt die verabreichte Bluttransfusion nicht als Verletzung der Autonomie von Zeugen Jehovas. (Takaschima, Sakae et al. 2016)

In dem Magazin für Anästhesiologie in Brasilien wurde außerdem folgender Leitfaden zur Behandlung von Zeugen Jehovas erstellt:

1. Feststellen der Notfallsituation. Die Dringlichkeit der Gabe einer Bluttransfusion sollte offensichtlich sein (Takaschima, Sakae et al. 2016).
2. Keinen Versuch unternehmen, den Patienten oder seine Angehörigen von seinem Willen abzubringen. Vor allem in schwierigen Zeiten finden Gläubige Halt in ihrer Religion. Es ist in diesem Fall unnötig, das Thema weiterhin zu diskutieren oder die Einwilligung des Patienten einzuholen. Sozialarbeiter, Psychologen oder das Pflegepersonal können der Familie auch zusichern, dass keine Transfusion durchgeführt wird, auch wenn dies nicht der Fall sein wird. (Takaschima, Sakae et al. 2016)

3. Falls sich der Patient und/oder seine Angehörigen körperlich zur Wehr setzen, sollte die Anwesenheit der Polizei angefordert werden (Takaschima, Sakae et al. 2016).
4. Im Falle einer lebensbedrohlichen Situation besteht die Pflicht zur Transfusion. Die vorherige Zusicherung, dies nicht zu tun oder der unterzeichnete Patientenwille entbinden den Anästhesisten nicht von dieser Pflicht. (Takaschima, Sakae et al. 2016)

Die Lage in Deutschland ist mit der in Italien vergleichbar. Aufgrund der klar definierten Patientenrechte, die ihnen ihre Autonomie zusichert und den Arzt rechtlich dazu verpflichtet, diese zu respektieren, hat ein Zeuge Jehovas das Recht, eine Bluttransfusion mündlich sowie schriftlich abzulehnen. Eine Situation wie in Brasilien, in der im Notfall mit polizeilicher Hilfe gegen den Willen des Patienten Blut transfundiert wird, gilt in Deutschland als Körperverletzung und würde Schadenersatz- und/oder Schmerzensgeldansprüche herbeiführen. (Ulsenheimer 2010)

2.4 Zwischenfazit

Die Anästhesiologie zählt zu den wichtigsten medizinischen Fachbereichen und belegt Platz 5 der Fachgebiete mit den meisten Beschäftigten, was die gesellschaftliche Relevanz des Themas dieser Doktorarbeit unterstreicht (Bundesärztekammer 2023). Eine zentrale Aufgabe der Anästhesisten ist die Indikationsstellung und Durchführung von Bluttransfusionen (Mehrkens 1999). Doch besonders bei Zeugen Jehovas, die aus religiösen Gründen Fremdbluttransfusionen ablehnen, müssen alternative Verfahren zur Bluttransfusion berücksichtigt werden. Hierfür stehen verschiedene Optionen zur Verfügung, die jedoch nicht alle den strikten Vorgaben der Religionsgemeinschaft entsprechen. (Bundesärztekammer 2020)

Trotz der klaren Ablehnung in der religiösen Lehre gibt es bei transfusionsassoziierten Verfahren einen gewissen Spielraum. Alternativen wie Erythropoetin, Eisenpräparate und Tranexamsäure können zum Einsatz kommen (Habler & Voß 2010, Singbartl 2014). Auch Verfahren wie die Anwendung von Prothrombinkomplexkonzentraten, ANH und MAT finden unter Zeugen Jehovas Akzeptanz, wie eine Studie des Krankenhauses Nordwest in Frankfurt zeigt (Habler, Thörner et al. 2019). Dies verdeutlicht die

Möglichkeiten der Fremdblutvermeidung und zeigt die differenzierte Herangehensweise der Patienten.

Zeugen Jehovas führen häufig ein "Dokument zur ärztlichen Versorgung" mit sich, das ihren Willen hinsichtlich Bluttransfusionen klar festlegt (Zeugen Jehovas 2023). Die ärztliche Aufklärung und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sind entscheidend. Lehnt ein entscheidungsfähiger Patient nach umfassender Information weiterhin eine Transfusion ab, ist dies als "informed refusal" zu respektieren. (Bender 1999, Bundesärztekammer 2017)

Bei Bewusstlosigkeit müssen Ärzte zusammen mit bevollmächtigten Personen anhand des dokumentierten oder mutmaßlichen Willens des Patienten entscheiden (Schelling & Lippstreu 2010, Bundesärztekammer 2017).

Krankenhausinterne Handlungsempfehlungen helfen dem medizinischen Personal, den persönlichen Entscheidungskonflikt zu lösen und eine klare, ethisch vertretbare Vorgehensweise zu gewährleisten (Singbartl 2014). Diese Strukturen bieten eine wertvolle Unterstützung bei der Entscheidungsfindung in komplexen Situationen.

Zudem können mithilfe verschiedener Bewältigungsstrategien, offener Kommunikation unter Kollegen und etablierten Leitlinien in den Einrichtungen die Auswirkungen der ethischen Problematik, die in der Behandlung mit Zeugen Jehovas aufkommen können, in einem akzeptablen Rahmen gehalten werden (Ulsenheimer 2001, Dudzinski 2016, Tarabehi & Bokek-Cohen 2020).

Die bisherige ethische Studienlage konzentrierte sich auf den Ursprung sowie das Lösen von MD-auslösenden Patientenfällen und in welchen Bereichen des klinischen Lebens diese auftreten (Dudzinski 2016, Morley, Ives et al. 2019), warf jedoch auch einige Leerstellen auf. Ein detaillierten Einblick in die Gedanken und Überlegungsprozesse betroffener Ärzte wurde bisher noch nicht gegeben. Dabei könnten es diese Gedankengänge sein, die die Entscheidung am Ende nachvollziehbar erscheinen und die Situation von betroffenen Ärzten mit einem neuen Blickwinkel betrachten lassen.

3 Material und Methoden

Im folgenden Kapitel wird der Eigenanteil dieser Dissertation, der zum Beantworten der durch die aktuelle Literatur aufkommenden Fragen entstanden ist, in seiner Entwicklung und Durchführung beschrieben und schlussendlich anschaulich ausgewertet.

3.1 Studiendesign

Bei der Erfassung der zu ermittelnden Daten wurde sich für die Form eines Fragebogens entschieden, der eigens für praktizierende Anästhesisten in Deutschland erstellt wurde. Es handelt sich hierbei um eine deskriptive Querschnittsstudie.

Nachfolgend werden die gestellten Fragen zusammen mit den entsprechenden Erklärungen erläutert:

1. Wie lange sind Sie bereits als Anästhesist/-in tätig?

Die einführende Frage konnte mit „1-5 Jahre“, „5-10 Jahre“ und „>10 Jahre“ beantwortet werden. Sie sollte somit den Erfahrungsgrad in der Berufsgruppe wieder spiegeln.

2. Sind Sie in einer Führungsposition tätig?

Viele Jahre in diesem Berufsfeld lassen eine Führungsposition vermuten. Da hiervon auch die Entscheidung im zweiten Abschnitt des Fragebogens beeinflusst werden kann, wurde die Position also noch einmal spezifisch abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten lauteten „Ja“ und „Nein“.

3. Haben Sie bereits Erfahrungen mit Patienten, die sich selbst als Zeugen Jehovas identifizieren, gemacht?

Auch die vergangene Erfahrungslage mit den Zeugen Jehovas als Patienten könnte die Entscheidung im zweiten Abschnitt beeinflussen. Es lässt außerdem darauf schließen, dass sich, sofern die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, bereits in der Vergangenheit intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt wurde. Hier wurde über das Umfrageportal eine Bedingung gesetzt, die ausschließlich bei der Beantwortung mit „Ja“ die nächsten zwei Fragen freigeschaltet hat. Wer „Nein“ ankreuzte, wurde direkt zu Frage 6 weitergeleitet.

4. Haben Sie bisher einen Zeugen Jehovas, der sich in einer medizinischen Notlage befand, behandelt?

5. Wurde bei dem soeben erfragten Notfall eigentlich eine Bluttransfusion benötigt?

Diese beiden Fragen bezogen sich auf die im zweiten Abschnitt thematisierten Fallvignetten. Sie sollten spezifischer den Erfahrungsgrad mit Notfällen bei Zeugen Jehovas darstellen. Eine Beantwortung mit „Ja“ würde verdeutlichen, dass sich der Befragte bereits in dem Konflikt, den diese Arbeit thematisiert, befand.

6. Sind die in Ihrem Krankenhaus vorliegenden Richtlinien für den Umgang mit Zeugen Jehovas klar definiert?

Die Entscheidungsfindung, in Notfallsituationen vor allem bei ethischen Konflikten, könnte durch eine klar definierte Krankenhausrichtlinie unterstützt werden. Hierbei kommt es sowohl auf die Aufklärung innerhalb des Teams als auch auf die klare Formulierung der Richtlinie an. Hier konnte zwischen den Antworten „Ja“, „Nein“, und „Mir sind keine Richtlinien in meinem Krankenhaus im Umgang mit Zeugen Jehovas bekannt“ ausgewählt werden.

7. Würden Sie einen Eingriff, bei dem ein hoher Blutverlust bei einem Zeugen Jehovas zu vermuten ist, ablehnen?
8. Haben Sie in der Vergangenheit bereits einen solchen Eingriff abgelehnt?

Auch mit diesen Fragen werden wieder Erfahrungswerte in Anlehnung an die Fallvignetten abgefragt. Beide konnten erneut mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

9. Würden Sie vor einem Eingriff an einem Zeugen Jehovas eine Erklärung unterschreiben, in der Sie sich verpflichten, kein Blut oder Blutprodukte in der folgenden OP zu geben?

Eine wesentliche Komponente in der Entscheidungsfindung bei der hier beschriebenen Thematik ist die rechtliche Belangbarkeit. Durch eine rechtlich bindende Unterschrift wird der Spielraum für eigenmächtiges Handeln eingeschränkt und das Respektieren der Entscheidung des Patienten stärker gewährleistet.

10. Welchem Geschlecht gehören Sie an?

Diese Frage wurde ausschließlich zu statistischen Vergleichszwecken erfragt und konnte mit „männlich“, „weiblich“ und „divers“ beantwortet werden.

Der zweite Abschnitt des Fragebogens behandelt zwei Fallvignetten. Beide Fälle beschreiben eine Notfallsituation bei einem Zeugen Jehovas. In Fall Nummer 1 wird der Patient bei vollem Bewusstsein ins Krankenhaus eingeliefert und informiert den Anästhesisten persönlich über seine strikte Ablehnung von Bluttransfusionen. Im Gegensatz dazu ist der Patient in Fall Nummer 2 bewusstlos. Er trägt eine Kette, die ihn als Zeugen Jehovas identifiziert, kann jedoch niemanden über seine aktuellen Glaubensüberzeugungen und den damit verbundenen Behandlungseinschränkungen informieren. Beide Patienten müssen notfalloperiert werden und erleiden einen erheblichen Blutverlust.

Die Fragen zu den beiden Fällen sind inhaltlich identisch. Nur die erste Frage unterscheidet sich in der Formulierung, um sich an den vorangestellten Fall anzupassen.

1. Würden Sie trotz des vom Patienten deutlich ausgesprochenen Blutvetos Ihnen gegenüber in der Notfallsituation Blutkonserven geben, um das Überleben des Patienten zu sichern?
2. Würden Sie trotz des offensichtlichen Hinweises darauf, dass der Patient zur Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas gehört, in der Notfallsituation Blutkonserven geben, um dessen Überleben zu sichern?

Die an den fiktiven Fall angelehnte Frage bildet die Grundlage des Fragebogens. Sie soll den thematisierten ethischen Konflikt einleiten und durch die darauffolgenden Fragen die Gedankengänge der Befragten beleuchten. Die Unterscheidung zwischen „ansprechbaren“ und „nicht ansprechbaren“ Patienten lässt verschiedene Antworten auf beide Fragen vermuten, da eine persönliche Interaktion mit dem Patienten für die endgültige Entscheidung ausschlaggebend sein kann. Die Kette des Patienten des zweiten Falles könnte dem Anästhesisten einen größeren Interpretationsspielraum bezüglich des aktuellen Glaubens des Patienten bieten und somit eine andere Beantwortung der Frage bewirken als im ersten Fall.

- a) Denken Sie in dem Moment Ihrer Entscheidung an die Konsequenzen, die dies rechtlich für Sie nach sich ziehen könnte?

Die Gedanken eines daran anschließenden gerichtlichen Prozesses, der nicht nur mit vielen Kosten und Mühen verbunden ist, sondern sich auch rufschädigend auswirken könnte, kann einen Faktor für die Entscheidungsfindung bilden.

- b) Denken Sie in dem Moment Ihrer Entscheidung an die Folgen (psychisch, gesellschaftlich usw.), die der Patient davontragen könnte?

Die Frage, ob das Leben des Patienten gerettet werden könnte, beinhaltet die Entscheidung, gegen den Willen dessen vorzugehen. Neben den Folgen für den Behandler selbst könnten daher auch die Folgen für den Patienten im Falle des Überlebens eine Rolle spielen.

- c) Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?

Hier wurden dem Beantwortenden sieben Antwortmöglichkeiten vorgestellt. Eine Mehrfachnennung war möglich.

„Gründe aus medizinischer Sicht (plausibel erreichbares Therapieziel, klinischer Behandlungsauftrag)“ bezieht sich darauf, dass die Gabe von Blutkonserven der direkte und standardisierte Weg zur Erreichung des Therapieziels ist, nämlich der Heilung oder dem Überleben des Patienten.

Der Zwiespalt, dem Patienten einerseits nicht zu Schaden und andererseits im Sinne seines Wohls zu handeln, wird in der zweiten Antwortmöglichkeit „Gründe aus medizinethischer Sicht (Nichtschadensgebot vs. Fürsorgepflicht)“ thematisiert.

Falls rechtliche Konsequenzen ausschlaggebend für die Entscheidung waren, konnten die Befragten „Gründe aus medizinrechtlicher/ forensischer Sicht (Haftung)“ angeben.

Eine weitere Auswahlmöglichkeit war „Religiöse Gründe (z.B. Unverständnis gegenüber der religiösen Position / Verständnis für religiöse Orientierung auf das Jenseits)“.

Wenn der persönliche Konflikt einen hohen Stellenwert bei der Entscheidung hatte, konnte „Persönliche Gründe (z.B. eigene psychische Belastung nach eventuellem Tod des Patienten / Sorge, eigenen oder fremden Erwartungen nicht gerecht zu werden)“ ausgewählt werden.

Die sechste Auswahlmöglichkeit „Zwischenmenschliche Gründe (z.B. empfundene Empathie gegenüber dem Patienten)“ thematisiert die zwischenmenschlichen Gefühle, die durch die Interaktion mit dem Patienten gebildet entstehen und die Entscheidung beeinflussen können.

Den Abschluss bildete der Punkt „Eigenes professionelles Rollenverständnis als AnästhesistIn/NotfallmedizinerIn“, da jeder Behandelnde durch persönliche Erfahrungen

eine eigene Behandlungsweise entwickelt, die für oder gegen die Gabe der Blutkonserven sprechen könnte.

Das Fazit des zweiten Teils bildeten folgende Fragen, die einen Zusammenhang der beiden Fallvignetten und deren Beantwortung herstellen sollten:

„Wenn Sie im Fall Nummer 2 auf die dazugehörige erste Frage anders geantwortet haben als im Fall Nummer 1: War der Bewusstseinszustand des Patienten der ausschlaggebende Punkt für die Entscheidung?“

Die Vermutung, dass der persönliche Austausch bezüglich des Blutvetos die Entscheidung maßgeblich beeinflusst, sollte mit dieser Frage bestätigt oder widerlegt werden. Geantwortet werden konnte mit „Ja“, „Nein“ oder „Ich habe beide Fragen identisch beantwortet“. Diese Frage sollte Spekulationen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der ersten Frage der beiden Fallvignetten verhindern, indem die Personen direkt danach gefragt wurden.

Und auch hierzu wurden final die Hintergründe der Entscheidungsfindung erfragt:

„Welcher der folgenden Gedanken war entscheidend?“

Die Mehrfachnennung folgender Antworten war diesbezüglich möglich: „Unklare rechtliche Grundlage (Arzthaftung)“, „unzureichende Belastbarkeit des mutmaßlichen oder durch Dritte geäußerten Willens“, „Gefährdung des Behandlungserfolgs nicht vereinbar mit eigenem ärztlichem Ethos“ und „Im Rahmen der Notfallbehandlung besteht vollumfängliche Rettungspflicht“.

3.1.1 Konzeption und Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die 2008 durchgeführte Befragung der Genfer Universität erstellt. Diese bezog sich vor allem auf den Vergleich der Entscheidung verschiedener Berufsgruppen bei der Transfusionsproblematik bei Zeugen Jehovas. Nach der Präsentation eines Falles, der sich Monate zuvor in der Klinik abgespielt hat, sollten die Teilnehmenden entscheiden, ob sie einem Zeugen Jehovas gegen seinen Willen Blut transfundiert hätten. Ihre Entscheidung sollten sie anschließend basierend auf den vier Prinzipien von Beauchamp und Childress begründen. Um eine mögliche Meinungsänderung besser aufzeigen zu können, wurde der dazugehörige Fragebogen den Teilnehmenden sowohl vor als auch nach einem einstündigen Ethikseminar

vorgelegt. Bei dieser Befragung stach die Berufsgruppe der Anästhesisten deutlich heraus. Im Gegensatz zu den befragten Chirurgen (30 %), chirurgischen Krankenpflegern (29 %) und anästhesiologischen Krankenpflegern (36 %) hätten 59 % der Anästhesisten dem Zeugen Jehovas, der im Vorfeld persönlich seine Ablehnung gegenüber einer Bluttransfusion geäußert hat, in einer lebensbedrohlichen Situation trotzdem Blut transfundiert. Es hat außerdem keiner der Anästhesisten nach dem Ethikseminar seine Meinung geändert. Folgende vier Theorien wurden diesbezüglich in der Diskussion thematisiert:

1. Anästhesisten bringen die Kompetenz des Patienten mit dem relativen Risiko der Situation in Verbindung → sind nicht überzeugt, dass der Patient vollständig begreift, was es bedeutet zu sterben → der Schaden, der daraufhin folgt, ist zu schwerwiegend
2. Anästhesisten sind sich mehr als die anderen Berufsgruppen bewusst, wie hoch das Risiko zu sterben, steigt
3. Anästhesisten sehen in der geschilderten Situation primär die existentielle Not, was Ihnen das Akzeptieren der Entscheidung erschwert
4. Im Gegensatz zu den Pflegekräften sind Anästhesisten für die Entscheidung verantwortlich, weshalb es Schwierigkeiten bereiten kann, sich an den Patientenwillen zu halten

Das auffallende Ergebnis der Anästhesisten und die entworfenen Ansätze des Grundes erwiesen sich als Grundstein für die hier vorliegende Dissertation (Cahana, Weibel et al. 2008).

Thematisch unterteilte sich der Fragebogen in zwei Abschnitte mit jeweils 10 dazugehörigen Fragen. Im Ersten wurden vor allem sozioökonomische Informationen, sowie allgemeine Erfahrungsgrade mit der Patientengruppe der Zeugen Jehovas eingeholt. Im zweiten Abschnitt wurden zwei Fallvignetten, welche Notfallsituationen simulieren sollten, mit anschließenden vertiefenden Fragen zur Entscheidung für oder gegen die Blutgabe trotz geäußertem oder vermutetem Blutveto aufgeführt (Anhang).

3.1.2 Verbreitung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde mit dem Onlineportal Limesurvey erstellt und konnte über einen Link anonymisiert ausgefüllt werden. Dieser Link wurde zusammen mit einem Begleitschreiben über den Chefarztverteiler der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) mit der Bitte um Weiterleitung an Kolleginnen und Kollegen im November 2021 per E-Mail verbreitet. Der Kontakt wurde über den ehemaligen Präsidenten der DGAI Univ.-Prof. Dr. med. Christian Werner, der der aktuelle Direktor der Mainzer Klinik für Anästhesiologie ist, hergestellt.

Die erhobenen Daten der Fragebögen wurden daraufhin mit der Statistik- und Analysesoftware IBM SPSS Statistics Version 29 ausgewertet. Diese wurden daraufhin für die beschreibende Statistik in Form von Balken- und Kreisdiagrammen veranschaulicht.

4 Ergebnisse

4.1.1 Rücklauf und Ergebnisse des Fragebogens

Das Begleitschreiben mitsamt des Links zum Ausfüllen des Fragebogens wurde am 09.11.2021 über den Chefarztverteiler der DGAI per E-Mail versendet. 153 Fragebögen konnten am 24.07.2022 zur Auswertung herangezogen werden. Die E-Mail wurde an insgesamt 833 Empfänger, darunter Chefarzte, Leitende Ärzte und Direktoren der DGAI verschickt. 37,81 % (315 Personen) haben die E-Mail geöffnet. Wie viele von ihnen den Link anschließend an ihre Kollegen weitergeleitet haben, kann nicht zurückverfolgt werden und ist daher nicht bekannt. Im Juli 2022 konnten abschließend 153 vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung herangezogen werden.

Ergebnisse

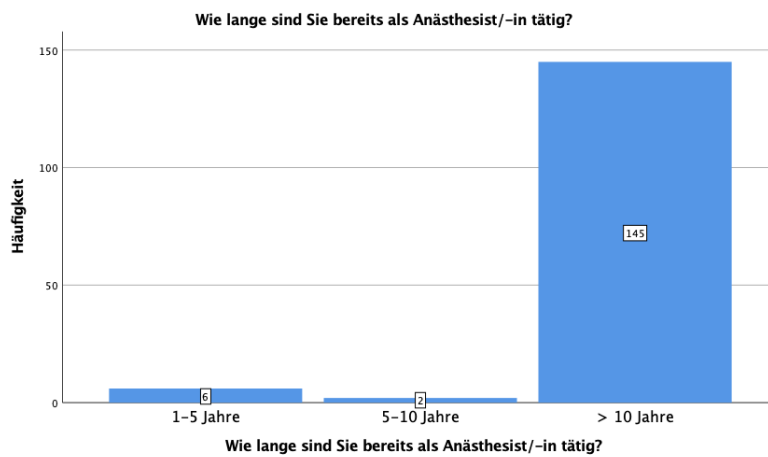


Abbildung 4.1: Frage 1 des Fragebogens

Von den 153 Befragten waren 94,8 % (n=145) länger als 10 Jahre, 1,3 % (n=2) zwischen 5 und 10 Jahren und 3,9 % (n=6) zwischen 1 und 5 Jahren in der Anästhesie tätig (Abb. 3.1).

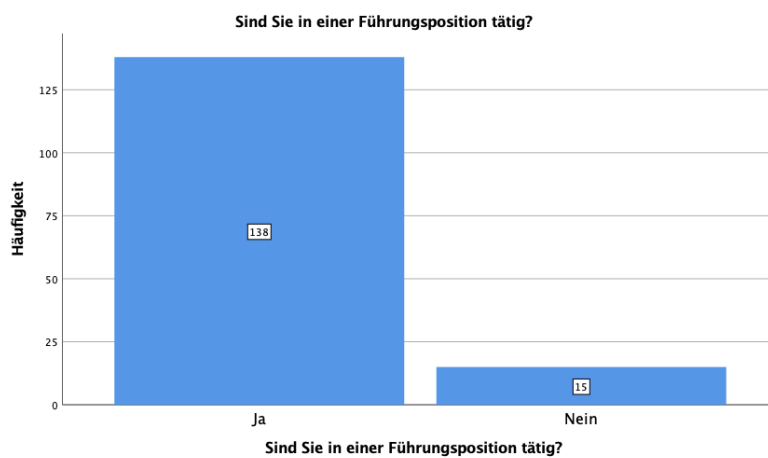


Abbildung 4.2: Frage 2 des Fragebogens

90,2 % (n=138) der befragten Personen sind in einer Führungsposition tätig. 9,8 % (n=15) beantworteten diese Frage mit „Nein“ (Abb. 3.2).

Ergebnisse

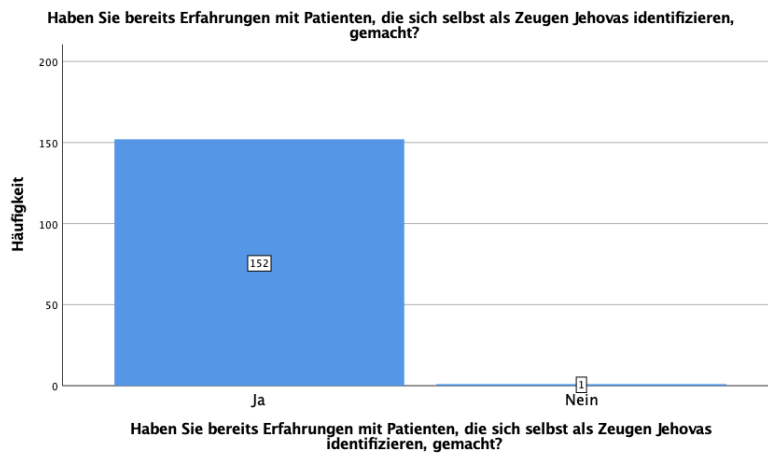


Abbildung 4.3: Frage 3 des Fragebogens

Ein Großteil der Befragten, also 99,3 % (n=152) sammelten im Berufsalltag bereits Erfahrungen mit Patienten, die ein Mitglied der Zeugen Jehovas waren. 0,7 % (n=1) kamen mit dieser Patientengruppe noch nicht in Kontakt (Abb. 3.3).

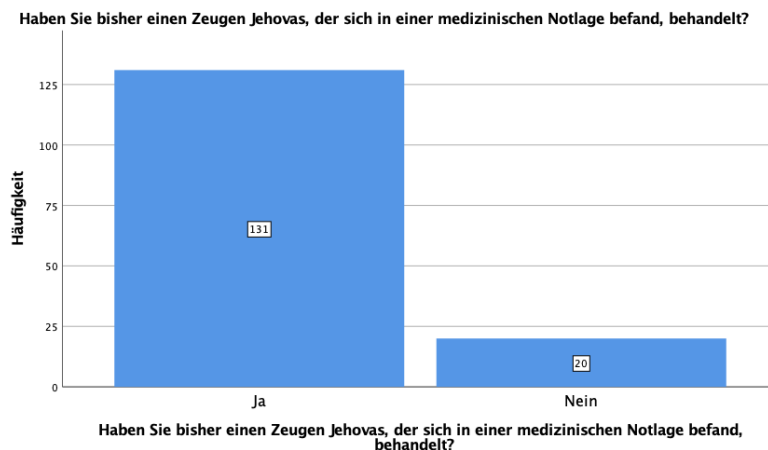


Abbildung 4.4: Frage 4 des Fragebogens

Diese Frage wurde ausschließlich Personen angezeigt, die Frage 3.3 mit „Ja“ beantworteten. Während 86,2 % (n=131) der Personen bereits einen Zeugen Jehovas, der sich in einer medizinischen Notlage befand, zuvor behandelten, haben 13,2 % (n=20) der Befragten Zeugen Jehovas noch nie außerhalb einer Notfallsituation behandelt. Bei dieser Frage ist zu beachten, dass eine befragte Person (0,6 %), die Frage 3 mit „Ja“ beantwortete, Frage 4 übersprungen hat, da nicht 152 Antworten zu dieser Frage registriert wurden, sondern 151. (Abb. 3.4)

Ergebnisse

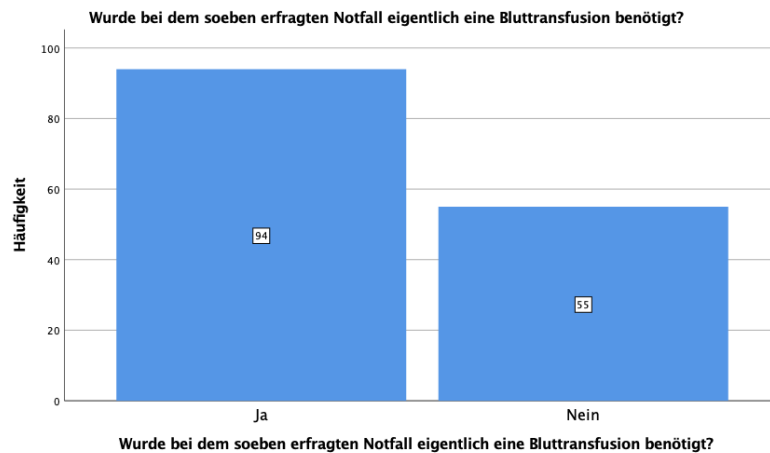


Abbildung 4.5: Frage 5 des Fragebogens

Auch die Frage 5 wurde allein den Anästhesistinnen und Anästhesisten angezeigt, die Frage 3 mit „Ja“ beantworteten. Von den 152 befragten Personen, die bereits einen Zeugen Jehovas behandelten und denen somit die fünfte Frage angezeigt wurde, benötigten 61,8 % (n=94) eine Bluttransfusion. 36,2 % (n=55) mussten bei dem erfragten Notfall keine Blutkonserve verwenden. 2 %, also drei Personen, beantworteten diese nicht.

Bezogen auf die vorangestellte vierte Frage ist die Auswertung von Frage 5 etwas komplexer zu betrachten. 71,8 % (n=94) von den 131 Befragten, die Frage 4 mit „Ja“ beantworteten, benötigten bei dem Notfall Blutkonserven. Somit benötigten 28,2 % (n=37) keine Bluttransfusion bei dem oben erwähnten Notfall. Dass es 55 befragte Personen sind, die bei Frage 5 „Nein“ ankreuzten, lässt sich durch die nicht gesetzte Bedingung erklären. Dadurch haben 18 Personen, die die Frage 4 mit „Nein“ beantworteten, dies ebenfalls bei Frage 5 getan. Zwei Befragte, die noch keinen Zeugen Jehovas in einer medizinischen Notlage behandelten, ließen Frage 5 gänzlich aus. (Abb. 3.5)

Ergebnisse

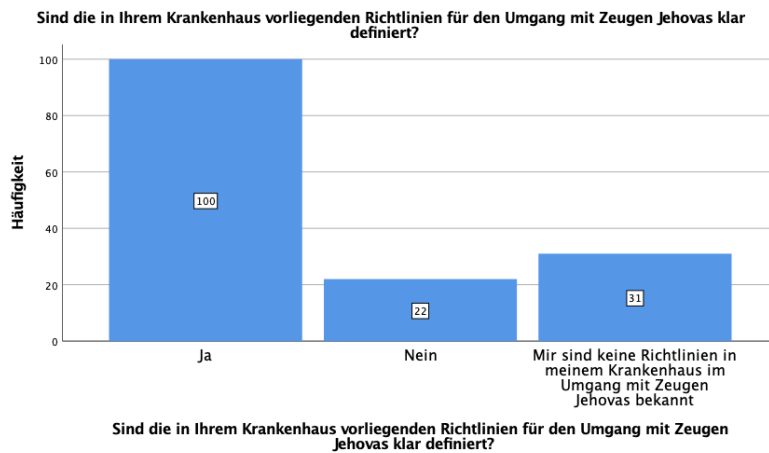


Abbildung 4.6: Frage 6 des Fragebogens

Die Frage Nummer 6 hatte drei Antwortmöglichkeiten und bezog sich auf die jeweiligen Krankenhausrichtlinien. 65,3 % (n=100) sind mit den Richtlinien für den Umgang mit Zeugen Jehovas vertraut. Bei 14,4 % (n=22) ist dies nicht der Fall. 20,3 % (n=31) gaben an, dass ihnen diesbezüglich keine Richtlinien in ihrem Krankenhaus bekannt sind. (Abb. 3.6)

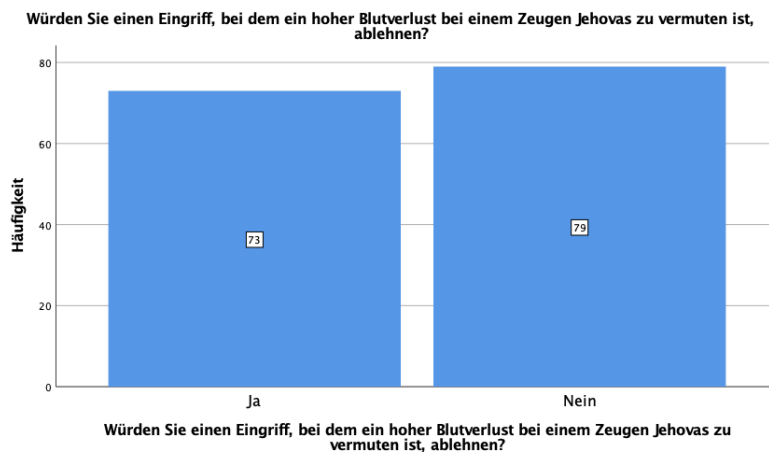


Abbildung 4.7: Frage 7 des Fragebogens

47,7 % (n=73) der befragten Personen würden einen Eingriff ablehnen, der zu einem hohen Blutverlust eines Zeugen Jehovas führen könnte und 51,6 % (n=79) würden ihn durchführen. Eine Person (0,7 %) beantwortete diese Frage nicht. (Abb. 3.7)

Ergebnisse

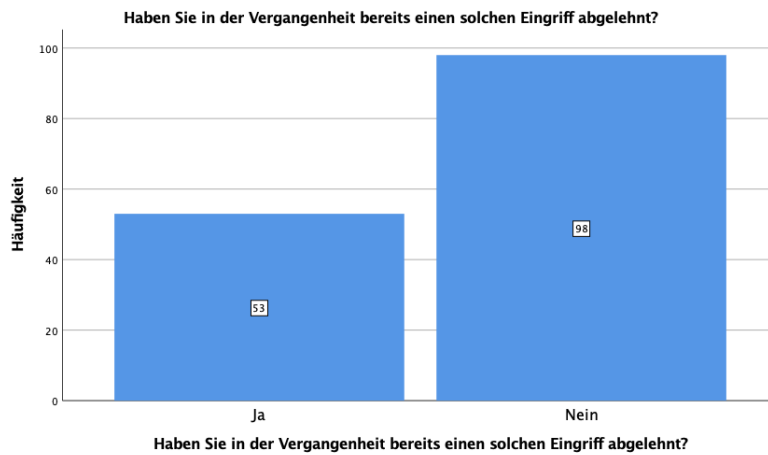


Abbildung 4.8: Frage 8 des Fragebogens

34,6 % (n=53) der Anästhesistinnen und Anästhesisten lehnten einen Eingriff mit einem vermuteten hohen Blutverlust bei Zeugen Jehovas in der Vergangenheit ab. 64,1 % (n=98) führten ihn trotzdem durch. Zwei Personen (1,3 %) übersprangen diese Frage. (Abb. 3.8)

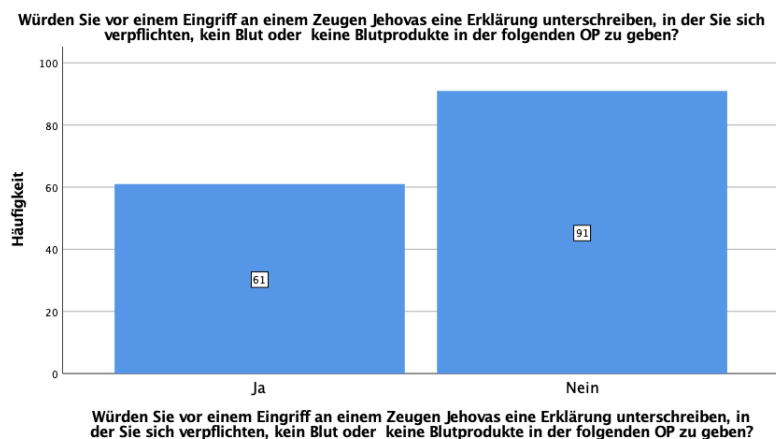


Abbildung 4.9: Frage 9 des Fragebogens

Von den befragten Personen würden 39,9 % (n=61) vor einem Eingriff eine Erklärung unterschreiben und sich somit verpflichten, in der folgenden Operation keine Blutprodukte zu verabreichen. 59,5 % (n=91) würden dies nicht tun. Eine Person (0,6 %) enthielt sich bei dieser Frage. (Abb. 3.9)

Ergebnisse

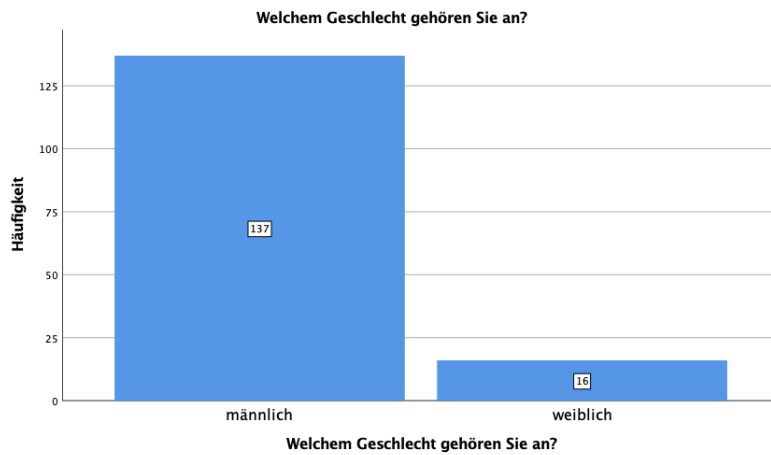


Abbildung 4.10: Frage 10 des Fragebogens

89,5 % (n=137) der Befragten waren männlich und 10,5 % (n=16) weiblich. Keine Person ordnete sich einem diversen Geschlecht zu (Abb. 3.10).

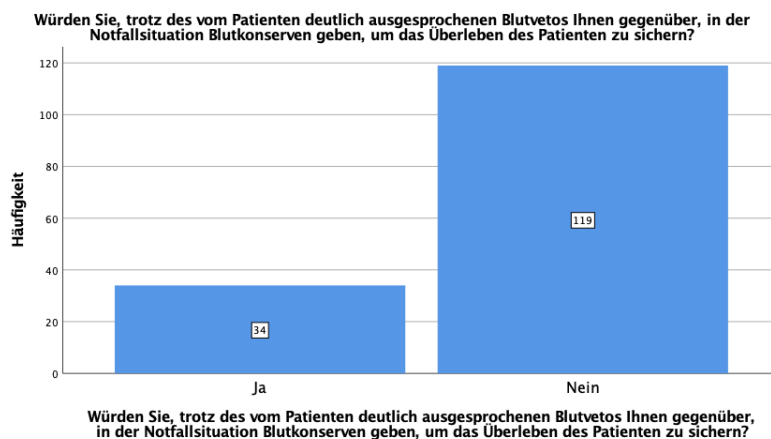


Abbildung 4.11: Fallvignette 1, Frage 1

Die erste Fallvignette thematisierte einen Patienten, der persönlich sein Blutveto mitteilen konnte. Dennoch würden 22,2 % (n=34) der Befragten dem Patienten in einer Notfallsituation Blutkonserven zur Sicherung des Überlebens geben. 77,8 % (n=119) würden dies nicht tun. (Abb. 3.11)

Ergebnisse

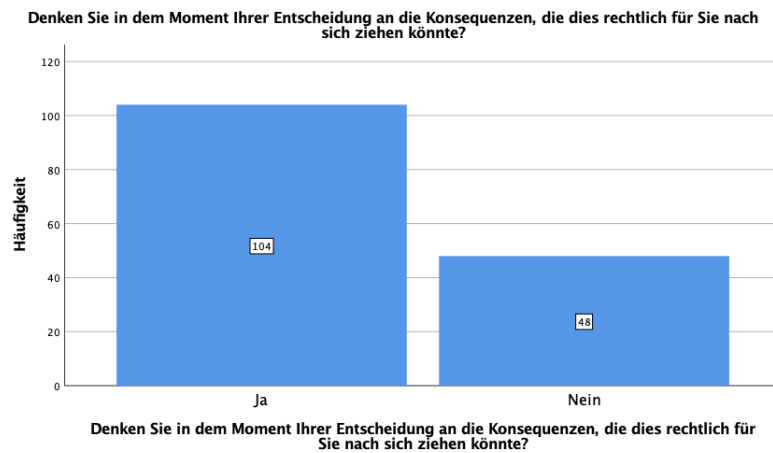


Abbildung 4.12: Fallvignette 1, Frage 2

Dass diese Entscheidung rechtliche Konsequenzen haben könnte, bedachten 68 % (n=104) der befragten Personen. Bei 31,4 % (n=48) spielte diese Überlegung keine Rolle bei der Entscheidungsfindung und eine Person (0,6 %) enthielt sich bei dieser Frage. (Abb. 3.12)

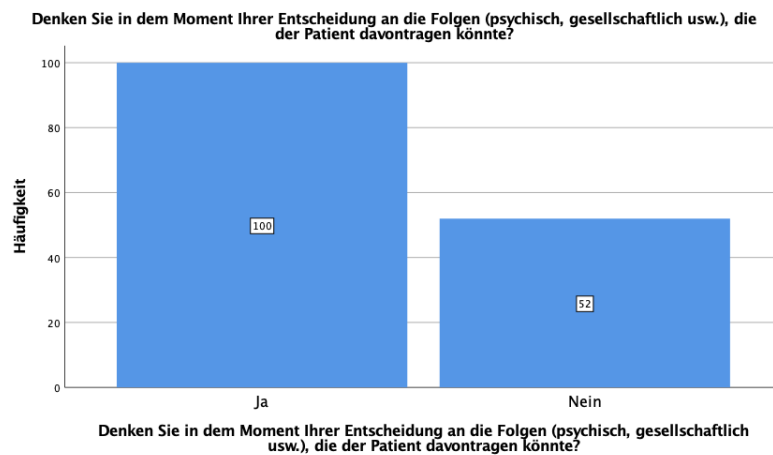


Abbildung 4.13: Fallvignette 1, Frage 3

65,4 % (n=100) schlossen in ihre Überlegungen die Folgen, die ihre Entscheidung für den Patienten nach sich tragen könnten, mit ein, wohingegen 34 % (n=52) dies nicht tun. Erneut enthält sich eine befragte Person (0,6 %). (Abb. 3.13)

Ergebnisse

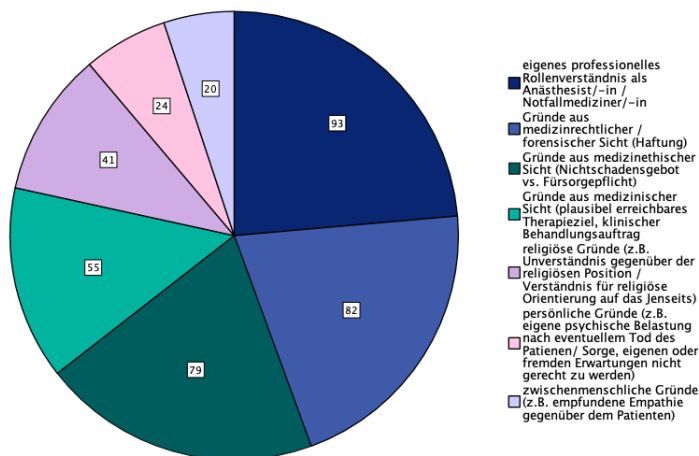


Abbildung 4.14: Fallvignette 1, Frage 4 „Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?“

Um ein besseres Verständnis für den Hintergrund der Entscheidung zu erlangen, wurde das ausschlaggebende Argument für eben diese erfragt. Da hierbei Mehrfachnennungen möglich waren, werden im Folgenden die prozentualen Anteile aller ausgewählten Antworten (n=394) angegeben, um neben der Veranschaulichung des Kreisdiagramms auch konkrete Zahlen nennen zu können. Mit 23,6 % (n=93) gab die Mehrheit an, ihre Entscheidung auf Grundlage des eigenen professionellen Rollenverständnisses als Anästhesist beziehungsweise Notfallmediziner zu treffen. 20,8 % (n=82) entschieden sich hauptsächlich wegen medizinrechtlichen oder forensischen Gründen für oder gegen die Blutgabe. Fast genauso wichtig waren für die befragten Personen die medizinethischen Gründe, die zu 20 % (n=79) ausgewählt wurden. 14 % (n=55) gaben medizinische Gründe für die Fällung ihrer Entscheidung an. Das Verständnis beziehungsweise Unverständnis gegenüber der Religion der Zeugen Jehovas war für 10,4 % (n=41) ausschlaggebend für die Entscheidung für oder gegen die Blutgabe. Persönliche Gründe mit 6,1 % (n=24) und zwischenmenschliche Gründe mit 5,1 % (n=20) wurden vergleichsweise selten als Hauptargument ausgewählt. (Abb. 3.14)

Ergebnisse

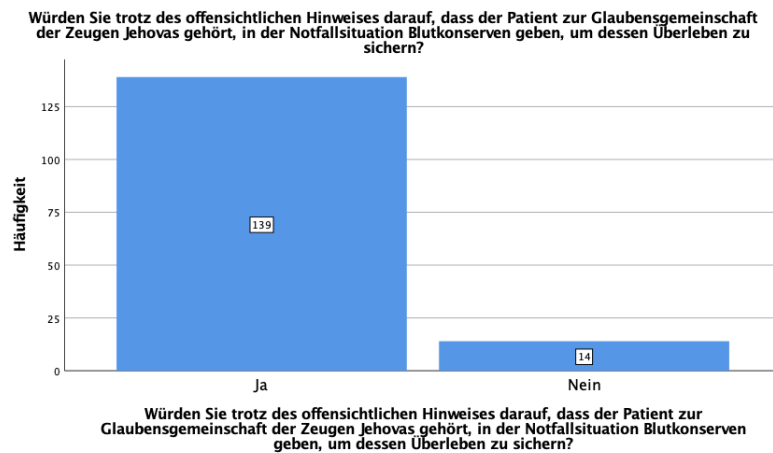


Abbildung 4.15: Fallvignette 2, Frage 1

Die zweite Fallvignette thematisierte einen Patienten, der im Gegensatz zum Ersten bewusstlos eingeliefert wurde und somit sein Blutveto nicht persönlich mitteilen konnte. 90,8% (n=139) der befragten Anästhesisten und Anästhesistinnen würden trotz des Armbands, das auf die Dazugehörigkeit zu den Zeugen Jehovas hinweist, dem Patienten Blutkonserven verabreichen. 9,2% (n=14) entschieden sich gegen die Gabe von Blutkonserven zur Sicherung des Überlebens. (Abb. 3.15)

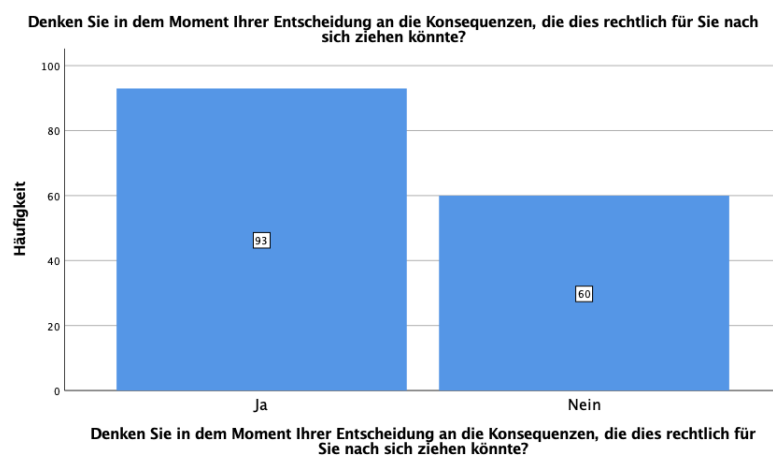


Abbildung 4.16: Fallvignette 2, Frage 2

60,8 % (n=93) der befragten Personen bedachten in diesem Fall die möglichen rechtlichen Konsequenzen, während dies für 39,2 % (n=60) keine Rolle spielte (Abb. 3.16).

Ergebnisse

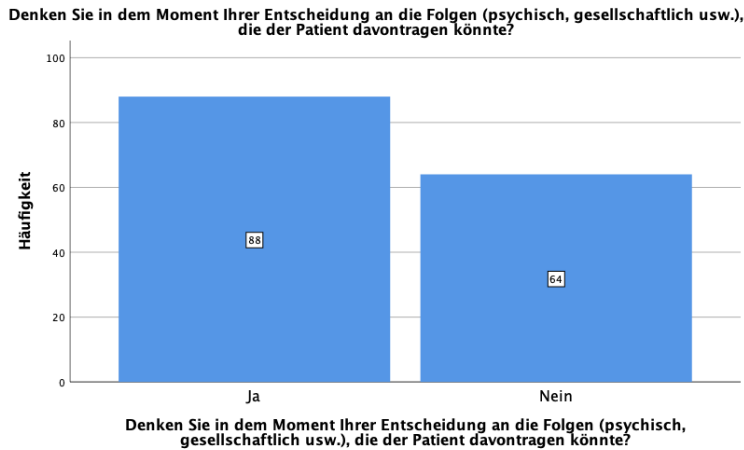


Abbildung 4.17: Fallvignette 2, Frage 3

57,5 % (n=88) beziehen die Folgen, die der Patient des zweiten Falls davontragen könnte, mit in ihre Entscheidung ein. Bei 41,8 % (n=64) wird dies nicht erwogen. Eine Person (0,7 %) enthielt sich bei dieser Frage. (Abb. 3.17)

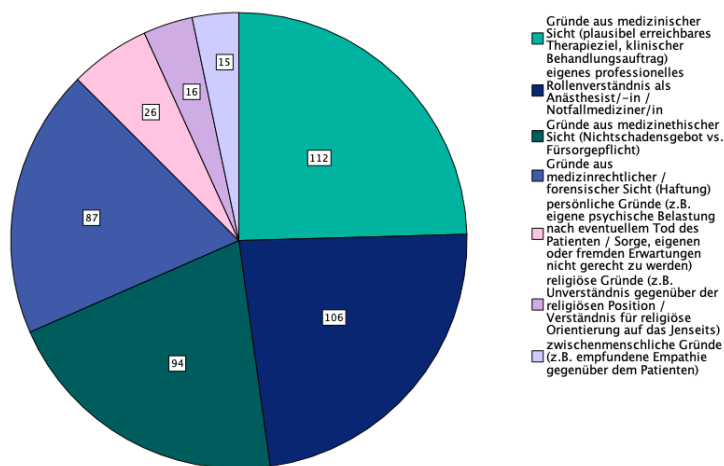


Abbildung 4.18: Fallvignette 2, Frage 4 „Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?“

Auch bei der zweiten Fallvignette wurden die Hauptargumente für die Entscheidung erfragt. Erneut waren Mehrfachnennungen möglich, weshalb die prozentualen Anteile nicht auf die 153 Befragten bezogen werden, sondern auf die allgemeine Verteilung aller ausgewählten Antworten (n=465). 24,6 % (n=112) der befragten Personen entschieden sich vor allem aus medizinischen Gründen für oder gegen die Blutgabe. Unter anderem basierend auf dem eigenen professionellen Rollenverständnis trafen 23,2 % (n=106) ihre Entscheidung. 20,6 % (n=94) ließen die Medizinethik mit in ihre Entscheidung fließen. Die medizinrechtliche Sicht bedachten 19,1 % (n=87). Persönliche Gründe (5,7 %; n=26), das Verständnis beziehungsweise Unverständnis gegenüber

Ergebnisse

der religiösen Position (3,5 %; n=16), sowie zwischenmenschliche Gründe (3,3 %; n=15) bilden die weniger präsenten Antwortmöglichkeiten. (Abb. 3.18)

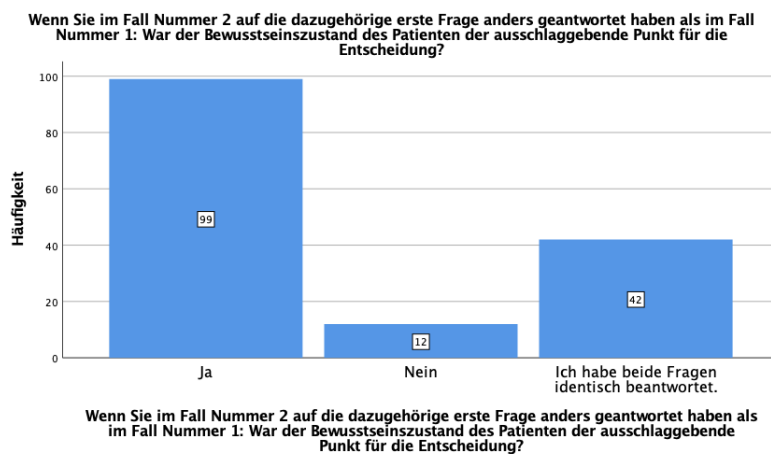


Abbildung 4.19: Fazit, Zusammenhang der beiden Fallvignetten

Die erste Frage des Fazits vergleicht die Beantwortung der ersten Frage der beiden Fallvignetten. 27,5 % (n=42) beantworteten beide Fragen identisch. 64,7 % (n=99) beantworteten beide Fragen aufgrund des Bewusstseinszustandes des Patienten unterschiedlich, während 7,8 % (n=12) die Fragen wegen eines anderen Grundes unterschiedlich beantworteten. Von den befragten Personen, die bei einer der Fallvignetten dem Patienten Blutkonserven geben würden, bei der anderen Fallvignette aber nicht (n=111), war somit bei 89,2 % (n=99) der Bewusstseinszustand des Patienten ausschlaggebend und bei 10,8 % (n=12) etwas anderes (Abb. 3.19).

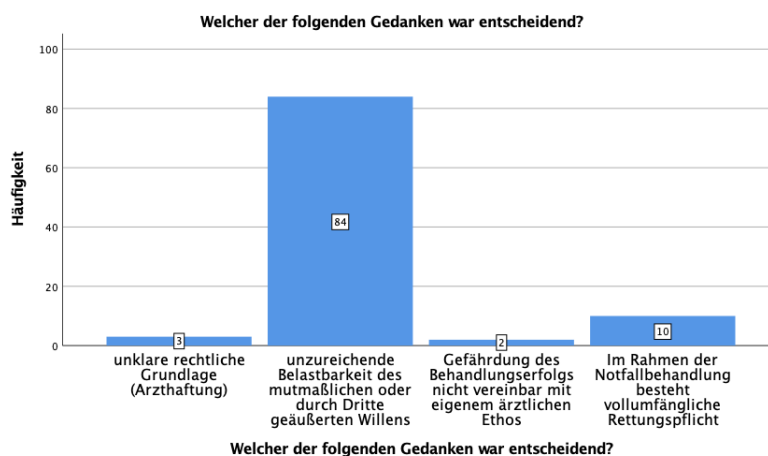


Abbildung 4.20: Fazit, Begründung der Beantwortung der vorangestellten Frage

Die abschließende Frage wurde mit einer Bedingung versehen, sodass sie nur den 99 befragten Personen angezeigt wurde, die die vorangegangene Frage mit „Ja“ beantworteten. Sie sollten angeben, welcher der vorgegebenen Gründe am ehesten ausschlaggebend für die unterschiedliche Beantwortung der ersten Frage der beiden Fallvignetten war. 84,8 % (n=84) gaben die unzureichende Belastbarkeit aufgrund des vermuteten Willens als Hauptargument an. 10,1 % (n=10) entschieden sich aufgrund der vollumfänglichen Rettungspflicht dementsprechend. 3 % (n=3) dachten hauptsächlich an die unklare rechtliche Grundlage, als sie sich bei dem zweiten Fall anders entschieden. Und 2 % (n=2) konnten die Therapieplanung bei einem veränderten Bewusstseinszustand aufgrund ihres eigenen ärztlichen Ethos nicht beibehalten (Abb. 3.20).

4.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Fragebogen wurde hauptsächlich von männlichen Führungspositionen, die bereits mehr als 10 Jahre ihren Beruf ausüben, beantwortet. Diese waren außerdem zum größten Teil bereits mit Patienten, die der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas angehören, im Kontakt.

Die Mehrheit der den Anästhesisten bekannten Fällen von Zeugen Jehovas, die sich in einer Notsituation befanden, benötigten in ihrer Lage eine Bluttransfusion.

Ein Großteil der Befragten empfindet die Richtlinien ihres Krankenhauses als klar formuliert. Im starken Kontrast dazu stehen die 20,3 %, denen keine Richtlinien bezüglich der Handhabung mit Zeugen Jehovas in ihrem Krankenhaus bekannt sind.

Am stärksten gingen die Meinungen bei der siebten Frage auseinander. 47,7 % würden einen Eingriff bei dieser Patientengruppe ablehnen, bei dem ein hoher Blutverlust zu erwarten ist. 34,6 % haben dies in der Vergangenheit bereits getan. 51,6 % der Anästhesisten würden eine Behandlung dieser Art trotzdem annehmen.

Weiterhin würden 59,5 % keine Erklärung unterzeichnen, in der sie durch ihre Unterschrift die Gabe von Blutprodukten in einer zukünftigen Operation verpflichtend unterlassen würden.

Dem ansprechbaren Patienten der ersten Fallvignette würden trotz klar geäußerten Willens 22,2 % der befragten Anästhesisten beim Aufkommen eines Notfalls Blut transfundieren, um das Leben des Patienten zu retten.

Die Mehrheit denkt in dem Moment ihrer Entscheidung sowohl an die eigenen rechtlichen Konsequenzen als auch an jegliche Folgen, die auf den Patienten zu kommen könnten.

Das eigene professionelle Rollenverständnis, sowie medizinrechtliche und medizinethische Gründe waren vornehmlich die Grundgedanken bei dem Treffen der Entscheidung.

Den 22,2 % der Entscheidung der ersten Fallvignette stehen 90,8 % der befragten Anästhesisten des zweiten Falles entgegen, die bei dem bewusstlosen Zeugen Jehovas trotz Kennzeichnung Blutkonserven verabreichen würden. Auch hier bezieht die Mehrheit die rechtlichen Konsequenzen, die sie durch die Entscheidung treffen könnte, sowie gesellschaftliche und psychische Folgen des Patienten mit in ihren Entschluss ein.

Ausschlaggebend für die Entscheidung des zweiten Falles waren vor allem medizinische Gründe, wie das dadurch plausibel erreichbare Therapieziel. Darauf folgte das eigene professionelle Rollenverständnis als Anästhesist und erneut die medizinethischen Gründe, wie der Konflikt zwischen dem Nichtschadensgebot und der Fürsorgepflicht.

Die Befragten, die die jeweils erste Frage der beiden Fallvignetten unterschiedlich beantworteten, gaben an, dass der Bewusstseinszustand des Patienten dafür verantwortlich war. Durch diesen schätzten 84,8 % die Belastbarkeit des mutmaßlich geäußerten Willens des Patienten als unzureichend ein. 27 % beantworteten beide Fragen identisch.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Methodik

Ein Fragebogen, der anonymisiert und eigenständig über einen Link ausgefüllt werden kann, bietet besonders bei ethischen Fragen den Vorteil, dass der Befragte keine Interaktion mit einer interviewenden Person eingehen muss. Die Fragen können ohne einen äußeren Einfluss beantwortet werden und ohne, dass die befragte Person eine Reaktion seines Gegenübers zu erwarten hätte. Dies schafft ein sicheres Umfeld und lässt auf eine wahrheitsgemäße Beantwortung vor allem der ethisch kontroversen Fragen hoffen.

Die Problematik entstand bei der Art der Verbreitung. Obwohl es die beste Möglichkeit war, viele Anästhesisten ohne Kosten- oder Personalaufwand in einem kurzen Zeitraum zu erreichen, resultierte das Versenden des Links über den Chefarztverteiler der DGAI darin, dass den Fragebogen hauptsächlich Personen der Führungsebene ausfüllten, ohne aber den Link an ihre Klinikkollegen weiterzuleiten. Das wiederum führte fast ausschließlich zur Befragung von Anästhesisten, die länger als zehn Jahre in ihrem Berufsfeld arbeiten und stellt weniger einen Querschnitt der Anästhesisten in Deutschland dar. Dazu kommt, dass die Anonymität eines Links auch eine Ungebundenheit gegenüber der Person schafft, die den Fragebogen erstellt hat. In einem persönlichen Gespräch wäre die Quantität der ausgefüllten Fragebogen kontrollierter abgelaufen. In dem Fall war man jedoch auf die Mithilfe der Chefärzte bei der Weiterleitung der E-Mail angewiesen. So könnte zum Beispiel die Rücklaufanzahl der Fragebogen von 153 erklärt werden.

Die in dieser Arbeit gesammelten Ergebnisse gelten somit für Anästhesisten in Deutschland nicht als repräsentativ, sondern liefern einen ersten Eindruck über die Entscheidungstendenz bei einem solchen ethisch schwierigen Patientenfall. Die Antworten des Fragebogens im Zusammenhang mit den daraus gezogenen Schlüssen zeigt vor allem die Reaktion von Anästhesisten in einer leitenden Position und kann weder in seiner Quantität noch einer breitgefächerten Berufserfahrungsspanne den Querschnitt deutscher Anästhesisten widerspiegeln.

5.2 Interpretation der Antworten des Fragebogens

Der Fragebogen ermittelte, welche Gedanken in den Entscheidungsprozess mit eingeflossen sind. Anschließend wurde jedoch nicht zugeordnet, ob beispielsweise die medizinischen Gründe ausschlaggebend bei der Auswahl für oder gegen die Blutgabe waren. Folgende Interpretationen und Vermutungen kamen diesbezüglich zustande:

Anästhesisten begleiten ihre Patienten vor, während und nach Operationen. Sie sorgen für eine umfangreiche Aufklärung, sowie die Betreuung während der Einleitung, Aufrechterhaltung und Ausleitung der Narkose. Sie müssen alle damit zusammenhängenden Komplikationen einschätzen und bewältigen können. So bildet sich das professionelle Rollenverständnis, das auch die Grundlage der in dieser Arbeit behandelten Problemstellung ist. Dies bestätigt sich in der abschließenden Frage beider

Fallvignetten, in der das „eigene professionelle Rollenverständnis als Anästhesist und Notfallmediziner“ in *Abbildung 3.14* als Hauptgrund und *Abbildung 3.18* als zweithäufigster Ursprung der Entscheidung angegeben wurde. Interpretiert werden kann dies in beide Richtungen. Falls sich der Befragte für die Blutgabe entschied, könnte das mit dem Therapieziel der Lebensrettung argumentiert werden, welches nur auf diesem Weg erreicht werden kann. Allein der Anästhesist fühlt sich in der Situation für den Tod verantwortlich, der bei unterlassener Transfusion, die nur in den anästhesiologischen Aufgabenbereich fällt, eintreten würde. Auch wenn er zu den 77,8 % beziehungsweise 9,2 % der Befragten gehörte, die sich gegen eine Transfusion entschieden hätten, kann dies mit dem eigenen professionellen Rollenverständnis erklärt werden. Da der Anästhesist das Transfusionsgeschehen beaufsichtigt und durchführt, ist er für das Umsetzen des Patientenwillens verantwortlich. Falls es keinen Angehörigen gibt, der sich für die Interessen des Patienten starkmacht, ist der Anästhesist der Einzige, der für die Autonomie des Patienten einstehen kann. (Singbartl 2014, Larsen, Fink et al. 2016)

Zusätzlich kommt den Behandelnden der Gedanke, dass nur sie rechtlich für Entscheidungen um die Bluttransfusion belangt werden können. Über die medizinrechtlichen Gründe dachten 68 % (*Abbildung 3.12*) der Befragten bei der ersten Fallvignette (mündliches Untersagen der Transfusion) und 60,8 % (*Abbildung 3.16*) bei der Zweiten (Armband als Auskunft über Religionszugehörigkeit) nach.

Der Patient des ersten Falles gilt als entscheidungsfähig, was den Behandler rechtlich an dessen Willen bindet. Nachdem über die Bedeutung der unterlassenen Transfusion mit allen Folgen aufgeklärt wurde und der Patient trotzdem ablehnt, handelt es sich um „informed refusal“. Bei regelrechter Dokumentation und vorhandener Unterschrift des Patienten muss der Anästhesist im Fall von Komplikationen daraufhin mit keinen rechtlichen Konsequenzen rechnen und könnte somit den Fokus gänzlich auf das Selbstbestimmungsrecht legen. Da die rechtliche Lage in diesem Fall in Deutschland klar definiert ist, ist der deutliche Großteil (77,8 %), der sich an den Patientenwillen halten würde, schnell nachzuvollziehen. Interessant ist, dass sich 34 Befragte trotz der klaren Lage gegen die Selbstbestimmung und für die Lebensrettung entschieden haben. (*Abbildung 3.11*), (Bender 1999, Singbartl 2014, Bundesärztekammer 2017)

Der Patient des zweiten Falles ist aufgrund seiner Bewusstlosigkeit nicht-entscheidungsfähig. Da kein „Dokument zur ärztlichen Versorgung“ vorliegt und auch keine

bevollmächtigte Person anwesend ist, muss nach dem vermuteten Willen gehandelt werden. Ob die 139 Befragten, die an dieser Stelle die Transfusion geben würden, nach dem vermuteten Willen des Patienten oder ihrem eigenen ethischen Verständnis handeln, wird in diesem Fragebogen nicht abschließend geklärt. Die 88 Personen, die in dem Moment ihrer Entscheidung an die diversen Folgen, die der Patient nach der Lebensrettung davontragen können, zeigen, dass der vermutete Wille zumindest in Betracht gezogen wurde. Die 64 Personen, bei denen dies keine Rolle gespielt hat, scheinen vorwiegend unabhängig der Andeutung der Religionszugehörigkeit entschieden zu haben. (*Abbildung 3.17*), (Schelling & Lippstreu 2010, Bundesärztekammer 2017, Schelling 2022)

Die medizinischen Gründe scheinen bei einem Notfall wie diesem auf den ersten Blick deutlich zu dominieren. Eine Lebensrettung oder auch Heilung, die allgemein als Therapieziel gelten, werden durch die Transfusion auf direktestem Weg erreicht. Auch bei dem Patienten, über dessen Religionszugehörigkeit und Willen aufgrund der Bewusstlosigkeit nur gemutmaßt werden kann, bleibt für 24,6 % dieses Therapieziel bestehen. Die medizinischen Gründe galten bei der zweiten Fallvignette als ausschlaggebendste Entscheidungsgrundlage. Bei dem ansprechbaren Patienten, der sich klar gegen die Bluttransfusion aussprach, gerieten die medizinischen Gründe im Vergleich zu anderen wählbaren Erklärungen in den Hintergrund und belegte den vierten Platz. (*Abbildung 3.18*), (Paul 2008, Takaschima, Sakae et al. 2016)

Da diese Auswahlmöglichkeit das plausible Erreichen des Therapieziels beinhaltet, wurde sie vor allem von den Anästhesisten angegeben, die sich für die Transfusion entschieden hätten. Dies könnte folglich den wesentlichen Unterschied der Platzierung beider Fälle erklären. Im ersten Fall wurden die Gründe aus medizinischer Sicht 55 Mal angegeben, während dies im zweiten Fall 112 Befragte taten. (*Abbildung 3.14, Abbildung 3.18.*)

Die medizinethischen Gründe ergaben bei beiden Fallvignetten die dritthäufigsten Grund für oder gegen die Blutgabe. Das Besondere bei dieser Antwort ist, dass sowohl zwischen Nichtschadensgebot und Fürsorgepflicht als auch innerhalb der beiden Prinzipien selbst ein Widerspruch vorhanden ist, der die Problematik dieser Entscheidungsfindung erneut unterstreicht. Sich nach dem Wohl des Patienten zu richten und ihm keinen Schaden zuzufügen, klingt zuerst plausibel und würde sicherlich in den meisten Patientenfällen problemlos Anwendung finden. Die Problematik bei der

Patientengruppe der Zeugen Jehovas liegt jedoch darin, dass das körperliche Wohl des Patienten vom Geistigen abzugrenzen ist. Aufgrund der Religionszugehörigkeit wird die geistige Unversehrtheit (die reine Seele) mit dem Körperlichen gleichgestellt, im Fall von Bluttransfusionen sogar übergeordnet. Der Arzt, der abgesehen von diesen Patientenfällen mutmaßlich keine Berührungspunkte mit den speziellen Geboten hat, priorisiert die körperliche Gesundheit, was zur Entstehung eines Dilemmas in der Entscheidungsfindung des Arztes führt, (*Abbildung 3.14, Abbildung 3.18*), (*Beauchamp & Childress 2001, Muramoto 2001, Schulz, Steigleder et al. 2006, Habler & Voß 2010, Zeugen Jehovas 2015*)

Selbst wenn primär allein das Nichtschadensgebot des Patienten geachtet werden soll, muss der Gedankengang in zwei Abschnitte aufgeteilt werden. Zuerst ist der Schaden zu definieren, bei dem es sich um den akuten Blutverlust in einer Notfallsituation handelt. Es sollte erörtert werden, wie eine Verschlechterung des Schadens verhindert werden kann. Bei den Befragten, die das Blut gegen den geäußerten oder mutmaßlichen Willen verabreichen würden und die die Gründe aus medizinethischer Sicht in der anschließenden Erörterung ausgewählt haben, wird der Schaden auf die körperliche Unversehrtheit bezogen. Dieser kann mit der Bluttransfusion auf direktem Weg behoben werden und ist somit die Therapie der Wahl. Aber auch die Befragten, die sich gegen die Bluttransfusion ausgesprochen haben, können die medizinethischen Gründe als Erklärung ausgewählt haben, denn nur durch Verzicht der Blutgabe kann ein geistiger Schaden verhindert werden. (Paul 2008)

Auch innerhalb der Fürsorgepflicht stehen sich das körperliche und geistige Wohl des Patienten gegenüber. Die Fürsorgepflicht entspricht für den Anästhesisten der Lebensrettung durch Verabreichung einer Bluttransfusion. Dies kommt jedoch nicht der Definition des Zeugen Jehovas gleich. Seine Lebensqualität wäre nach der ursprünglich geplanten Lebensrettung durch soziale Abgrenzung aus der Gemeinschaft und den weiteren Folgen der Verunreinigung der Seele stark eingeschränkt und aus seiner Sicht nicht akzeptabel. Nutzen und Schaden müssen für beide Parteien und beide Entscheidungsmöglichkeiten gegeneinander abgewogen werden. Während des akuten Blutverlustes, der das Leben des Patienten unmittelbar gefährdet, scheint es unmöglich, das Therapieziel mit dem Willen des Patienten und damit sein persönliches Wohlergehen zu vereinbaren. Damit stehen in diesem Patientenfall nicht nur *beneficence* und *nonmaleficence*, sondern auch *beneficence* und *autonomy* im Konflikt. (Beauchamp & Childress 2001, Schulz, Steigleder et al. 2006, Zeugen Jehovas 2015)

Persönliche Gründe wie die eigene psychische Belastung nach dem Tod oder die Belastung durch nicht erfüllte Erwartungen beschäftigten 24 (6,1 % im 1. Fall) beziehungsweise 26 (5,7 % im 2. Fall) der Anästhesisten bei ihrer Entscheidung. Durch den geringen Unterschied zwischen den Antworten beider Fälle lässt sich interpretieren, dass es für die persönlichen Rückschlüsse keine entscheidende Rolle spielt, ob der Patient ansprechbar ist oder nicht. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass die Notfallsituation mit hohem Blutverlust bei einem Zeugen Jehovas im Allgemeinen als belastend angesehen wird und dabei weitere Details nicht relevant sind. Die geringen Prozentzahlen veranschaulichen, dass die persönlichen Motive nur einen kleinen Teil der Befragten beschäftigten. Antwort darauf könnte der Großteil an erfahrenen Anästhesisten sein, die den Fragebogen ausgefüllt haben. Bei den 94,8 % der Befragten, die bereits über zehn Jahre in dem Berufsfeld tätig sind, ist ein Patientenfall wie in den Fallvignetten geschildert, keine unbekannte Situation und könnte den Anästhesisten routiniert und jenseits seiner persönlichen Empfindungen entscheiden lassen. (*Abbildung 3.1, Abbildung 3.4, Abbildung 3.14, Abbildung 3.18*)

Einen deutlicheren Unterschied gab es zwischen den Antworten beider Fälle hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit auf die Religion. Diese Kategorie schloss sowohl das Verständnis als auch das Unverständnis für die religiöse Position ein und wurde im Fall des ansprechbaren Patienten von deutlich mehr Befragten (41 Mal) ausgewählt als bei dem Bewusstlosen (16 Mal). Durch die persönliche Erläuterung des eigenen Glaubens und Schilderung des Hintergrundes der Entscheidung können Personen, die der Religion nicht angehören, diese sonst sehr schwer nachzuvollziehende Entscheidung besser verstehen. Die Entscheidung, den Patientenwillen zu akzeptieren und keine Transfusion zu verabreichen, kann somit auch für den Anästhesisten leichter getroffen werden. (*Abbildung 3.14, Abbildung 3.18*)

Bei der Abwägung für oder gegen die Blutgabe verhalfen zwischenmenschliche Gründe am wenigsten zu einer Entscheidung. Die geringfügige Mehrheit des ersten Falles (5,1 % gegenüber 3,8 %) könnte für ein präsenteres Empathieempfinden aufgrund der Ansprechbarkeit stehen. Letztendlich lässt sich zusammenfassen, dass aufgrund ihres Mitgefühls die wenigsten Befragten ihre Entscheidung trafen, was besonders in lebensbedrohlichen Situationen in der Medizin anzuraten wäre. (*Abbildung 3.14, Abbildung 3.18*)

5.3 Rechtliche und ethische Vertretbarkeit

Fallvignette 1:

Durch die mündliche Ablehnung der Bluttransfusion wurde offiziell diesem Teil der Behandlung nicht zugestimmt. Der Patient gilt als entscheidungsfähig und darf somit nicht nur gemäß Art. 4 Abs. 1, Abs. 2 GG seinem eigenen Glauben und den damit verbundenen Regelungen nachgehen. Auch jede Behandlung entgegen seinem geäußerten Willen würde als Körperverletzung eingestuft werden und kann im Nachgang rechtliche Folgen für den behandelnden Arzt nach sich ziehen. Bei den 34 Anästhesisten, die sich trotzdem für eine Transfusion entschieden hätten, wäre dies der Fall. Argumentationsgrundlage vor Gericht könnten der rechtfertigende Notstand gemäß § 34 StGB und der Verbotsirrtum gemäß § 17 StGB liefern. Sofern der Anästhesist ein umfangreiches Aufklärungsgespräch geführt hat und der Patient, sowie bestenfalls anwesende Zeugen, eine diesbezügliche Vereinbarung unterschreibt, ist der Anästhesist rechtlich abgesichert. Der Hauptteil der Befragten hätte somit richtig gehandelt. (*Abbildung 3.11*), (Baur 2006, Ulsenheimer 2010, Singbartl 2014, Schelling 2022)

Ethisch betrachtet steht in diesem Fall klar das Selbstbestimmungsrecht im Sinne der Patientenautonomie im Vordergrund. Jede Person kann über ihren eigenen Körper entscheiden und für sich festlegen, in welche ärztlichen Heilbehandlungen eingewilligt wird. Die moderne partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung, die das paternalistische Behandlungskonzept, in dem der Arzt aufgrund seines umfangreicheren medizinischen Wissens für den Patienten entscheidet, ablöst, unterstützt diesen Fakt umso mehr. Auch wenn es für den Arzt grundsätzlich seine bedeutsamste Pflicht ist, seinen Patienten zu heilen, schränkt das Selbstbestimmungsrecht diese ein und muss vom Arzt respektiert werden. (Schelling & Lippstreu 2010, Singbartl 2014, Bolcato, Shander et al. 2021)

Fallvignette 2:

Das Armband dient als Kennzeichnung der mutmaßlichen Zugehörigkeit zu den Zeugen Jehovas. Der Patient ist bewusstlos und trägt auch keinen schriftlich geäußerten Willen bei sich. Er gilt somit als nicht entscheidungsfähig. Das Armband gibt primär keine Auskunft über ein Blutveto, sondern einen Hinweis auf die Religionszugehörigkeit. Die Ablehnung gegenüber Transfusionen wäre somit eine Interpretation in die Bedeutung des Armbands. Die Transfusion bei einem Patienten, der nur einer

Vermutung über den eigenen Willen durch ein Armband anstößt, zu unterlassen, würde auf keiner bestehenden Grundlage basieren und hätte somit rechtliche Folgen. Somit liegen die 139 der Befragten mit ihrer Entscheidung für die Transfusion richtig. Auch wenn es in der hier geschilderten Notfallsituation keine Rolle spielt, ist zu bedenken, dass in der Realität viele Zustände zwischen einem gesunden und einem lebensbedrohlich verletzten Zeugen Jehovas existieren. Beispielsweise kann ein geringer Eisengehalt im Blut prä- oder postoperativ zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Das Armband wäre auch in diesen Situationen, in denen Fragen über die Akzeptanz von blutsparenden oder ersetzenden Verfahren aufkommen würden, keine Entscheidungshilfe. (*Abbildung 3.15*), (Kulier & Gombotz 2001)

Da der Wille in diesem Fall nur vermutet werden kann, sprechen viele Gründe für die Gabe der Transfusion. Unter Betrachtung des Selbstbestimmungsrechts könnte diese Entscheidung ethisch nicht richtig erscheinen, die rechtlichen Aspekte überwiegen jedoch klar. 14 der befragten Anästhesisten hätten trotzdem den vermuteten Willen und ihr Hintergrundwissen über die Religion und Bräuche der Zeugen Jehovas priorisiert und von der Blutgabe abgesehen. (*Abbildung 3.15*)

Letztlich hat sich der Hauptteil der Anästhesisten nach den Rechtsordnungen in Deutschland richtig verhalten. Dieser Aspekt wurde bei den meisten während ihrer Entscheidung mit einbezogen, was das Ergebnis nicht überraschend erscheinen lässt. Dies verdeutlicht, dass vor allem in schwierigen Situationen klar formulierte Regeln helfen, diese zu bewältigen und die Betroffenen während ihres Entscheidungsprozesses zu entlasten. Besonders in Patientenfällen wie diesen könnte eine definierte Regelung zum Behandlungsvorgehen bei Zeugen Jehovas von Vorteil sein.

5.4 Eine Lösung für alle?

Bei ethisch schwierigen Thematiken werden in Krankenhäusern Leitsätze etabliert, die unter anderem in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ethikkommissionen erarbeitet werden. Sie dienen zur Entlastung des Behandlungsteams während der Entscheidungsfällung. (Ulsenheimer 2010)

Wenn diese jedoch nicht klar definiert oder einigen Mitarbeitenden nicht bekannt sind, fehlt eine entscheidende Stütze. Die Befragung zeigte, dass 22 der 153 Anästhesisten die in ihrem Krankenhaus existierenden Richtlinien nicht als klar definiert einschätzen. Es bleiben also in Fällen mit Zeugen Jehovas trotz bestehenden Leitsätzen Fragen

offen, welche die behandelnden Ärzte trotzdem die Auswirkungen von *moral distress* spüren lassen können. 31 der Anästhesisten gaben an, dass ihnen keine Richtlinien in ihrem Krankenhaus bekannt sind. Ob es in den betreffenden Krankenhäusern tatsächlich keine Richtlinien gibt, kann aufgrund der anonymisierten Befragung nicht abschließend geklärt werden. Einen Hinweis könnte jedoch der hohe Anteil (90,2 %) an Anästhesisten, die in einer Führungsposition oder bereits mehr als 10 Jahre als Anästhesist tätig sind (94,8 %) liefern. Die Wahrscheinlichkeit, dass solch eine Richtlinie nicht existiert oder nicht klar definiert wurde, ist somit sehr hoch. (*Abbildung 3.1, Abbildung 3.2, Abbildung 3.6*), (Ulsenheimer 2010, Singbartl 2014)

Ein Lösungsansatz dieser Teilproblematik bildet die Überarbeitung der bereits bestehenden Leitsätze. Zur optimalen Umsetzung dieser Überarbeitung sollten hausinterne Umfragen durchgeführt werden, um offene Fragen der behandelnden Teams direkt einzufangen und somit einen genaueren Ausgangspunkt für die zuständige Ethikkommission zu liefern. Nur so werden die fehlenden Informationen der aktuell bestehenden Leitsätze aufgedeckt und optimiert. Im Falle einer fehlenden Leitlinie kann sich mit Kolleginnen und Kollegen anderer Kliniken ausgetauscht werden, die bereits funktionierende Regelungen in ihren Häusern etabliert haben. Somit besteht Aussicht auf eine erfolgreiche Durchsetzung im eigenen Krankenhaus.

Die vorhandenen Richtlinien verdeutlichen, dass jeder Fall individuell ist und entsprechend unterschiedlich bewertet werden muss. Insbesondere die Unterscheidung zwischen elektiven Eingriffen und einem Notfall ist bedeutend. Bei Elektiveingriffen besteht für die behandelnden Ärzte die Möglichkeit, den Fall abzulehnen und zu einem Kollegen oder einem anderen Krankenhaus zu verweisen, um sich selbst nicht in ein ethisches Dilemma zu bringen. Eine alternative Lösungsmöglichkeit wäre die Bildung von speziellen Teams innerhalb des Krankenhauses. Diese bestehen aus Mitarbeitenden, die sich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt haben und sich in der Lage fühlen, den Willen des Patienten garantiert und problemlos umzusetzen. Diese Teams sollten aus Operateuren, Anästhesisten und Pflegekräften bestehen, um das vollständige Spektrum der Behandlung des Zeugen Jehovas abzudecken. Bei der Umfrage gaben 34,6 % der Anästhesisten an, bereits die Behandlung eines Zeugen Jehovas abgelehnt zu haben, bei der ein hoher Blutverlust zu erwarten wäre. Sie nutzten die Möglichkeit, einen Elektiveingriff an einen anderen Arzt weiterzuleiten, somit bereits. (*Abbildung 3.8*), (Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund GmbH 2007, Oestermann 2013, von Moers 2017)

Anders ist es bei einem Notfalleingriff, bei dem ausnahmslos die Hilfeleistungspflicht besteht. Die Möglichkeit der Überweisung an andere Kollegen fällt hierbei weg. Bei besagtem ethischem Konflikt und der Schwere der Entscheidungslast wären besonders an dieser Stelle klar formulierte und allen bekannte krankenhauserinterne Leitlinien von Relevanz.

Die Kommunikation mit dem Patienten ist entscheidend: wenn dieser ansprechbar ist, muss sein Wille respektiert und umgesetzt werden. Ist der Patient nicht ansprechbar, muss entweder die antizipierte Behandlungsanweisung herangezogen oder in den Austausch mit Angehörigen zur Ergründung des mutmaßlichen Willens gegangen werden. Fehlen Angehörige und ein schriftlicher Wille, wird die Maxime „in dubio pro vita“ angewandt, was im Falle des hohen Blutverlustes eine Bluttransfusion einschließt. (Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund GmbH 2007)

Empfehlenswert ist es, diese Prinzipien in Leitlinien zu verankern und durch krankenhauserinterne Schulungen und den Austausch von Erfahrungswerten zwischen den Kliniken sicherzustellen, dass ein allgemeines Grundverständnis in deutschen Kliniken herrscht. Spezialisierte Krankenhäuser können für elektive Eingriffe aufgesucht werden, jedoch sollte jedes Krankenhaus über ähnlich geschultes Personal verfügen, um Patienten mit Blutveto überall angemessen versorgen zu können. Eine Vorgehensweise, die sowohl der Patientenversorgung als auch dem behandelnden Personal zugutekommt. (Oestermann 2013, Dudzinski 2016)

Eine einheitliche Regelung bezüglich der Behandlung von Zeugen Jehovas durch Anästhesisten ist eine komplexe Frage. Rechtlich betrachtet kann der Wille des Patienten durch persönliche Aussage oder einen amtlich anerkannten schriftlichen Willen festgelegt werden. Ein Armband, das die Zugehörigkeit zur Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas signalisiert, bietet zwar eine Indikation zur Einstellung bezüglich Bluttransfusionen, könnte jedoch als einzige Grundlage für die Entscheidung gegen die Blutgabe für den Anästhesisten rechtlich unsicher sein. Es könnte lediglich als Ausgangspunkt dienen, um Angehörige zu kontaktieren, insbesondere wenn eine sofortige Operation nicht erforderlich ist. Falls ein bewusstloser Patient mit einem solchen Armband und Angehörigen in der Notaufnahme erscheint, die dem Arzt den Willen des Blutvetos des Patienten kommunizieren, könnte das Armband als ein unterstützendes Indiz für die Angehörigen betrachtet werden. Denn in Situationen, in denen der Patient seinen Willen nicht äußern kann, ist es in der Verantwortung des Arztes, in Absprache

mit den Angehörigen den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln und entsprechend zu handeln.

5.5 Schlussfolgerung und Ausblick

Letztendlich sollte nicht vergessen werden, dass hinter dem Beruf des Anästhesisten ein Mensch steht, der seine eigenen Bedürfnisse und Vorstellungen hat. Diese bei einem ethisch schwierigen Patientenfall gänzlich wegzudefinieren und den Behandelnden nahezu blind gegenüber seinen eigenen Überzeugungen handeln zu lassen, ist problematisch und kann zu schweren Folgen des Stresses führen. Durch *moral distress* hervorgerufene Emotionen wie Machtlosigkeit, Verwirrung, Frustration, Wut und Schuld, sowie die langfristige emotionale Belastung von *moral residue* untergraben die persönliche und berufliche Integrität und schränkt die Authentizität ein. Bei Patientenfällen mit Zeugen Jehovas erleben Anästhesisten einen Aushandlungsprozess, in dem das zentrale Problem die Abwägung zwischen der Autonomie des Patienten und der Fürsorgepflicht darstellt. Normalerweise legen die Ärzte die Indikationen für Behandlungen fest. In diesem Kontext müssen sie jedoch die entgegengesetzte Rolle annehmen und die Entscheidung des Patienten akzeptieren, auch wenn es vermeintlich bessere Optionen gibt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass das Gefühl des inneren Friedens, das der Patient mit seiner Entscheidung empfindet, nicht automatisch auf die medizinisch Verantwortlichen übertragen wird (Dudzinski 2016, Morley, Ives et al. 2019).

Es ist nachvollziehbar, dass der erste Reflex des Arztes der Lebensrettung gilt, wenn sein Patient in Lebensgefahr schwebt. Der primäre Gedanke ist oft, dass das Risiko des Todes des Patienten schwerer wiegt als das Risiko, dass dieser seinen Glaubenssätzen nicht treu bleiben kann und einen sozialen Zusammenbruch erlebt. Es ist jedoch entscheidend, nicht aus diesem ersten Impuls heraus zu handeln, sondern die Risikoanalyse aus der Perspektive des Patienten durchzuführen. Indem der Wille des Patienten berücksichtigt und seine Autonomie respektiert wird, kann eine ethisch reflektierte Handlung erfolgen (Paul 2015).

Im Ausblick dieser Arbeit ließen sich zusätzliche Themen identifizieren, die Gegenstand zukünftiger Studien sein könnten:

1. Evaluation, ob in allen deutschen Krankenhäusern Richtlinien zur Behandlung von Zeugen Jehovas existieren und wie die interne Verbesserung der Verbreitung und des Verständnisses dieser Richtlinien umgesetzt wird.
2. Überprüfung, inwiefern die in dieser Arbeit vorgestellten Handlungsempfehlungen die Patientenversorgung verbessern und dazu beitragen können, moralische Dilemmata und moralischen Stress zu reduzieren.
3. Durchführung einer Langzeitstudie, um die Wirksamkeit der implementierten Maßnahmen zu bewerten und mögliche Veränderungen im Verhalten von Anästhesisten oder medizinischem Personal zu erfassen.

Zusammenfassend eröffnen die Ergebnisse dieser Arbeit neue Perspektiven für zukünftige Forschungen und tragen dazu bei, das Verständnis und die Verbesserung der Patientenversorgung in ethisch komplexen Situationen voranzutreiben.

6 Literaturverzeichnis

- Abdolmaleki, M., et al. (2019). "Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses." *Indian Journal of Medical Ethics* **6**: 1-5.
- Amboss. (2023). "Chronische Nierenerkrankung." Abgerufen am 20.02.2023, Verfügbar unter <https://next.amboss.com/de/article/lg0vv2?q=erythropoetin+%28klinische+anwendung%29#Z7fce05ec78a12e44459b4b9d0141b6b8>.
- Baur, U. (2006). "Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas." *Der Gynäkologe* **39**(11): 920-921.
- Beauchamp, T. L. & J. F. Childress (2001). *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA.
- Bender, A. W. (1999). "Zeugen Jehovas und Bluttransfusionen: Eine zivilrechtliche Betrachtung." *MedR-Medizinrecht* **17**(6): 260-267.
- Bolcato, M., et al. (2021). "Physician autonomy and patient rights: lessons from an enforced blood transfusion and the role of patient blood management." *Vox Sanguinis* **116**(10): 1023-1030.
- Boureau, A. S. & L. de Decker (2019). "Blood transfusion in older patients." *Transfusion Clinique et Biologique* **26**(3): 160-163.
- Bühler, E., et al. (2015). "Ärztlicher Heilauftrag und Selbstbestimmungsrecht des Patienten." *Betreuungsrecht und Patientenverfügungen: Praktische Informationen für Ärzte und Interessierte*: 11-12.
- Bundesärztekammer. (2017). "Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)." Abgerufen am 13.02.2023, Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/RL/RiliH_Lese.pdf.
- Bundesärztekammer. (2020). "Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten, Gesamtnovelle 2020." Abgerufen am 06.02.2023, Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle_2020.pdf.
- Bundesärztekammer. (2021). "Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2021." Abgerufen am 20.02.2023, Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Patienten/Gutachterkommissionen_und_Schlichtungsstellen/Behandlungsfehler-Statistik_2021_final_Stand_10.01.2023.pdf.
- Bundesärztekammer. (2022). "Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)." Abgerufen am 09.01.2023, Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/medizin-und-ethik/wissenschaftlicher-beirat/stellungnahmen-richtlinien-jahresberichte/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie-zur-gewinnung-von-blut-und-blutbestandteilen-und-zur-anwendung-von-blutprodukten-richtlinie-haemotherapie>.
- Bundesärztekammer. (2023). "Ärztstatistik zum 31.Dezember 2022." Abgerufen am 06.01.2024, Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueberuns/aerztestatistik/2022>.
- Bundesärztekammer. (2023). "Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2023." Abgerufen am 02.12.2024, Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf.
- Bundesgesetzblatt (1998). Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz-TFG).

- Bundesministerium des Innern und für Heimat. (2023). "Körperschaftsstatut." Abgerufen am 01.05.2023, Verfügbar unter [https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gesellschaftlicher-zusammenhalt/staat-und-religion/koerperschaftsstatus/koerperschaftsstatus-node.html#:~:text=Zu%20den%20vorkonstitutionell%20als%20Körperschaft,Zusammenschlüsse%2C%20zum%20Teil%20auch%20Ordensgemeinschaften\).](https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gesellschaftlicher-zusammenhalt/staat-und-religion/koerperschaftsstatus/koerperschaftsstatus-node.html#:~:text=Zu%20den%20vorkonstitutionell%20als%20Körperschaft,Zusammenschlüsse%2C%20zum%20Teil%20auch%20Ordensgemeinschaften).)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). "Blutspendarten im Überblick." Abgerufen am 07.12.2022, Verfügbar unter <https://www.blutspenden.de/blut-und-plasmaspende/blutspendarten-im-ueberblick/>.
- Cahana, A., et al. (2008). "Ethical decision-making: do anesthesiologists, surgeons, nurse anesthetists, and surgical nurses reason similarly?" *Pain Medicine* **9**(6): 728-736.
- Dechert, F. (2013). "Was ist eigentlich eine Kreuzprobe." *Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes*.
- Deutsche Aidshilfe. (2014). "Stiftung für HIV-Infizierte Bluter droht das Geld auszugehen." Abgerufen am 09.01.2023, Verfügbar unter <https://www.aidshilfe.de/meldung/stiftung-fur-hiv-infizierte-bluter-droht-geld-auszugehen>.
- Deutsches Rotes Kreuz. "Granulozytenimmunologie." Abgerufen am 30.01.2023, Verfügbar unter <https://www.blutspendedienst-west.de/blutspendedienst/zentralbereiche/labor-fuer-leukozytenimmunologie/granulozytenimmunologie>.
- Deutsches Rotes Kreuz. (2020). "Bombay: Blutgruppe mit Seltenheitswert." Abgerufen am 06.02.2023, Verfügbar unter <https://www.blutspende.de/magazin/von-a-bis-0/bombay-blutgruppe-mit-seltenheitswert>.
- Dudzinski, D. M. (2016). "Navigating moral distress using the moral distress map." *Journal of Medical Ethics* **42**(5): 321-324.
- Fartek, W., et al. (2016). "Stellenwert von Hydroxyethylstärkelösung in der Volumenersatztherapie." *Wiener klinisches Magazin* **5**(19): 154-168.
- Førde, R. & O. G. Aasland (2007). "Moral distress among Norwegian doctors." *Journal of Medical Ethics* **34**(7): 521-525.
- Frey, D., et al. (2013). *Philosophie der Führung: Gute Führung lernen von Kant, Aristoteles, Popper & Co.* Berlin Heidelberg, Springer
- Fricke, A. (2019). "Weltmeister im Verbrauch von Blutkonserven." Abgerufen am 23.01.2023, Verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Weltmeister-im-Verbrauch-von-Blutkonserven-375971.html>.
- Garoufalia, Z., et al. (2022). "Operating on Jehovah's Witnesses: A Challenging Surgical Issue." *Journal of Religion and Health*: 1-11.
- Garraud, O. (2014). "Jehovah's witnesses and blood transfusion refusal: what next?" *Blood Transfusion* **12**(1): 402-403.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022). "Verbrauch von Blutprodukten durch Transfusionen (Anzahl von Beuteln und je 100.000 Einwohner)." Abgerufen am 20.02.2023, Verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=21507807&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=687&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=#SOURCES.
- Gordon, J.-S. (2019). *Ethik als Methode: Zwischen Universalismus und Partikularismus.* Freiburg, Karl Alber.
- Habler, O. (2012). "Intraoperativer Volumenersatz, Transfusion und Behandlung von Gerinnungsstörungen." *Die Anästhesiologie: Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin*: 1009-1045.
- Habler, O., et al. (2019). "Letalität nach operativen Risikoeingriffen bei Zeugen Jehovas." *Der Anaesthesist* **68**: 444-455.
- Habler, O. & B. Voß (2010). "Perioperatives Management bei Zeugen Jehovas. Spezielle Berücksichtigung der religiös motivierten Ablehnung von Fremdblut." *Der Anaesthesist* **59**(4): 297-311.
- Henseler, O. (2022). Bericht des Paul-Ehrlich-Instituts über die nach § 21 Transfusionsgesetz gemeldeten Daten, Paul-Ehrlich-Institut.

- Ilmberger, A. (2023). "Zeugen Jehovas: Wer sie sind und woran sie glauben." Abgerufen am 01.05.2023, Verfügbar unter <https://www.galileo.tv/life/zeugen-jehovas-wer-sind-sie-woran-glauben-sie/>.
- Jameton, A. (2013). "A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept." *Journal of Bioethical Inquiry* **10**(3): 297-308.
- Jehovas Zeugen in Deutschland. (2023). "Verkündeigerzahlen Deutschland." Abgerufen am 01.05.2023, Verfügbar unter <https://jehovaszeugen.de/de/geschichte/statistik/>.
- Jonsen, A. R., et al. (2006). *Klinische Ethik: eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung*. Köln, Deutscher Ärzteverlag.
- Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund GmbH (2007). *Ethische Orientierungshilfe zur Frage der Behandlung von Zeugen Jehovas mit Blut und Blutprodukten*: 12.
- Klatt, T. (2019). "Die Turmwächter." Abgerufen am 01.05.2023, Verfügbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/zeugen-jehovas-die-turmwaechter-100.html>.
- Krankenhausinformationsdienst für Zeugen Jehovas (2012). *Krankenhaus-Verbindungskomitees für Zeugen Jehovas - Hilfsdienst für Ärzte und Patienten*. W. T. B. a. T. S. o. Pennsylvania.
- Kulier, A. & H. Gombotz (2001). "Perioperative Anämie." *Der Anaesthesist* **50**(2): 73-86.
- Larsen, R. (1992). Kontrollierte Hypotension. *Anästhesie und Intensivmedizin: für Schwestern und Pfleger*. R. Larsen. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg: 358-360.
- Larsen, R., et al. (2016). *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege*. Homburg, Springer
- Larsen, R., et al. (2016). *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege*. Homburg, Springer
- Larsen, R. & S. Kleinschmidt (1995). "Die kontrollierte Hypotension." *Der Anaesthesist* **44**(4): 291-308.
- Leahy, M. F., et al. (2017). "Improved outcomes and reduced costs associated with a health-system-wide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult tertiary-care hospitals." *Transfusion* **57**(6): 1347-1358.
- May, A. T. (2000). *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige*. Münster, LIT.
- Mehrkens, H.-H. (1999). "Anästhesiologische Gesichtspunkte zur Sicherheit von Blut- und Plasmaprodukten." *AINS-Anästhesiologie· Intensivmedizin· Notfallmedizin· Schmerztherapie* **34**(8): S. 486
- Mehrkens, H.-H. (1999). "Anästhesiologische Gesichtspunkte zur Sicherheit von Blut- und Plasmaprodukten." *AINS-Anästhesiologie· Intensivmedizin· Notfallmedizin· Schmerztherapie* **34**(8): S. 492
- Meybohm, P., et al. (2019). "Bluttransfusionen: Wie Ärzte Risiken senken." Abgerufen am 23.01.2023, Verfügbar unter <https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Bluttransfusion-Risiken-und-Nebenwirkungen,bluttransfusion100.html>.
- Morley, G., et al. (2019). "What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature." *Nursing Ethics* **26**(3): 646-662.
- Muramoto, O. (2001). "Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses." *BMJ* **322**(7277): 37-39.
- Nelson, C. L. & W. Bowen (1986). "Total hip arthroplasty in Jehovah's Witnesses without blood transfusion." *The Journal of Bone & Joint Surgery* **68**(3): 350-353.
- Oestermann, B. (2013). *Zeugen Jehovas als Patienten - Vorgehen bei ablehnender Haltung gegenüber einer medizinisch indizierten Blutübertragung, BBT- Gruppe*.
- Patient Blood Management. (2017). "Medizinische Grundlagen-Patient Blood Management." Abgerufen am 06.03.2023, Verfügbar unter <https://www.patientbloodmanagement.de/pbm-informationen-fuer-aerzte/>.
- Paul, N. W. (2008). *Klinische Ethikberatung: Therapieziele, Patientenwille und Entscheidungsprobleme in der modernen Medizin. Grenzsituationen in der Intensivmedizin: Entscheidungsgrundlagen*, Springer Berlin Heidelberg: 207-217.

- Paul, N. W. (2015). "From moral reflexes to ethical reflection: ethical commentary on the refusal of cardiac surgery in patients with intravenous drug abuse, active hepatitis C, or HIV/AIDS." *Thorac Cardiovasc Surg*.
- Paul, N. W. & J. Müller-Salo (2018). "Vom praktischen Nutzen theoretisch fundierter Ethik in der Medizin." *Der Mensch* **57**(2): 45-48.
- Pekrul, I., et al. (2021). "Tranexamsäure zur Blutungsprophylaxe bei Trauma und orthopädischen Eingriffen – Standard oder individualisierte Anwendung?" *Der Anaesthesist* **70**(6): 515-521.
- Richardson, H. S. (1990). "Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems." *Philosophy & Public Affairs*: 279-310.
- Robert Koch Institut. (2017). "Blutsicherheit: Häufig gestellte Fragen." Abgerufen am 23.01.2023, Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Blut/Blutsicherheit/FAQ_node.html.
- Schelling, P. (2022). "Ärztliche Entscheidungskonflikte: Fremdbluttransfusionen und religiöse Anschauungen." *Deutsches Ärzteblatt* **119**(3).
- Schelling, P. & C. Lippstreu (2010). "Der Glaube der Zeugen Jehovas und der ärztliche Heilauftrag." *Der Gynäkologe* **1**(43): 47-52.
- Scherer, R. (2019). Anästhesiologische Beurteilung des Patienten: Blut und Blutgerinnung. *Die Anästhesiologie*. R. Rossaint, C. Werner and B. Zwißler. Berlin, Springer. **4**: S.178,179
- Schreiber, M. (2004). Zeugen Jehovas. Band 36 Wiedergeburt - Zypern. Berlin, Boston, De Gruyter.
- Schultz, R. (2007). "Gefährdung und Schutz religiöser Minderheiten."
- Schulz, S., et al. (2006). Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Schüttler, J. & B. Joch. (2018). "Blut-Transfusion; Information und Anamnese für Patienten und Eltern zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt." Abgerufen am 13.03.2023, Verfügbar unter https://ammerland-klinik.de/medeport/Boegen/TRANS_01_DE.pdf.
- Schweisfurth, H., et al. (2014). "Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz." *Pneumologie* **68**(9): 599-603.
- Shea, M. (2020). Forty years of the four principles: Enduring themes from Beauchamp and Childress. The Journal of Medicine and Philosophy, Oxford University Press US.
- Singbartl, G. (2014). "Zeugen Jehovas und Bluttransfusion." *Transfusionspraxis*: 253-267.
- Spielberg, P. (2016). "Arbeiten in der Anästhesie: Das unterschätzte Fachgebiet." *Deutsches Ärzteblatt* **15**(113): 16.
- Takaschima, A. K. K., et al. (2016). "Ethical and legal duty of anesthesiologists regarding Jehovah's Witness patient: care protocol." *Revista Brasileira de Anestesiologia* **66**: 637-641.
- Tarabeih, M. & Y. a. Bokek-Cohen (2020). "Moral distress and moral residue experienced by transplant coordinators." *Journal of Medical Ethics* **47**(12): S.1-7.
- Tenzer, C. (2018). Blutarmut vor der OP: Wie sinnvoll sind Eisen und Epo? idw-Informationdienst Wissenschaft.
- Transfusionsmedizin. "Der Bedside-Test (AB=Identitäts-Test)." Abgerufen am 30.01.2023, Verfügbar unter <https://www.transfusionsmedizin-vorlesung.de/vorlesung-transfusionsmedizin/praktische-durchfuehrung/die-vorbereitung/der-bedside-test-abo-identitaets-test/>.
- Ulsenheimer, K. (2001). "Ärztliches Gewissen und ärztlicher Heilauftrag zwischen Selbstbestimmungsrecht, Glaubensfreiheit und Lebensschutz – dargestellt am Beispiel der Zeugen Jehovas." *Anästhesiologie & Intensivmedizin* **42**: 157-163.
- Ulsenheimer, K. (2010). "Ablehnung von Fremdblut durch Zeugen Jehovas." *Der Anaesthesist* **59**(4): 312-318.
- von Bormann, B. (2007). "Klinische Aspekte der Therapie mit Erythrozyten." *Der Anaesthesist* **56**(4): 380-384.

- von Moers, A. (2017). Bluttransfusionen bei Zeugen Jehovas - Leitlinie der DRK Kliniken Berlin.
- Walensi, M., et al. (2016). "Willensfreiheit, Determinismus und die Abwägung eines vorab erklärten autonomen Willens im Falle einer natürlichen Willensäußerung." Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik(1): 1-16.
- Wasserburg, R. A. D. K., Glitsch, Annette (1998). "Die Aufklärung des Patienten bei Bluttransfusionen." Aktuelle Urologie **29**(06): 273-283.
- Weber, C. (2018). "Übersicht der Häftlingskennzeichen." Abgerufen am 01.05.2023, Verfügbar unter <https://arolsen-archives.org/news/uebersicht-der-haeftlingskennzeichnungen/>.
- Weigl, G. (2022). "Antikörpersuchtest (AKST)." Abgerufen am 06.02.2023, Verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/labor/laborwerte/blutgruppenserologie-transfusion/antikoerpersuchtest.html>.
- Zeugen Jehovas. (2015). "Der Gemeinschaftsentzug - ein Ausdruck von Liebe." Abgerufen am 08.05.2023, Verfügbar unter <https://www.jw.org/de/bibliothek/zeitschriften/w20150415/gemeinschaftsentzug-ausdruck-von-liebe/#footnotesource1>.
- Zeugen Jehovas. (2022). "Wie viele Zeugen Jehovas gibt es weltweit?" Abgerufen am 01.05.2023, Verfügbar unter <https://www.jw.org/de/jehovas-zeugen/oft-gefragt/wie-viele-zeugen-jehovas-weltweit/>.
- Zeugen Jehovas. (2023). "Gottes Ansicht über Blut." Abgerufen am 08.05.2023, Verfügbar unter <https://www.jw.org/de/bibliothek/buecher/gluecklich-fuer-immer/teil-3/lektion-39/>.
- Zillmann, R. (2014). Zwischen Glaube und Familie: religiös verschiedene Ehen bei Jehovas Zeugen, Springer Verlag.

7 Anhang

7.1 Fragebogen

1. Wie lange sind sie bereits als Anästhesist/-in tätig?

1-5 Jahre

5-10 Jahre

>10 Jahre

2. Sind Sie in einer Führungsposition tätig?

Ja

Nein

3. Haben Sie bereits Erfahrungen mit Patienten, die sich selbst als Zeugen Jehovas identifizieren, gemacht?

Ja

Nein

Falls Ihre Antwort „Nein“ lautete, können Sie die Fragen 4. und 5. überspringen

4. Haben Sie bisher einen Zeugen Jehovas, der sich in einer medizinischen Notlage befand, behandelt?

Ja

Nein

5. Wurde bei dem soeben erfragten Notfall eigentlich eine Bluttransfusion benötigt?

Ja

Nein

6. Sind die in Ihrem Krankenhaus vorliegenden Richtlinien für den Umgang mit Zeugen Jehovas klar definiert?

Ja

Nein

Mir sind keine Richtlinien in meinem Krankenhaus im Umgang mit Zeugen Jehovas bekannt

7. Würden Sie einen Eingriff, bei dem ein hoher Blutverlust bei einem Zeugen Jehovas zu vermuten ist, ablehnen?

Ja

Nein

8. Haben Sie in der Vergangenheit bereits einen solchen Eingriff abgelehnt?

Ja

Nein

9. Würden Sie vor einem Eingriff an einem Zeugen Jehovas eine Erklärung unterschreiben, in der Sie sich verpflichten, kein Blut oder Blutprodukte in der folgenden OP zu geben?

Ja

Nein

10. Welches Geschlecht haben Sie?

männlich

weiblich

divers

Im Folgenden werden Sie gebeten, sich zu 2 Fällen zu äußern. Bitte beantworten Sie die darauffolgenden Fragen spontan gemäß Ihrer Intuition.

Fall Nr. 1:

männlich; 56 Jahre; seit ca. 6 Stunden rechtsseitige, bohrende Oberbauchschmerzen, die gürtelartig in den Rücken ausstrahlen; VAS 9/10; fünf Mal vor Ankunft im Krankenhaus blutlos erbrochen; Stuhlgang und Urin ohne Befund; Patient informiert den Anästhesisten und das Pflegepersonal über seine Zugehörigkeit zur Religion der Zeugen Jehovas und seiner strikten Ablehnung der Gabe von Blutkonserven; stationäre Aufnahme; Laboruntersuchungen und CRP 13mg/dl; 3 Tage nach Aufnahme Diagnose einer nekrotisierenden Pankreatitis; bei endoskopischer Nekrosektomie Verletzung der V. splenica; Eröffnung des Abdomens; sehr hoher Blutverlust

1. Würden Sie trotz des vom Patienten deutlich ausgesprochenen Blutvetos Ihnen gegenüber in der Notfallsituation Blutkonserven geben, um das Überleben des Patienten zu sichern?

Ja

Nein

1. a) Denken Sie in dem Moment Ihrer Entscheidung an die Konsequenzen, die dies rechtlich für Sie nach sich ziehen könnten?

Ja

Nein

2. b) Denken Sie in dem Moment Ihrer Entscheidung an die Folgen (psychisch, gesellschaftlich usw.) die der Patient davontragen könnte?

Ja

Nein

3. c) Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?

Gründe aus medizinischer Sicht (Therapieziel Fürsorgepflicht)

Gründe aus medizinethischer Sicht (Nichtschadensgebot vs. Fürsorgepflicht)

Gründe aus medizinrechtlicher Sicht

religiöse Gründe (z.B. Unverständnis gegenüber der Religion)

persönliche Gründe (z.B. eigene psychische Belastung nach eventuellem Tod des Patienten) zwischenmenschliche Gründe (z.B. empfundene Sympathie gegenüber dem Patienten)

Fall Nr. 2:

männlich; 36 Jahre; Gebäudereiniger; Fall aus 9m; trägt eine Kette, die ihn als Zeugen Jehovas identifiziert; bei Ankunft intubiert; SaO₂ 93 %; GCS 3; HF 120; RR 90/61; offene Oberschenkelfraktur, die bei Ankunft bereits geschient ist; akutes Abdomen; Verdacht auf Thoraxtrauma; vor der OP aufgrund der vorliegenden Verletzungen circa 4L Blutverlust; hypovolämischer Schock; Notfalloperation

2. Würden Sie trotz des offensichtlichen Hinweises darauf, dass der Patient zur Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas gehört, in der Notfallsituation Blutkonserven geben, um dessen Überleben zu sichern?

Ja

Nein

a) Denken Sie in dem Moment Ihrer Entscheidung an die Konsequenzen, die dies rechtlich für Sie nach sich ziehen könnten?

Ja

Nein

2. b) Denken Sie in dem Moment Ihrer Entscheidung an die Folgen (psychisch, gesellschaftlich usw.) die der Patient davontragen könnte?

Ja

Nein

3. c) Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?

Gründe aus medizinischer Sicht (Therapieziel Fürsorgepflicht)

Gründe aus medizinethischer Sicht (Nichtschadensgebot vs. Fürsorgepflicht)

Gründe aus medizinrechtlicher Sicht

religiöse Gründe (z.B. Unverständnis gegenüber der Religion)

persönliche Gründe (z.B. eigene psychische Belastung nach eventuellem Tod des Patienten) zwischenmenschliche Gründe (z.B. empfundene Sympathie gegenüber dem Patienten)

Falls Sie beim Fall Nummer 2 anders geantwortet haben als bei Fall Nummer 1., beantworten Sie bitte noch die folgenden Fragen:

3. War der Bewusstseinszustand des Patienten der ausschlaggebende Punkt für Ihre Entscheidung?

Ja

Nein

4. Wenn ja, welcher der folgenden Gedanken war entscheidend?

unklare rechtliche Grundlage (Arzthaftung)

unzureichende Belastbarkeit des mutmaßlichen oder durch Dritte geäußerten Willens

8 Tabellarischer Lebenslauf

Pia Adam

Schul- und weiterführender Lebensweg

April 2017 - Juli 2022

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Zahnmedizinstudium mit der Abschlussnote sehr gut

September 2016 - April 2017

Auslandsaufenthalt in London, England

2008-2016

Humboldt-Gymnasium Potsdam mit dem Abschluss der Allgemeinen Hochschulreife

2006-2008

Max-Dortu Grundschule Potsdam

2004-2006

Erich-Kästner Grundschule Frankfurt (Oder)

Beruflicher Werdegang

Dezember 2023- heute

Anstellung als Zahnärztin einer Gemeinschaftspraxis in Berlin Mahlsdorf

Januar 2023- November 2023

Anstellung als Vorbereitungsassistentin in einer oralchirurgischen Zahnarztpraxis in Berlin Zoologischen Garten

Januar 2021- Dezember 2022

Studentische Hilfskraft in einer Zahnarztpraxis in Mainz Finthen

Februar 2019 - April 2019

Lehrpraktikum in einer Zahnarztpraxis in Potsdam

Oktober 2014

Schulpraktikum in der kieferorthopädischen Praxis in Potsdam