

Diplomarbeit

Der Zeuge Jehovas als Patient

Widerspricht die Ablehnung einer Bluttransfusion dem ärztlichen
Gewissen?

eingereicht von

Barbara Kleinrath

Mat.Nr.: 0433402

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

Ausgeführt an der

Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Graz, Juni 2011

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwende habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz am

Unterschrift

Anmerkung:

Um das Lesen der vorliegenden Arbeit zu erleichtern, wurde aus praktischen Überlegungen das generische Maskulinum verwendet. Diese Schreibweise bezieht sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Personen.

Vorwort

Die Thematik der Zeugen Jehovas und ihre Ansichten vom Leben haben mich schon immer beschäftigt. Die auch rechtlichen Fragen, die sich aufgrund ihrer Ablehnung von Blut zur medizinischen Heilbehandlung ergeben, gaben Anlass, sich im Rahmen dieser Arbeit mit ihnen auseinanderzusetzen. Wie weit geht das Recht auf Selbstbestimmung des Einzelnen, welchen Wert hat das Gewissen in unserer Gesellschaft?

Danksagung

Mein Dank gilt allen, die mir im Rahmen meiner Arbeit geholfen haben. Besonders möchte ich mich bei meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Wolfgang Kröll bedanken, der mir bei jeder Frage zur Seite stand und mir sehr geholfen hat, zu den richtigen Informationen zu gelangen.

Mein großer Dank gilt auch meiner Schwester Hannah, die mir in rechtlichen Fragen mit Rat und Tat, Anregungen und Korrekturlesen weitergeholfen hat.

Weiters möchte ich mich bedanken bei meiner Mutter für Korrekturlesen und ein offenes Ohr in vielen Dingen und bei meinem Mann Nicki für Motivation auch an sonnigen Tagen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	iv
Tabellenverzeichnis.....	v
Zusammenfassung.....	1
Abstract.....	2
1. Einleitung.....	3
2. Zur Geschichte der Zeugen Jehovas.....	5
2.1. Die Zeugen Jehovas in Österreich.....	7
2.1.1. Die Zeugen Jehovas im Dritten Reich.....	7
2.2. Ihre Glaubenslehre.....	8
2.3. Ihre Ansicht über die Verwendung von Blut.....	10
3. Patientenverfügungen (PV).....	12
3.1. Rechtliches zur medizinischen Heilbehandlung.....	12
3.1.1. Der nicht einwilligungsfähige Patient.....	12
3.1.2. Die Patientenverfügung in Europa.....	13
3.2. Die Patientenverfügung in Österreich.....	16
3.2.1. Die verbindliche Patientenverfügung.....	16
3.2.2. Die beachtliche Patientenverfügung.....	17
3.2.3. Notfälle und Ungültigkeit einer Patientenverfügung.....	19
3.3. Ethische und religiöse Aspekte.....	20
3.4. Die Zeugen Jehovas und Patientenverfügungen.....	22
4. Die perioperative Anämie.....	24
4.1. Definition	24
4.1.1. Physiologische Grundlagen.....	24
4.1.2. Die kritische Hämoglobinkonzentration.....	26
5. Prophylaxe und Therapie der perioperativen Anämie.....	27
5.1. Blutsparende Maßnahmen.....	27
5.1.1. Die Operationstechnik.....	27
5.1.2. Ausnutzung der natürlichen Anämietoleranz des Patienten ..	27

5.1.3. Die kontrollierte Hypotension.....	29
5.2. Alternativen zur allogenen Transfusion.....	29
5.2.1. Eigenblutspende.....	29
5.2.2. Normovolämische Hämodilution.....	30
5.2.3. Präoperative Erythropoetingabe.....	31
6. Perioperatives Management bei Zeugen Jehovas.....	33
6.1. Präoperatives Management.....	33
7. OLG München 1. Zivilsenat, Urteil vom 31. Jänner 2002, 1U 4705/98.....	36
7.1. Darstellung des Tatbestandes.....	36
7.2. Anspruchsforderung der Patientin.....	37
7.3. Zu den Entscheidungsgründen.....	40
8. Meine Gedanken zu diesem Fall.....	48
8.1. Rechtliche Aspekte.....	48
8.2. Das ärztliche Gewissen.....	51
Literaturverzeichnis.....	56-58

Abkürzungsverzeichnis

WTG.....	Wachtturmgesellschaft
NWÜ.....	Neue Welt Übersetzung
PV.....	Patientenverfügung
IPR.....	Internationales Privatrecht
PatVG.....	Patientenverfügungsgesetz
StGB.....	österreichisches Strafgesetzbuch
Hb.....	Hämoglobin
Hkt.....	Hämatokrit
ADH.....	Antidiuretisches Hormon
ANP.....	Atriales natriuretisches Peptid
ACTH.....	Adrenocorticotropes Hormon
RAAS.....	Renin Angiotensin Aldosteron System
HZV.....	Herzzeitvolumen (l/min)
CI.....	Cardiac Index (ml/min x m ² KOF)
KOF.....	Körperoberfläche
O ₂ -ER.....	Sauerstoffextraktionsrate
C _a O ₂	arterieller Sauerstoffgehalt in ml O ₂ / 100ml
C _{gv} O ₂	gemischt venöser O ₂ Gehalt in ml O ₂ / 100ml
TIVA.....	totale intravenöse Anästhesie
KHK.....	Koronare Herzkrankheit
EPO.....	Erythropoietin
ACD.....	Anämie im Rahmen chronischer entzündlicher Erkrankungen, „Anemia of chronic disease“
OGH.....	Oberster Gerichtshof
LG.....	Landesgerichtshof
dStGB.....	deutsches Strafgesetzbuch
GG.....	deutsches Grundgesetz
BGB.....	Bürgerliches Gesetzbuch (Deutschland)
Kl.....	Klägerin
Bkl.....	Beklagte

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich verbindlicher PV (vPV) und beachtlicher PV (bPV).....	19
Tabelle 2: Referenzbereiche für Hkt und Hb.....	24
Tabelle 3: intraoperativer Volumenersatz bei einem ansonsten gesunden Patienten.....	32
Tabelle 4: Fremdblutsparende Maßnahmen und ihre Akzeptanz bei Zeugen Jehovas.....	35

Zusammenfassung

Hintergrund: Die medizinische Heilbehandlung von Zeugen Jehovas ist ein Thema, welches die Angehörigen von medizinischen Berufen immer wieder beschäftigt. Ihre Ablehnung gegen Blut und Blutprodukte erscheint oftmals unvernünftig und ist nicht für jedermann nachvollziehbar. Nahezu jeder gläubige Zeuge Jehovas möchte seine Behandlungsvorstellungen auf jeden Fall berücksichtigt wissen, weswegen dem Instrument der Patientenverfügung (PV) immer größere Bedeutung zukommt. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Wertung von Patientenverfügungen in Österreich und den verschiedenen Wertvorstellungen in Europa, sowie mit der Notwendigkeit von Bluttransfusionen und Alternativen dazu. Im Speziellen wird auf den Fall einer Zeugin Jehovas eingegangen, welcher gegen ihren Willen Blutkonserven verabreicht wurden und der in Deutschland für einen Rechtsstreit gesorgt hat. Anschließend wird auf die interessante Frage eingegangen, ob es mit dem ärztlichen Gewissen vereinbar ist, lebensrettende Bluttransfusionen auf Wunsch des Patienten zu unterlassen.

Methodik: Artikel und Bücher zu dieser Thematik wurden im Internet mit diversen Suchmaschinen gesucht, die Schlagwörter wurden sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache eingegeben um die Trefferquote zu erhöhen.

Ergebnisse: Der Umgang mit unvorhergesehenen Situationen wird im Arztberuf häufig gefordert. Wenn der Patient ein gläubiger Zeuge Jehovas ist kann es durchaus zu Sachverhalten kommen, in denen der Arzt in Gewissenskonflikte gerät. Selbst wenn eine PV verfasst wurde wird die Situation nicht immer klarer. Bei elektiven Eingriffen hat der Patient jedoch im Vorhinein dafür Sorge zu tragen, dass diese von einem Arzt durchgeführt werden, der es mit seinem Gewissen vereinbaren kann, der PV im schlimmsten aller Fälle Folge zu leisten und den Patienten auch sterben zu lassen.

Schlüsselwörter: Zeugen Jehovas; Bluttransfusionen; Patientenverfügung; ärztliches Gewissen

Abstract

Purpose: The medical treatment of jehova's witnesses is an issue the medical profession frequently is confronted with. Their refusal of blood and its particles often seems to be unreasonable and not comprehensible. Most of jehova's witnesses want to know that their conceptions of medical treatment are respected, they therefore often create an advanced directive, which is even going to increase in its importance. This paper wants to show the possibilities of advanced directives in Austria, the various ideals in Europe and shows the need of blood transfusion as well as alternatives to them.

In particular, i want to present a case which happened in Germany, where a woman who belongs to the jehova's witnesses was given blood against her will. This decision was followed by a legal dispute. Furthermore i want to follow up the interesting question, if the refuse of lifesaving blood transfusion on demand of the patient is compatible with the conscience of medical profession.

Methods: Articles and books dealing with this issue were searched in the internet with diverse search engines. The catchword and - phrases were searched both in English and in German in order to increase the hit ratio.

Results: The handling of unexpected situations is often necessary in the medical profession. In case the patient is a faithful witness of jehova, circumstances which bring the medicating doctor in a moral conflict can occur. Even if there has been created an advanced directive, it does not always clarify the situation. However with regard to elective procedures the patient has to ensure in advance that the medical treatment will be given by a doctor, who is willing to follow the advanced directive in case of emergency and lets the patient even die.

Key Words: jehova's witnesses; blood transfusion; advanced directive; conscience of medical profession

1. Einleitung

Zeugen Jehovas – immer wenn man hört, dass eine Person dieser Glaubensgemeinschaft angehört, schaut man sie ein bisschen schief an. Man weiß doch, dass Zeugen Jehovas eine etwas andere Weltansicht haben und oft an unsere Türen klopfen, um von ihren Lehren zu erzählen und dass da etwas mit der Ablehnung von Blut war...

Doch wer sind die Zeugen Jehovas wirklich? Woher kommt diese Religion, deren Anhängerzahl stetig wächst, woran glauben sie und wodurch unterscheiden sie sich von Menschen anderen Glaubens? Gibt es Möglichkeiten, sie auch ohne der Verwendung von Bluttransfusionen auf dem neuesten Stand der Medizin zu behandeln?

Was es mit ihrer Abneigung gegen Blut auf sich hat und warum sie jederzeit eine Patientenverfügung bei sich tragen, mit diesen und noch mehr Fragen beschäftigt sich diese Arbeit. Es wird die oftmalige Lebensnotwendigkeit von Bluttransfusionen erläutert und auch bereits übliche Maßnahmen, um sie möglichst zu vermeiden.

Was genau Patientenverfügungen sind, wie weit sie gehen können und welche Formen derselben es in Österreich derzeit gibt, auch darüber möchte diese Arbeit Aufschluss geben. Es wird versucht, die rechtlichen Möglichkeiten der Selbstbestimmung darzustellen.

Es wird weiters ein Einblick in die Rechtssysteme in Europa und ihre oft unterschiedlichen Wertvorstellungen gegeben. Verschiedenen Werten wird oftmals nicht das gleiche Gewicht zugesprochen, was bei interkulturellen medizinischen Begegnungen oft zu Missverständnissen führt.

Besonderes Augenmerk wird auf einen Fall gelegt, der sich in Deutschland zugegetragen hat. Eine Zeugin Jehovas hat gegen ihren Willen Bluttransfusionen erhalten und daraufhin die behandelnden Ärzte verklagt. Wie dieser Fall ausgegangen ist und warum das Gericht so entschieden hat, damit beschäftigt sich ein Teil dieser Arbeit.

Anschließend habe ich versucht, die Problematik der Entscheidung dieser

Patientin aus medizinisch-ethischer Sicht zu beleuchten und einen für mich moralisch vertretbaren Zugang zu Patienten zu finden, die aus religiösen- und Gewissensgründen Bluttransfusionen verweigern.

2. Zur Geschichte der Zeugen Jehovas [1,2,3,4]

Die Entstehung der Zeugen Jehovas geht auf den Presbyterianer Charles Taze Russel zurück. Er wurde am 10. Februar 1852 in Pennsylvania, USA geboren, seine Familie gehörte der Kongregationalistenkirche an. In dieser christlichen Glaubensgemeinschaft, die durch Einflüsse von Johannes Calvin entstand, hat die Unabhängigkeit der einzelnen Kirchengemeinden die höchste Priorität. Russel war von den Lehren seiner Kirche enttäuscht, sie boten ihm nicht die Sicherheit, die er sich von ihr erwartete. Laut ihren Lehren erwarteten die Sünder ewige Qualen, und er konnte nicht verstehen, wie ein Gott der Liebe für seine Gläubigen so etwas anordnen könne.

Er begann ein intensives Bibelstudium und gründete mit 18 Jahren einen Kreis zur ersten Erforschung der Bibel. Daraus leitet sich auch der erste Name der Zeugen Jehovas ab, die „Ernsten Bibelforscher“. Sie versuchten gemeinsam, die Aussagen der Bibel zu ergründen und hinterfragten traditionelle christliche Glaubensansichten. Sie hofften, in der Bibel neue Wege zum Paradies und zum Erwerb des ewigen Lebens zu finden.

Im Alter von 24 Jahren stieß Russel auf eine Ausgabe der Zeitschrift „*Herald of the morning*“, welche von N. H. Barbour herausgegeben wurde. Dieser Mann, ein Anhänger einer christlich religiösen Erweckungsbewegung, den Adventisten, konnte Russel davon überzeugen, dass Christus bereits vor 2 Jahren, nämlich 1874, seine Herrschaft angetreten habe und unsichtbar regiere. Nach der Chronologie in der Bibel glaubte Barbour auch, dass 1878 die Auferstehung verstorbener Gläubiger beginnen und diese bis 1914 abgeschlossen sein würde. Danach würde der „Krieg Gottes“, die Schlacht Harmagedon, folgen. Russel nahm Barbours Überzeugungen ernst, seine Überlegungen erschienen ihm glaubhaft.

Von nun an unterstützte er die Zeitschrift und wurde 1876 Mitherausgeber des „*Herald of the morning*“. Die beiden Männer arbeiteten eng zusammen, bis es zu einem Streit zwischen ihnen kam und Russel daraufhin 1879 seine eigene Zeitschrift herausbrachte, nämlich "*Zion's Watch Tower and Herald of Christ's Presence*", welche bis heute als „*Der Wachturm verkündet Jehovas Königreich*“

erscheint. Russel gründete 1881 die Vereinigung „Zion's Watch Tower Tract Society“, die Wachturmgesellschaft WTG, deren Führung er selbst übernahm.

Ab 1891 bereiste Russel die Welt, darunter auch Deutschland und Österreich. Als das von ihm erwartete Ende der Welt 1914 nicht eintrat, folgte eine neue Deutung der Ereignisse.

Charles T. Russel kam am 31. Oktober 1916 bei einer Zugfahrt nach einer Vortragsreihe in Texas ums Leben. Nach seinem Tod übernahm im Jänner 1917 der Richter Joseph Franklin Rutherford (geb. 1869 in Missouri, USA) die Leitung der Gemeinschaft. Er leitete die Glaubensbewegung zentralistisch und führte auch zahlreiche Veränderungen bei Organisation und Glaubenslehre durch, was auch auf Unverständnis stieß und zu Abspaltungen innerhalb der Gemeinschaft führte. Rutherford verschob das erwartete Ende der Welt auf 1925, und als sich die Prophezeiung in diesem Jahr wieder nicht erfüllte, verlor die Organisation viele der Anhänger.

1927 wurde das Verbot von Blutgenuss von Rutherford erlassen, welches 1945 dann auf das Verbot von Bluttransfusionen erweitert wurde. Zu Rutherfords Tod 1942 war die Organisation straff organisiert und in ihrem Selbstverständnis das direkte Sprachrohr Jehovas. Die theokratische, religiös legitimierte Ordnung war nun sehr wichtig, die Wachturm-Organisation und auch die Familien wurden verstärkt in die biblische Interpretation einbezogen.

Ab 1931 wurde eine neue Selbstbezeichnung gebräuchlich, aus den „ernsten Bibelforschern“ wurden die „Zeugen Jehovas“. Diese wurde mit einem Ausspruch aus der Bibel begründet: „Ihr seid meine Zeugen -Spruch des Herrn- und auch mein Knecht, den ich erwählte, damit ihr erkennt und mir glaubt und einseht, dass ich es bin.“ (...) (Jesaja 43,10-12)

Nathan Homer Knorr (geb. 1905 in Pennsylvania, USA) wurde der dritte Präsident der Religionsgemeinschaft. Während seiner Präsidentschaft nahm die Zahl der Anhänger stark zu, 1961 wurde eine Neuauflage der Bibel herausgebracht, die von den Zeugen Jehovas übersetzt wurde, die „Neue Welt Übersetzung“ NWÜ. Die Organisation erlebte 1975 einen erneuten Rückgang, da die Prophezeiung

des Beginns des „Krieges Gottes“ einmal mehr nicht eintraf. Auch dieses Mal erfolgten Uminterpretationen, um das Gesicht zu wahren. 2 Jahre später starb N.H. Knorr.

Der vierte Präsident, Frederik William Franz (geb. 1893 in Kentucky, USA), war eine charismatische Persönlichkeit, der die Organisation als Multimedia-Unternehmen leitete, er brachte die Lehren der Zeugen Jehovas mit Büchern, Zeitschriften und Kassetten unter das Volk. Er setzte sich für ein weltweites Bauprogramm von Königreichssälen, Missionsheimen und Kongresszentren ein.

Nach seinem Tod 1992 folgte ihm Milton G. Henschel (geb. 1920 in Kentucky, USA) in das Präsidentenamt. Er leitete die Zeugen Jehovas bis zum Jahr 2000, Don A. Adams (geb. 1925 in Illinois, USA) ist der aktuelle Vertreter der Gesellschaft.

Ein Präsident ist der gesetzlich geforderte Vertreter der Organisation. Er ist kein religiöses Oberhaupt und hat keine religiösen Eigenschaften, die ihn gegenüber anderen Zeugen Jehovas herausstehen lassen würden. [1,2,3,4]

2.1. Die Zeugen Jehovas in Österreich

Charles Taze Russel kam 1911 als Vorstand der Bibelforscher nach Österreich, um einen Vortrag zu halten. Es folgten weitere Vorträge in Wien, die schließlich Erfolg hatten und ab 1922 auch auf andere Städte ausgeweitet wurden. 1923 wurde das erste Büro der Gemeinschaft in Wien errichtet.

Im Juli 1998 wurden die Zeugen Jehovas als „staatlich eingetragene religiöse Bekenntnisgemeinschaft“ anerkannt, seit 7. Mai 2009 haben sie den Status einer gesetzlich anerkannten Religionsgemeinschaft. Das Verwaltungszentrum von den „Jehovas Zeugen in Österreich“ befindet sich im 13. Wiener Gemeindebezirk. [5,3]

2.1.1. Die Zeugen Jehovas im Dritten Reich

Die Zeugen Jehovas gerieten im Nationalsozialismus ständig in Konflikt mit den Staatsorganen, vor allem weil sie den Kriegsdienst und den Hitlergruß verweigerten. Es kam unter dem Hitlerregime zu grausamen Verfolgungen der damals 550 aktiven Zeugen Jehovas in Österreich, rund ein Viertel von ihnen kam

während dieser Zeit ums Leben. Sie wurden als „Schutzmaßnahme“ inhaftiert und gezwungen, eigens markierte Kleidung zu tragen, die sie als Zeugen Jehovas identifizierte. Diese anfangs in den verschiedenen Konzentrationslagern unterschiedlichen Markierungen wurden ab 1938 vereinheitlicht. Die „Bibelforscher“, zu diesen zählten vor allem Zeugen Jehovas, aber auch freie Bibelforscher und Mitglieder der Siebenten-Tags-Adventisten-Reformationsbewegung, erhielten ein violettes Dreieck an ihrer Kleidung, das sie als solche kennzeichnete. [6]

Die Gründe für ihr Verhalten wurden von verschiedenen Historikern unterschiedlich interpretiert. Einige verglichen die Verfolgung der Zeugen Jehovas mit der der Juden, man überlegte sogar, ob nicht ihr Widerstand gegen die Aufgabe ihrer Religion zum aktiven Widerstand zu zählen sei. Anderen Meinungen zufolge eignen sich die Zeugen Jehovas nur bedingt als Vorbild für den Widerstand gegen das Hitlerregime. Der deutsche Historiker Detlef Garbe meinte, dass ihr Handlungsmotiv die Loyalität zur Theokratie war, und nicht die Wiedererlangung von Freiheit und Demokratie. [7,6]

2.2. Ihre Glaubenslehre

Der Glaube der Zeugen Jehovas wird ausschließlich von ihrem Verständnis der Bibel abgeleitet, die die von Gott selbst offenbarte Wahrheit, das Wort Gottes enthält. Sie halten sich selbst für die „ältesten Anhänger des wahren Glaubens“, deren Geschichte weiter zurückgeht als die der Christen und Juden, nämlich bis zur Erschaffung des Menschen im Buch Genesis. Sie vertreten die Ansicht, dass die Bibel wörtlich zu nehmen ist und auch so umgesetzt werden sollte. Ihrer Interpretation nach sind einige Vorhersagen der Bibel bereits eingetroffen, andere stehen gerade davor, in Erfüllung zu gehen. „Der Wachturm“ verbreitet den aktuellen Stand ihrer biblischen Auslegung. [8,9]

Ihre Auslegung der Heiligen Schrift unterscheidet sich jedoch in vielerlei Hinsicht von denen anderer christlicher Gemeinschaften. Im Mittelpunkt ihrer Lehre steht das „unsichtbar gegenwärtige Königreich Jehovas“. Sie glauben an den allmächtigen Gott Jehova, den Schöpfer von Himmel und Erde, und an dessen Sohn, Jesus Christus. Für sie ist der Heilige Geist Gottes wirksame Kraft, Jesus hinge-

gen ist das erste von Jehova allein erschaffene Geschöpf. Jesus Christus ist seinem Vater untergeordnet, was dadurch deutlich wird, dass keine Gebete an ihn gerichtet werden, diese werden von ihm „nur“ an Jehova weitergeleitet. Nach ihrer Auffassung hat Jesus durch seinen Tod Vergebung für die Gläubigen für ihre Schuld erlangt. [8,9]

Eine der tragenden Säulen ihres Glauben ist die Ablehnung der Dreifaltigkeit. Jesus Christus ist der Sohn Gottes und der heilige Geist ist Gottes wirksame Kraft, diese drei sind somit keine Wesens-Einheit und werden nicht, wie in der christlichen Theologie, als Trinität gesehen. [9]

Ihrer Lehre nach ist die Seele eines Menschen nicht unsterblich. Diese ist kein Teil des Menschen, sondern der Leib und die Seele sind eins, und wenn ein Lebewesen stirbt, dann stirbt es ganz. Es gibt auch keine Hölle und kein Fegefeuer, das die bösen Menschen nach ihrem Tod erwartet. Stellen in der Bibel, die dahingehend Aussagen enthalten, werden als symbolisch gemeint gedeutet. Die Zeugen Jehovas glauben an Satan als den unsichtbaren Herrscher der Erde, den Jesus am Ende besiegen sollte: nach dem „Krieg Gottes“, der die Zerstörung Satans und aller falschen und heidnischen Religionen und Nationen zur Folge hat. Anschließend beginne das „Tausendjährige Reich“: in diesem Reich des Friedens werden die Zeugen Jehovas, die nicht zu den 144 000 Auserwählten zählen, die mit Jesus die Herrschaft im Himmel antreten, hier auf Erden paradiesische Zustände erwarten. Es gebe keine Krankheit, keine Ungerechtigkeit, keinen Tod, alle Menschen werden glücklich sein und in Frieden leben. Die Menschen haben dann die Aufgabe, die Erde neu zu bevölkern. Wenn das geschehen ist, werden keine Kinder mehr geboren werden, damit es zu keiner Überbevölkerung der Erde kommt. [8,9]

Wenn diese 1000 Jahre vorüber sind, wird Satan nochmals freigelassen und er wird versuchen, den Menschen zu verführen. Es wird eine letzte Schlacht zwischen Jesus und dem Teufel geben, in der Satan vernichtend geschlagen wird. Danach erwartet diejenigen, die nicht vom rechten Wege abgekommen sind, ewiges Leben im Paradies. [8,9]

Dieser Endzeit-Glaube ist ein zentraler Punkt in der Glaubenslehre der WTG, und

er ist die treibende Kraft der ganzen Organisation. Beinahe jedes Buch der WTG behandelt am Ende die wunderbaren Aussichten für die Zeit nach „Harmagedon“. Es gibt heute zwar keinen fixen Endzeitermin mehr, der Glaube an einen solchen ist jedoch unerschütterlich vorhanden. [8,9]

Zeugen Jehovas feiern keinen der üblichen christlichen Feiertage, weder Ostern noch Weihnachten, auch Totengedenk- oder Geburtstagsfeiern sind untersagt. Zeugen Jehovas lehnen die Evolutionstheorie vollständig ab und stärken diese Ansicht mit philosophischen, logischen aber auch wissenschaftlichen Aspekten. Sie sind der modernen Wissenschaft nicht ganz abgeneigt, nutzen sie aber nur, um ihre eigenen Theorien zu unterstützen. [8,9]

2.3. Ihre Ansicht über die Verwendung von Blut

Es gibt kaum eine Vorschrift der Zeugen Jehovas, die so bekannt ist wie ihre Ablehnung von Blut und dessen Bestandteilen. Sie berufen sich dabei auf ein Gesetz, das Gott durch Noah in Gen. 9,3-6 verkünden ließ: laut diesem ist es verboten, Lebensmittel, die noch Blut enthalten, zu sich zu nehmen. In den Gesetzen, die in den 5 Büchern Moses enthalten sind, wird ebenfalls wiederholt darauf hingewiesen, dass der Mensch auf Blut verzichten soll. Die Zeugen Jehovas räumen zwar ein, dass vieles aus diesem jüdischen Gesetzeskodex gesundheitlichen und hygienischen Gründen dienlich war, jedoch nannte Gott den Menschen auch einen Grund dafür: Er setzte das Blut jedes Lebewesens mit seiner Seele und damit seinem Leben gleich. In den Augen Gottes ist das Blut somit heilig, es ist das Symbol des Lebens jedes Geschöpfes. Jesus ist für die Menschen auf dem Kreuz gestorben, sein Blut repräsentiert sein menschliches Leben, das er für die Menschen hingegeben hat, es ist das Fundament, auf dem die Hoffnung auf ewiges Leben baut. [10]

Es ist ein schwerer Frevel, ein Gebot Gottes zu missachten, selbst im Notfall dürfen Gebote Gottes nicht gebrochen werden. Den Zeugen Jehovas ist es wichtig, dass sich die Anhänger des wahren Glaubens immer an das Gebot gehalten haben. Auf dem Apostelkonzil wurde dieses Gebot gemäß Apg 21:25 bestätigt: „Über die gläubig gewordenen Heiden aber haben wir ja einen

Beschluss gefasst und ihnen geschrieben, sie sollten sich vor Götzenopferfleisch, Blut, Ersticktem und Unzucht hüten“. Es finden sich noch weitere Bibelzitate, die ihre Ablehnung gegen Blut unterstützen, so auch im 5. Buch Mose 12,23-24: „Sei nur fest entschlossen, nicht das Blut zu essen, denn das Blut ist die Seele, und du sollst nicht die Seele mit dem Fleisch essen, sondern sollst es auf die Erde gießen wie Wasser.“

Es wird ein enger Zusammenhang zwischen den heutigen Zeugen Jehovas und den früheren Märtyrern gesehen, die lieber ihr Leben opferten als Blut in irgendeiner Weise aufzunehmen. [10]

Den Zeugen Jehovas ist es auch verboten, Blut und auch dessen Bestandteile zu medizinischen Zwecken aufzunehmen. Gegen Argumente, dass es Bluttransfusionen zur Zeit der Entstehung der Bibel noch nicht gegeben hat, wird erwidert, dass Blut schon vor langer Zeit auch zu medizinischen Zwecken eingesetzt wurde. Im Römischen Reich wurde es zur Bekämpfung der Epilepsie eingesetzt, und im alten Ägypten war es ein bekanntes Mittel gegen Lepra. Diese Art der Medikation wurde aber schon damals von den Anhängern des wahren Glaubens abgelehnt. Das einzige Blut, welches Leben retten kann, sei das Blut Jesu Christi. [10,11]

Es ist der Wachturm Gesellschaft wichtig, dass religiöse Gründe und vor allem das Gebot Gottes gegen eine Behandlung mit Blut sprechen, obwohl sie auch auf medizinische Gefahren hinweisen.

Broschüren der Zeugen Jehovas zum Thema Blut behandeln auch die medizinischen und die rechtlichen Aspekte der Bluttransfusion. Sie weisen auf die Gefahr der Übertragung von Krankheiten wie Hepatitis C bis zur Infizierung mit AIDS hin, auf oft unnötigerweise transfundiertes Blut, auf infusionsbedingte Immunmodulationen und darauf folgende Defizite. Sie bekräftigen ihre Aussagen mit verschiedenen Statistiken und Fallberichten. Die Zeugen Jehovas schlagen verschiedene Alternativen zur Bluttransfusion vor, wie die Rückgewinnung von eigenem Blut mithilfe eines „Cell-Savers“, Blutersatzmittel wie Elektrolytlösungen und kolloidale Plasmaersatzlösungen, Stimulierung der Erythrozytenproduktion und den Einsatz blutsparender Operationstechniken zur Minimierung des Blutverlustes. [12,13]

3. Patientenverfügungen (PV)

3.1. Rechtliches zur medizinischen Heilbehandlung

§ 110 des österreichischen Strafgesetzbuches StGb definiert eine eigenmächtige Heilbehandlung und gibt die rechtlichen Konsequenzen derselben an:

(1) „Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.“

(2) „Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs.1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§6) hätte bewusst sein können.“

(3) „Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.“

Täter des § 110 können Ärzte sein, jedoch genauso auch Heilpraktiker oder sonstige Personen wie z.B. Angehörige. Um eine medizinische Handlung also rechtlich zulässig durchführen zu können, muss eine medizinische Indikation dafür gegeben sein und der Patient muss mit der Handlung einverstanden sein. Er wird vor deren Ausführung über die Risiken und den Nutzen des Eingriffs vom Arzt aufgeklärt. Ist ein Patient von seiner Urteils- und Einsichtsfähigkeit dazu in der Lage, sein Einverständnis zu einer gewissen medizinischen Handlung zu geben, spricht man von einem „informed consent“. [14]

3.1.1. Der nicht einwilligungsfähige Patient

Wie ist es bei Patienten, die aus verschiedenen Gründen nicht dazu in der Lage sind, ihren Willen zu äußern?

Es ist dann oft schwierig, eine gerechte Lösung zu finden. Auf einer Seite stehen die Ärzte, die von medizinischer Seite her das Beste für den Patienten wollen, auf der anderen Seite steht die Familie, in der eine Person möglicherweise zum Sachwalter bestimmt wurde und deren Wert- und Moralvorstellungen oft anders gewichtet sind. Auch ist man sich oft innerhalb der Familie über den vermeintlichen Willen und das Wohl des Patienten uneinig, es werden Mutmaßungen

angestellt, wie sich der Patient wohl entschieden hätte. Dies führt oftmals zu weiteren Konflikten.

In solch einer schwierigen Situation ist es hilfreich, wenn der Patient eine PV verfasst hat. So kann mehr über den tatsächlichen Willen des Patienten in Erfahrung gebracht werden. [15]

3.1.2. Die Patientenverfügung in Europa

Die Erscheinung der Patientenverfügung ist in Europa relativ jung, sie nahm ihren Anfang in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts. Die Tatsache, dass wir Menschen immer älter werden, hat sicherlich zur weltweiten Verbreitung der Patientenverfügung beigetragen. Der Wunsch, im Alter trotz möglicher eigener Handlungs- und Urteilsunfähigkeit selbst über allfällige medizinische Handlungen bestimmen zu können, ist groß.

Die Patientenverfügung ist ein Instrument zur Bekanntgabe des festgehaltenen eigenen Willens wenn man nicht mehr dazu in der Lage ist, selbst zu sprechen. Auf diese Weise kann man sein Selbstbestimmungsrecht erhalten, dem auch rechtlich ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. In Österreich wird der Schutz der Selbstbestimmung privatrechtlich als Ableger der Privatautonomie und auch als Persönlichkeitsrecht verstanden. Die Respektierung der Autonomie des Patienten ist also die moralische Grundlage dafür, eine PV errichten zu können. Der Patient alleine hat das Recht zu entscheiden, ob er eine medizinische Behandlung zulassen möchte oder nicht. [16]

Die Möglichkeit, eine PV zu verfassen gibt Anlass dazu, sich mit eigenen Vorstellungen und Wünschen hinsichtlich Alter, Krankheit und Behinderung auseinanderzusetzen. Der Umgang mit der Frage der Pflege und der medizinischen Betreuung ist sehr wichtig, auch muss jeder Patient für sich entscheiden, inwieweit er die Familie oder bestimmte andere Personen an der Entscheidungsfindung teilhaben lässt.

Es ist schwierig, eine PV moralisch zu bewerten. Die Schwierigkeit liegt nicht nur darin, dass man beurteilen muss, inwieweit der Patient einsichtsfähig war, als er seine Verfügung aufgesetzt hat. Es gibt verschiedene andere wichtige Gegebenheiten, auf die man Rücksicht nehmen muss, etwa ob sich die Verfügung tatsäch-

lich auf diese konkrete medizinische Situation bezieht und ob sich vielleicht die medizinischen Handlungsmöglichkeiten seit der Verfassung der PV geändert haben. Diese Fragen müssen im Einzelfall so gut wie möglich geklärt werden, was nicht immer sicher möglich ist.

Ein interessanter Aspekt ist sicherlich auch, dass der Autonomie des Individuums nicht in allen Kulturen das gleiche Gewicht zugesprochen wird. In der westlichen Gesellschaft wird sie viel stärker gewertet als beispielsweise im asiatischen Kulturkreis, dort spielt die Meinung der Familienangehörigen eine große Rolle. Auf sie wird auch bei medizinischen Problemen und Fragen Rücksicht genommen. In dieser Gesellschaft stellt die Familie einen sehr wichtigen Teil im Leben eines Menschen dar, und so wird ihr ein moralisches Recht zugeteilt, an wichtigen Entscheidungen beteiligt zu sein. Der Arzt muss die Entscheidungen der Familie respektieren, die Autonomie der Familie wird als wichtiger angesehen als die des einzelnen Patienten. Diese Sicht der Dinge ist für uns vielleicht unverständlich, aber eigentlich gut nachvollziehbar: wenn ein Familienmitglied erkrankt ist oder im Sterben liegt und der Pflege bedurft, ist es sinnvoll, die Familie bei der Entscheidungsfindung für die weitere Therapie miteinzubeziehen, denn durch die Krankheit des Einzelnen ändert sich auch das soziale Gefüge dieser Familie. Die Autonomie des Patienten beruht auch auf einem Netz sozialer Kontakte, die Fähigkeit für autonomes Handeln wird durch Fürsorge und Erziehung erworben. Die gemeinsame Entscheidungsfindung stärkt den Zusammenhalt innerhalb der Familie und verbessert die Versorgung des Patienten. Ein möglicher Schwachpunkt in dieser „Familienautonomie“ ist natürlich, dass die Meinung des Patienten oftmals überstimmt wird oder zuwenig auf die Wünsche des Patienten eingegangen wird. [17]

Es gibt auch einige wichtige Überlegungen zur rechtlichen Position der PV: Wie bereits kurz erwähnt, stellt die PV rechtlich gesehen einen Privat-Rechtsakt dar. Es ist aber in vielen Ländern, darunter auch Österreich, umstritten, welchem Recht diese „Willenserklärung“ des Patienten zugehörig ist. Es gibt hierzu verschiedene Meinungen, manche Autoren sehen die PV als eine „rechtsgeschäftliche Willenserklärung“, das bedeutet, dass der Patientenwille bewusst und unmittelbar auf eine Rechtswirkung gerichtet ist. Anderen wiederum sehen die PV als eine Willenserklärung, die nicht als Rechtsgeschäft zu werten ist.

Die Autoren Heinz B. et al. vertreten in ihrem Artikel [16] die zweite Ansicht, weil sie der Meinung sind, dass dieser Standpunkt den Charakter der PV besser darstellt. Eine PV stellt eine Schnittstelle zwischen privat-autonomen Recht und der öffentlich-rechtlichen Seite dar, sie hat also einen rechtlichen „Mischcharakter“. Dieser offenbart sich in den Haupt- und Nebenpflichten einer PV. Ihre Hauptpflicht liegt verständlicherweise in ihrer Respektierung und Ausführung; ihre Nebenpflichten sind öffentlich-rechtlicher Natur, denn sie betreffen das medizinische Personal. Dieses hat sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine solche PV vorliegt und muss diese in der Krankengeschichte vermerken. Es ist daher nachvollziehbar, dass sich der Inhalt der PV, der privat-autonome Bereich, in dem in diesem Land rechtlich zulässigen Rahmen bewegen muss, um seine Gültigkeit zu bewahren. Der Patient kann gewisse medizinische Handlungen, wie z.B. das Legen einer PEG-Sonde für eine künstliche Ernährung, ablehnen, er kann jedoch nicht auf eine bestimmte Behandlung bestehen.

Wenn man die Rechtssysteme in Europa vergleicht, wird man feststellen, dass der Bereich des rechtlich Zulässigen unterschiedlich weit geht; auch die Ablehnung von medizinischen Handlungen ist nicht immer möglich. Betrachtet man die Rechtslage in der Türkei, darf laut dieser eine lebensrettende Maßnahme nicht abgelehnt werden, auch auf religiöse Überzeugungen wird keine Rücksicht genommen. Der Arzt muss laut Gesetz paternalistisch *für* das Leben handeln, ungeachtet des Willens des Patienten. Auch in Spanien und in Israel werden in lebensbedrohlichen Situationen keine Einwände gegen vital indizierte Maßnahmen, wozu auch der Erhalt von Blutprodukten gehört, akzeptiert. In der Türkei wird sogar laut Gesetz ein antizipativ geäußelter Wille nicht berücksichtigt, eine gültige PV aufzusetzen ist also nicht möglich. [16]

Interessant wird es, wenn es in Österreich zu Fällen mit ausländischen Staatsbürgern kommt. Für solche Angelegenheiten gibt es das Internationale Privatrecht (IPR), das aber keine konkrete Vorgaben für die hier interessanten Fragen aufweist. Wie ist damit umzugehen, wenn ein türkischer Patient ein österreichisches Spital aufsucht, eine PV bei sich hat und diese nicht respektiert wird?

Dem Gesetz in seinem Heimatland nach hätten sich die Ärzte nichts zuschulden kommen lassen, da Patientenverfügungen als antizipative Willensäußerungen dort

nicht anerkannt werden. Es wäre jedoch möglich, dass in Österreich anders entschieden wird, da hierzulande das Prinzip der Privatautonomie in größerem Ausmaß geschätzt wird und man den antizipativ geäußerten Willen des Patienten anerkennt und respektiert. [15,16,17]

3.2. Die Patientenverfügung in Österreich

Seit dem 1. Juni 2006 gibt es in Österreich ein Gesetz, in dem die Wirksamkeit und die Voraussetzungen für eine PV genauer geregelt werden. Es gibt laut dem Patientenverfügungsgesetz (PatVG) zwei Arten der PV, zwischen denen man wählen kann, die *verbindliche* und die *beachtliche* PV.

Jede der beiden Möglichkeiten gibt eine gewisse Richtung vor, zunächst möchte ich auf die verbindliche PV genauer eingehen. [18]

3.2.1. Die verbindliche Patientenverfügung

Wenn der Patient eine verbindliche PV verfasst, möchte er den behandelnden Arzt streng binden. Da diese Art der PV beträchtliche rechtliche Folgen nach sich zieht, müssen viele inhaltliche und formelle Voraussetzungen bei ihrer Fertigung erfüllt werden.

§ 4 PatVG sagt aus: „In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.“

Da nur eine PV genau eingehalten werden kann, die möglichst wenig Auslegungsmöglichkeiten zulässt, wird damit auch der Gerechtigkeit genüge getan. [15,18]

Weiters heißt es in § 5 PatVG: „Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu

dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.“

Darüber hinaus muss die verbindliche PV laut § 6 PatVG vor einem Notar, einem Rechtsanwalt oder einem Mitarbeiter der Patientenvertretung schriftlich errichtet werden. Der Patient muss über die jederzeit bestehende Möglichkeit des Widerrufs der PV aufgeklärt werden. [18]

Hat man alle Voraussetzungen erfüllt und so eine verbindliche PV aufgesetzt, gilt diese für fünf Jahre. Dann muss sie neu verfasst werden. Wenn man nachträglich einen Punkt ändern oder hinzufügen möchte, ist das natürlich möglich und entspricht dann einer neuen Verfassung der Verfügung, die Frist der Gültigkeit beginnt dann neu zu laufen. [18]

3.2.2. Die beachtliche Patientenverfügung

Für eine *beachtliche PV* müssen nicht alle genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Der Inhalt kann allgemeiner verfasst werden, nur die Grunderfordernisse müssen eingehalten werden: der Patient muss die PV höchstpersönlich errichten, er muss bei deren Erstellung einsichts- und urteilsfähig sein, der Inhalt muss sich im Rahmen des rechtlich Zulässigen bewegen und es dürfen kein Zwang und keine Täuschung vorliegen. Ein vorhergehendes ärztliches Aufklärungsgespräch ist nicht zwingend notwendig, es wird aber empfohlen. Eine beachtliche PV muss nicht unter den Augen eines Notars oder einer anderen rechtlichen Begleitung ausgefüllt werden.

Sie wird vor allem von Personen erstellt, die an ihre Zukunft denken und allgemeine Vorkehrungen treffen möchten für den Fall, dass sie sich nicht mehr mitteilen können; die aber nicht genau wissen, auf welche medizinischen Maßnahmen sie im Speziellen eingehen sollen. [15,18]

Für die behandelnden Ärzte ist es weitaus schwieriger, den Wert einer beachtlichen PV auf eine vorliegende Situation abzuwiegen, muss doch abgeschätzt werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit sich der Patient in seiner Verfügung auf diese

Behandlungssituation bezogen hat. Kommt man zu dem Schluss, dass es sich wohl um die zur Diskussion stehende Maßnahme handelt, die der Patient abgelehnt hatte, so ist im weiteren Therapieverlauf darauf Rücksicht zu nehmen. Dabei ist es wichtig, wie „verbindlich“ die PV formuliert ist.

Eine beachtliche PV ist umso mehr zu beachten, je mehr sie die inhaltlichen und formellen Voraussetzungen der verbindlichen PV erfüllt. [15]

Laut § 9 PatVG ist „insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt.“

Dies sind nun die nach dem österreichischen Gesetz gültigen Bestimmungen für eine PV. (Siehe auch Tabelle 1) In der Bevölkerung und auch unter Ärzten besteht der Glaube, dass man beachtliche PV nicht unbedingt ernst nehmen und befolgen muss, jedoch muss sowohl eine beachtliche als auch eine verbindliche, korrekt erstellte PV in medizinisch unklaren Situationen zur Entscheidungsfindung herangezogen werden. Tatsache ist, dass eine PV, die nicht präzise formuliert wurde und die viel Spielraum für Vermutungen und Auslegungen zulässt, zu einem reinen Indiz wird. [15,18]

PV werden häufig aus Angst vor langem, sinnlosem Leiden, großen Schmerzen und Sterben in Einsam- und Hilflosigkeit erstellt.

Oftmals ist es auch so, dass ein Patient eigentlich nicht genau weiß, welche konkreten medizinischen Maßnahmen er ablehnen soll, er aber aus Furcht vor der Nicht-Respektierung seiner eher diffusen Ängste eine verbindliche PV verfasst, in der er bestimmte medizinische Schritte benennen muss. [15,18]

Tabelle 1: Vergleich verbindlicher PV (vPV) und beachtlicher PV (bPV)

vPV:	konkrete Benennung der abgelehnten Handlungen Errichtung höchstpersönlich Ausführliche ärztliche Aufklärung Bestätigung durch Notar Gültigkeit für 5 Jahre rechtlich streng bindend
bPV:	Inhalt allgemeiner Errichtung höchstpersönlich ärztliche Aufklärung empfohlen Gültigkeit für 5 Jahre Rechtliche Bindung schwieriger zu ermitteln

3.2.3. Notfälle und Ungültigkeit einer Patientenverfügung

Wie bereits erwähnt ist eine PV nach dem PatVG ungültig, wenn sie unter physischem oder psychischem Zwang, durch List, Täuschung oder Irrtum erstellt wurde. Eine PV verliert ihre Gültigkeit, wenn sich der Stand der medizinischen Wissenschaft hinsichtlich ihres Inhaltes verändert hat und auch dann, wenn der Patient einen ihr widersprechenden Willen äußert.

Auch wenn der Patient eine nach allen Kriterien korrekte verbindliche PV erstellt hat, bedeutet dies nicht, dass diese in jeder Situation berücksichtigt werden muss. Wenn der Patient eine Maßnahme wünscht, die gegen das Gesetz spricht, ist es einleuchtend, dass dies nicht beachtet werden kann, z.B kann er in seiner PV nicht nach aktiver oder passiver Sterbehilfe verlangen. Genauso wenig kann er einer gesetzlich vorgeschriebene Behandlungspflicht, z.B. bei Vorliegen einer Geschlechtskrankheit, entgehen. [18]

In Notfällen ist es laut PatVG so, dass falls mit der Suche nach einer PV wertvolle Zeit benötigt werden würde, die eventuell das Leben des Patienten gefährden könnte, darauf verzichtet werden kann. Wenn in Notsituationen, die rasches Handeln gebieten, nicht sofort eine PV gefunden werden kann, wird der Patient lege artis behandelt. [18]

Ausgehend von dem Recht auf Selbstbestimmung ist niemand verpflichtet, Eingriffe anderer in seine körperliche Unversehrtheit zu erlauben. Ohne die Zustimmung des Patienten darf eine medizinische Behandlung weder begonnen noch fortgesetzt werden. Jeder kann für sich entscheiden, ob er eine Maßnahme zulässt oder sie ablehnt, die Gründe dafür können rein subjektiv sein. Es kann niemand gezwungen werden, medizinische Hilfe anzunehmen, es sei denn, es wird durch Ablehnen dieser ein Dritter geschädigt. Dies bedeutet, dass sich ein Arzt, der ohne Einwilligung des Patienten oder gegen dessen Willen eine medizinische Behandlung durchführt, welche die körperliche Integrität des Patienten beeinträchtigt, der Körperverletzung strafbar macht. Das gilt ebenso für Freiheitsberaubung und Nötigung des Patienten. Wenn der Patient seine Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme gibt, nimmt er dieser den Tatbestand. Aus einer anderen Sicht wird das Verhalten der Ärzte durch die Einwilligung des Patienten lediglich gerechtfertigt, obwohl dieses eigentlich unter eine Verbotsnorm fällt. [19]

3.3. Ethische und religiöse Aspekte

Die Berücksichtigung und Respektierung des Willens des einzelnen Patienten zur medizinischen Entscheidungsfindung wird in unserer Zeit immer wichtiger. In unserer Gesellschaft werden die Rassen, Kulturen und Religionen verschiedenster geographischer Orte immer mehr durchmischt, verschiedene Wertvorstellungen prallen aufeinander. Es gibt in Österreich und ganz Europa immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund, die ihre im Heimatland üblichen Kulturen und Religionen mitbringen. Es ist keine Seltenheit, dass sich Ärzte und Pflegepersonal mit den kulturell-religiösen Unterschieden im Rahmen der medizinischen Versorgung überfordert fühlen. [20]

So ist es eine wichtige Fragestellung, welchen Stellenwert kulturelle und religiöse Besonderheiten im Rahmen einer kompetenten medizinischen Behandlung und im Gesundheitssystem erhalten sollen. Viele Religionsgemeinschaften haben eine genaue Vorstellung davon, welche medizinischen Handlungen ihrer Religion widersprechen und welche ihrer Überzeugung nach vertretbar sind. Angehörige des islamischen Glaubens können es z.B nicht mit ihrer religiösen Überzeugung vereinbaren, lebensverlängernde palliative Maßnahmen selbst in einem aussichts-

losen Fall zu unterlassen, da nach ihrem Glauben Gott alleine das Leben gibt und es wieder nehmen darf. In solchen Situationen wird einem vor Augen geführt, dass das Prinzip der Autonomie des Patienten nicht in allen Kulturen gleich gewertet wird. [20]

In einem Artikel über Ethik in der Medizin beschreibt I. Ilklic [20] einen Fall, bei dem ein nicht des Deutschen mächtiger junger Mann islamisch-türkischer Abstammung, der von einem malignen Tumor und zahlreichen Metastasen befallen war, von seinen übersetzenden Angehörigen nicht über den zu erwartenden baldigen Tod in Kenntnis gesetzt worden war. Diese waren der Meinung, dass dies nur zum Besten des Kranken geschehe und eine Mitteilung der infausten Prognose zur Verschlechterung der Krankheit beitragen würde.

Sie berichtet von einem weiteren Fall, in dem ein Säugling türkisch-islamischer Eltern an einer schweren Organanomalie leidet und ohne maschinelle Unterstützung nicht lebensfähig ist. Mit der Unterstützung kann er noch ein paar Tage am Leben gehalten werden. Die Ärzte schlagen in einem beratenden Gespräch vor, dass nicht unbedingt notwendige Maßnahmen beendet oder nicht erneut begonnen werden sollten. Die Eltern sind damit nicht einverstanden und wünschen, dass alle lebenserhaltenden Therapien aufrecht gehalten werden sollen, da ihrer religiösen Überzeugung nach nur Gott alleine das Leben nehmen darf. Eine andere Entscheidung könnten sie vor Gott nicht rechtfertigen. [20]

Fälle wie diese geben einen Einblick in die Komplexität der ethisch-medizinischen Konfliktfelder, die kulturell-religiösen Wertvorstellungen spielen hier eine große Rolle. Das Erkennen der im Konflikt stehenden ethischen und religiösen Werte und der kulturellen Unterschiede kann im Alltag für die behandelnden Ärzte sehr schwierig sein. Um solche Auseinandersetzungen ethisch vertretbar zu lösen muss man den Konflikt erkennen und in der weiteren Entscheidungsfindung und Behandlung auf die Probleme Rücksicht nehmen. Damit man kultur- oder religiös bedingte Unterschiede und Konfliktherde überhaupt erfassen kann, muss eine gute Gesprächsbasis gegeben sein und man sollte auch dazu in der Lage sein, kulturelle Hindernisse überwinden zu können. Eine solche „interkulturelle Kompetenz“ erhebt keinen Anspruch auf die Bewertung der unterschiedlichen

Sichtweisen, sie ermöglicht jedoch eine einfachere Differenzierung und Integration religiöser Wertvorstellungen. Es ist im medizinischen Alltag leider nicht immer möglich, eine gute Kommunikationsbasis zu schaffen; Gründe dafür sind beispielsweise der Zeitmangel im Krankenhaus oder das Fehlen eines adäquaten Dolmetschers. [20,21]

3.4. Die Zeugen Jehovas und Patientenverfügungen

Jehovas Zeugen sehen sich nicht als Gegner der modernen Medizin. Wie jeder andere Mensch wünschen auch sie sich die bestmögliche medizinische Betreuung. Eine Besonderheit der Zeugen ist es jedoch gewiss, dass sie die Worte der Bibel sehr ernst nehmen und sich bemühen, nach bestem Wissen und Gewissen nach ihnen zu leben. Sie sehen es als ihre Pflicht Gott gegenüber, ihre Gesundheit zu schützen und zu erhalten, so vermeiden sie alle Laster, die in unserer Gesellschaft doch häufig vorkommen. Sie rauchen und trinken nicht, nehmen keine Drogen, und wenn sie erkranken achten sie auf eine gute medizinische Versorgung.

Jehovas Zeugen sind aus den bereits genannten religiösen und hygienischen Gründen strikt gegen die Übertragung von Blut. Auch sie wollen mit einer PV sicherstellen, dass ihr Wille respektiert und auf alternative, blutlose Verfahren zurückgegriffen wird.

Bereits vor der Errichtung des Instruments der PV haben die Zeugen begonnen, ihre Ablehnung gegenüber gewissen Behandlungen in schriftlicher Form festzulegen, damit ihre Wünsche auch im Falle fehlender Artikulationsfähigkeit, etwa im Rahmen eines Unfalls oder im Zuge einer Narkose, nachlesbar sind. Dies waren zu Beginn selbstgeschriebene Karten, welche die Sachlage kurz beschrieben und ihren religiösen Standpunkt zu gewissen Behandlungsmaßnahmen deutlich machten. [22]

Später trug jeder Zeuge Jehovas üblicherweise auch ein „Dokument zur ärztlichen Versorgung“ bei sich, in dem neben den persönlichen Daten, vorliegenden Allergien und der aktuellen Medikation auch die Namen und Telefonnummern der zu verständigenden Angehörigen enthalten war. Meist war das Dokument auch von einem Notar beglaubigt. [22]

Heutzutage gibt es die verschiedenen Varianten der PV, die sehr ausführlich gestaltet werden können. Sie müssen nicht bei allen Zeugen Jehovas gleich ausgeführt sein, es gibt auch innerhalb der Glaubensgemeinschaft unterschiedliche Ansichten zu vielen Detailfragen. So kann jeder Zeuge für sich entscheiden, wie er bestimmten Behandlungsmaßnahmen gegenübersteht, etwa der Hämodilution oder der Verwendung von „Cell-Saver Systemen“. [22]

Wenn ein Zeuge Jehovas eine PV errichtet, dann handelt es sich keinesfalls um ein „Patiententestament“, das auf eine Lebensverkürzung ausgerichtet ist. Ein „Patiententestament“ beinhaltet Entscheidungen über das Lebensende, es handelt sich hierbei meist um den Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen im Zuge einer schweren Erkrankung. [22]

Der Zeuge Jehovas möchte eine der vorliegenden Situation angepasste medizinische Versorgung, keine Beschleunigung des Lebensendes. Seine PV zielt vielmehr darauf ab, dass sein Leben erhalten bleibt, nur dass dabei seine Ablehnung gegen Bluttransfusionen berücksichtigt werden soll. [22]

4. Die perioperative Anämie

4.1. Definition

Unter einer perioperativen Anämie versteht man einen im Rahmen einer Operation oder eines Traumas auftretenden Blutverlust mit Abfall des Hämoglobins (Hb) oder des Hämatokrits (Hkt) unter die Norm. (Siehe auch Tabelle 2)

Der Hämatokrit bezeichnet den prozentualen Volumsanteil der Erythrozyten im Blut. Die Erythrozyten transportieren den Sauerstoff im Blut, sie machen bei einem gesunden Menschen 96% des zellulären Volumenanteils aus. Deswegen ermöglicht der Hämatokrit einen Rückschluss auf den Anteil der Erythrozyten im Blut.

Das Hämoglobin, der rote Blutfarbstoff, dient vor allem dem Sauerstofftransport. Der Hb-Wert und der Hkt korrelieren miteinander und sind die entscheidenden Parameter für die Diagnose einer Anämie.

Tabelle 2: Referenzbereiche für Hb und Hkt

	Hämoglobin	Hämatokrit
Frauen	12-16g/dl	37-48%
Männer	14,5-17g/dl	41-52%

Bei Kindern und während der Schwangerschaft sind beide Werte etwas niedriger. [23]

Laut den geltenden WHO Kriterien spricht man von einer Anämie bei einem Hb-Wert von <12g/dl bei prämenopausalen Frauen, bei Schwangeren <11g/dl, und bei Männern <13g/dl. [24]

4.1.1. Physiologische Grundlagen [25]

Die Gesamtblutmenge eines Erwachsenen beträgt ca. 70ml/kg Körpergewicht. Ein Mann mit 70kg hat demnach eine Gesamtmenge von etwa 4900ml Blut, bei Säuglingen und Kleinkindern berechnet man 80ml/kg Körpergewicht, ein Kind mit einem Gewicht von 5kg hat z.B. eine Gesamtblutmenge von etwa 400ml.

Physiologisch erfolgt die Anpassung des Blutvolumens über 2 Mechanismen: Auf lange Sicht durch die Verschiebung des Gleichgewichts zwischen renaler Flüssig-

keitsausscheidung und der Flüssigkeitsaufnahme, kurzfristig kann Flüssigkeit aus dem interstitiellen und intrazellulären Raum in den intravasalen verschoben werden.

Der renale Flüssigkeitsverlust wird über mehrere Mechanismen geregelt: in den Vorhöfen des Herzens und in den intrathorakalen Venen befinden sich Dehnungsrezeptoren, die durch Schwankungen des Füllungszustandes des Gefäßsystemes aktiviert werden. Diese steuern über afferente Impulse zu den osmoregulatorischen Strukturen im Hypothalamus die ADH-Sekretion. Kommt es nun zu einer Abnahme des intravasalen Volumens oder auch der Plasmaosmolalität, führt dies zu einer vermehrten ADH-Ausschüttung und zu einem gesteigerten Durstgefühl. Die Plasmaosmolalität gibt Auskunft über die osmotisch aktiven Partikel im Blutplasma, sie ist eine wichtige Messgröße zur Beurteilung der Wasserbilanz des Körpers.

Die erhöhte ADH-Sekretion führt zu einer vermehrten Reabsorption von Wasser in den Sammelrohren der Niere. Ihre Wirkung auf die Niere wird durch verschiedene Faktoren reguliert, wie das atriale natriuretische Peptid (ANP), Endothelin, Adrenomedullin und Glukagon.

Tritt dagegen eine vermehrte Volumsbelastung des Herzens auf, werden natriuretische Peptide aus den Vorhöfen und Ventrikeln freigesetzt: A- und B-Typ des natriuretischen Peptides. Beide haben zentrale und periphere Effekte: zentral verringern sie das Durstgefühl und den Salzappetit, sie hemmen die Ausschüttung von ADH und ACTH. Peripher bewirken sie eine Vasodilatation, die Natriuresis und die Inhibition des Renin-Angiotensin-Aldosterin-Systems (RAAS).

Auch von der Niere selbst gehen volumenregulatorische Prozesse aus. Kommt es bei Volumenmangel oder Schock zu einer Abnahme der renalen Perfusion, führt eine Reninfreisetzung im juxtaglomerulären Apparat zur Bildung von Angiotensin II. Dieses ist nicht nur ein potenter peripherer Vasokonstriktor, es stoppt auch die renalen Flüssigkeitsverluste indem es die Urinausscheidung verringert. Weiters führt Angiotensin II über die Sekretion von Aldosteron zu einer vermehrten tubulären Rückresorption von Wasser und Natrium, was zu Erhöhung des extrazellulären Flüssigkeitsvolumens führt.

Kommt es nun zu akuten Blutverlusten, verhindern die beschriebenen Maß-

nahmen weitere Flüssigkeitsverluste, sie können das vorhandene Blutvolumen jedoch nicht vergrößern.

Das zirkulierende intravasale Volumen kann dadurch rasch vergrößert werden, dass bei Hypovolämie, mit Zunahme des präkapillären Gefäßwiderstandes und Abnahme des venösen Druckes, der Filtrationsdruck in den Kapillaren sinkt und mehr interstitielle Flüssigkeit in die Gefäße strömen kann. Dies merkt man daran, dass der Hämatokrit und die Hämoglobinkonzentration abfallen. Wie effektiv dieser Kompensationsmechanismus ist, hängt jedoch entscheidend vom Hydratationszustand des Patienten ab.

Beim sonst kreislaufgesunden Menschen kann es zu Blutverlusten bis zu 15ml/kg KG kommen, ohne dass sich der mittlere arterielle Druck nennenswert ändert. Hier kann der Verlust durch regulatorische sympathikoadrenerge Reaktionen gut kompensiert werden. Kommt es zu größeren Blutverlusten in relativ kurzer Zeit, ist ein Schockzustand die Folge.

4.1.2. Die kritische Hämoglobinkonzentration

Unter dem „kritischen Hämoglobinwert“ versteht man die Hb-Konzentration, bei der die Sauerstoffversorgung des Gewebes durch die Erythrozyten gerade noch sichergestellt ist, er beschreibt die maximale Anämietoleranz des Körpers. Sinkt der Wert noch weiter ab, ist mit schweren Störungen verschiedener Organe zu rechnen. Dieser Wert ist variabel, in der Literatur findet man hierzu Angaben zwischen 3,0-8,0g/dl. [26]

5. Prophylaxe und Therapie der perioperativen Anämie

Eine perioperative Anämie wirkt sich negativ auf die körperliche Erholung und die Lebensqualität aus. Im Zusammenhang mit perioperativer Anämie auftretende Wundheilungsstörungen sind ein bekanntes Phänomen, auch Wundinfektionen werden durch sie begünstigt. Wichtig ist also bei jeder Operation, unnötige Blutverluste möglichst zu vermeiden.

Um diese möglichst gering zu halten, gibt es verschiedene Techniken, die auch bereits routinemäßig zum Einsatz kommen.

5.1. Blutsparende Maßnahmen

5.1.1. Die Operationstechnik

Den größten Nutzen hat eine blutsparende Operationstechnik. Hierbei spielen vor allem die Erfahrung und anatomische Kenntnis des Operateurs, der die Operationsschritte rasch und präzise durchführen sollte, eine Rolle. Auch eine atraumatische Gewebepräparation, eine Verminderung der Perfusion des Operationsgebietes mittels z.B. Blutsperrung sowie die sorgfältige und gezielte Blutstillung auch kleinerer auftretender Blutungen sind wirkungsvolle Maßnahmen. Die Blutstillung sollte sofort und nicht erst am Ende der Operation durchgeführt werden. Weiters ist eine optimale Darstellung des Operationsgebietes mit Hilfe geeigneter Instrumente, die es auch erlauben in der Tiefe des Situs guten Überblick zu haben, sehr hilfreich. Auch die Wahl eines geeigneten Werkzeuges, das möglichst die Funktion eines Schneide- und eines Koagulationsinstrumentes vereinen sollte, trägt viel zu sauberem und präzisiertem Arbeiten bei. [27]

5.1.2. Ausnutzung der natürlichen Anämietoleranz des Patienten

Im menschlichen Körper laufen eine Reihe von Mechanismen ab, die es ermöglichen eine Anämie bis zu einem gewissen Grade zu tolerieren. Für das Sauerstoffangebot des Organismus stellen neben dem Hb-Wert noch das Herzzeitvolumen (HZV in l/min) bzw. der auf die Körperoberfläche KOF bezogene Cardiac Index (CI in ml/min x m² KOF) wichtige Parameter dar. Kommt es zu einem Abfall des Hb-Wertes, so muss im Gegenzug das HZV kompensatorisch steigen, um das Sauerstoffangebot aufrecht erhalten zu können.

Ein weiterer wichtiger Mechanismus des Körpers bei Anämie ist die vermehrte Ausschöpfung des im Blut vorhandenen Sauerstoffs, eine Erhöhung der Sauerstoffextraktionsrate (O_2 -ER). Diese gibt das Verhältnis zwischen Sauerstoffangebot und -verbrauch an.

Sie lässt sich berechnen durch folgende Formel:

$$O_2\text{-ER} = (C_aO_2 - C_{gv}O_2) / C_aO_2 \times 100$$

(C_aO_2 = arterieller Sauerstoffgehalt in ml O_2 /100ml, $C_{gv}O_2$ = gemischt venöser O_2 Gehalt in ml O_2 /100ml)

Physiologisch beträgt sie zwischen 25 und 30%.

HZV, CI, das O_2 -Angebot und dessen Verbrauch sowie die O_2 -Extraktionsrate können jedoch nur invasiv gemessen werden und sind daher für den routinemäßigen Einsatz zu Bestimmung des Transfusionsbedarfs nicht geeignet. [28]

Weiters erfolgt eine Verschiebung der Sauerstoffbindungskurve nach rechts, was zum einen dazu führt, dass das Blut den Sauerstoff leichter an das Gewebe abgeben kann, andererseits kommt es zu einer Verbesserung der Kapillardurchblutung.

Die kardiale Kompensationsfähigkeit des Patienten trägt sehr viel zur individuellen Anämietoleranz bei. Bereits im Vorhinein bestehende kardiale bzw. coronare Erkrankungen beeinflussen diese wesentlich, da das Herz auch unter Ruhebedingungen das Organ mit dem höchsten Sauerstoffbedarf ist. [28]

Durch die vorgestellten, individuell verschiedenen Mechanismen ist es nachvollziehbar, dass es keinen einheitlichen „kritischen Hämatokritwert“ für alle Patienten geben kann, auch dieser ist individuell und hängt von den Begleitumständen ab.

Durch die natürlichen Kompensationsmechanismen ist in Allgemeinanästhesie im Falle eines akuten Blutverlustes eine Verdünnungsanämie bis auf sehr niedrige Hkt- und Hb-Werte möglich, ohne dass die Organfunktion bzw.-versorgung gefährdet wird. [28]

5.1.3. Die kontrollierte Hypotension

Eine durch den Anästhesisten eingeleitete und kontrollierte mäßige Hypotension ist für den Operateur günstig. Ein intraoperativer Blutverlust kann durch den Einsatz spezieller anästhesiologischer Abläufe ebenfalls vermindert werden. Eine Operation in Regionalanästhesie mit Spontanatmung des Patienten sollte, wenn möglich, einer in Allgemeinanästhesie vorgezogen werden. Falls diese unumgänglich ist, ist eine TIVA (totale intravenöse Anästhesie) einer Anästhesie durch Inhalationsnarkotika vorzuziehen. Ihre Vorteile sind nicht nur eine kürzere Aufwachzeit, sondern auch die größere hämodynamische Stabilität. [27]

5.2. Alternativen zur allogenen Transfusion

5.2.1. Eigenblutspende [27,29]

Bei einer Eigenblutspende wird vom Patienten präoperativ Eigenblut gespendet, welches dann im Bedarfsfall transfundiert werden kann. Es handelt sich hierbei um eine autologe Bluttransfusion, die Eigenblutkonserven sollten nach der Abnahme in Fresh-Frozen Plasma und in Erythrozytenkonzentrate separiert werden.

Nach aus der Literatur bekannten Transfusionswahrscheinlichkeiten und der klinikspezifischen Transfusionsfrequenz für verschiedene Standardoperationen ist bei elektiven Operationen ab einer Transfusionswahrscheinlichkeit von 10% für eine Verfügbarkeit von Eigenblut zu sorgen.

Voraussetzung für die Eigenblutspende ist ein Hämatokrit von über 40% sowie ein erwarteter Transfusionsbedarf von mindestens 2 Erythrozytenkonzentrat. Generell muss der Patient für eine Eigenblutspende gesund sei, er darf u.a. keine Störungen der Blutgerinnung, keine instabile Angina pectoris, keine schwere Linksherzinsuffizienz, keine schwere pulmonale Erkrankungen oder akute Infektionskrankheit aufweisen.

Der voraussichtliche Bedarf an Eigenblut, der Spendezeitraum und auch das über intraoperative Hämodilution und das durch Einsatz eines sog. „Cell saver“ gewonnene Blut werden bei der Planung berücksichtigt. Die beiden letzten genannten Methoden zählen ebenfalls zu den Eigenblutkomponenten. Ein „Cell saver System“ ist ein System zur autologen Bluttransfusion. Es kommt immer dann zum

Einsatz, wenn eine stärkere Blutung aus einer sauberen Wunde erwartet wird, und das Blut rasch wiedergewonnen werden kann ohne dass eine Hämolyse auftritt. Das Blut wird im Gerät unter Heparinbeigabe durch einen Wasch- und Zentrifugierablauf verarbeitet, in der Zentrifugenglocke werden die Erythrozyten verdichtet und die Thrombozyten, aktivierte Gerinnungsfaktoren, Zellstroma, Gerinnungshemmer, freies Hämoglobin und extrazelluläres Kalium entfernt. Das so gewonnene Blut muss dem Patienten innerhalb von 6 Stunden rücktransfundiert werden.

Kontraindikationen gegen die Eigenblutspende bestehen bei akuten Infekten, bei Magen-Darm Infektionen und bei präoperativer Anämie. Auch gegen die Verwendung von autologen Transfusionsmethoden gibt es Kontraindikationen, diese sind Operationen in infiziertem Gewebe und in Tumorgebiet sowie bei Vorliegen einer bakteriellen Infektion.

5.2.2. Normovolämische Hämodilution

Bei diesem Verfahren werden dem Patienten nach der Narkoseeinleitung etwa 10-20 ml Blut pro kg Körpergewicht in Konservenbeutel entnommen, während gleichzeitig über peripher venöse Zugänge ein entsprechendes Volumen an kolloidalen Plasmaersatzmittel zugeführt wird. Im Falle eines Blutverlustes ist dieses nun verdünnt, und der Patient verliert während der Operation einen kleineren Anteil an tatsächlichem Blut und damit auch an Erythrozyten. Unter der normovolämischen Hämodilution fällt zwar der Sauerstoffgehalt des Blutes, aufgrund der Gabe von kolloidalen Plasmaersatzmitteln kommt es jedoch zu einer Verbesserung der Fließeigenschaften und damit auch der Sauerstofftransportkapazität des Blutes.

Wenn der Hkt oder Hb-Wert blutungsbedingt grenzwertig abfällt, wird mit der Retransfusion der entnommenen Konserven begonnen.

Ist der Patient ansonsten koronargesund, kann ein Abfall des Hämatokrits auf bis zu 21% toleriert werden, bevor die Retransfusion gestartet werden muss. Diese muss jedoch innerhalb von 6 Stunden nach Abnahme erfolgen. [27,29]

Auch für dieses Verfahren gibt es Kontraindikationen, so kann es nicht bei Patienten mit schwerer KHK, Angina pectoris, einem Myocardinfarkt in den letzten 6 Monaten, hochgradiger Aortenklappenstenose, einer Stenose der A. Carotis, Niereninsuffizienz sowie einer Bakteriämie angewandt werden. [27,29]

5.2.3. Präoperative Erythropoetingabe

Das Glycoprotein-Hormon Erythropoietin wird hauptsächlich in der Niere gebildet und regt im Knochenmark die Bildung von Erythrozyten aus Vorläuferzellen an. Das Hormon kann heute gentechnisch hergestellt werden und führt nach einwöchiger Gabe zu einer Steigerung des Hb -und des Hkt-Wertes. Gelingt es, vor der Operation einen hohen Ausgangs Hb-Wert zu schaffen, kann gemeinsam mit anderen fremdblutsparenden Maßnahmen unter Umständen eine Fremdbluttransfusion vermieden werden. Auch bei präoperativer Eigenblutspende wird zusätzlich rekombinantes EPO verabreicht, um den Hb Abfall möglichst gering zu halten. Die Dosierung von rekombinanten Erythropoietin liegt bei 200-300 IE/kg KG, welches 2-3 mal wöchentlich subkutan verabreicht wird. [27,29,30]

Die Vorteile von autologen Transfusionssystemen liegen auf der Hand: man umgeht Übertragungsrisiken von Krankheiten wie Hepatitis und HIV, vermeidet Transfusionsreaktionen und reduziert den Fremdblutbedarf. Zeugen Jehovas lehnen jedoch auch eine autologe Transfusion von zuvor gespendetem Eigenblut ab. Blut, welches den Kreislauf des Empfängers verlassen hat, wird mit Fremdblut gleichgestellt. Es unterliegt jedoch dem religiösen Verständnis jedes einzelnen Zeugen Jehovas, ob er mit dem Gebrauch von Blutbestandteilen wie Immunglobulinen, Albumin und Gerinnungsfaktoren einverstanden ist. Auch erlauben viele Zeugen Jehovas die Verwendung eines Dialysegerätes, einer Herz-Lungen-Maschine, einer normo- oder hypervolämischen Hämodilution sowie die Gabe von gentechnisch hergestellten Präparaten wie Erythropoietin und Gerinnungsfaktoren. Auch die maschinelle Autotransfusion, ein „Cell saver System“, wird unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen akzeptiert: der Blutkreislauf im Körpers, in den Schlauchsysteme und den Sammelbeutel muss zu jedem Zeitpunkt ein geschlossenes System bilden und das Blut darf nicht zwischengelagert werden. [27,29,30]

Wenn es im Rahmen einer Operation trotz aller ergriffenen blutsparenden Maßnahmen zu einem Verlust größerer Mengen an Blut kommt, ist die weitere Vorgehensweise von der Konstitution des Patienten abhängig. Durch die Ausschöpfung der blutsparenden Maßnahmen kann es dazu kommen, dass das

Blut durch Plasmaersatzmittel in zu hohem Maße verdünnt wird, man spricht von einer „Verdünnungsanämie“. Wenn die Kompensationsmechanismen des Körpers ausgeschöpft sind und die Sauerstofftransportkapazität des Blutes nicht mehr ausreicht, um die Organe entsprechend zu versorgen, dann wird der Patient ohne Blutsubstitution als Ultima ratio nicht überleben. [31]

Wenn das intravasale Volumen erhalten wird, können Erythrozytenverluste bis zu 65% kompensiert werden. Ist der Patient ansonsten gesund, das heißt hat er keine Anämie oder schwere pulmonale oder kardiorespiratorische Erkrankungen, die seine Kompensationsmechanismen beeinträchtigen, kann allerdings ein Blutverlust von nur maximal 30% toleriert werden, wenn ein Volumenersatz durch Kristalloide oder Kolloide erfolgt. Bei einem Blutverlust von bis zu 40% muss ein rascher Volumenersatz erfolgen, eine zusätzlich notwendige Bluttransfusion ist jedoch wahrscheinlich. Kommt es zu einem Blutverlust von über 40%, sind neben raschem Volumenersatz auch Transfusionen erforderlich. Sind die plasmatischen Gerinnungsfaktoren infolge des Verlustes und/oder der Verdünnung des Blutes so weit gesunken, dass eine plasmatisch bedingte Gerinnungsstörung auftritt, sollten anfänglich 3-4 Einheiten „Fresh Frozen Plasma“ transfundiert werden. (Siehe Tabelle 3)

Besteht eine thrombozytäre Blutungsneigung, weil die Thrombozyten auf unter 30 000-50 000/ μ l abgefallen sind, sollten Thrombozytenkonzentrate zugeführt werden. [31]

*Tabelle 3: intraoperativer Volumenersatz bei einem ansonsten gesunden Patienten
(*Bluttransfusionen wahrscheinlich notwendig)*

Blutverlust	Ersatz
≤ 30%	Kristalloide/Kolloide
< 40%	Kristalloide/Kolloide + Bluttransfusionen*
> 40%	Kristalloide/Kolloide + Bluttransfusionen

6. Perioperatives Management bei Zeugen Jehovas [24]

Tiefgläubige Zeugen Jehovas lehnen auch bei großen Operationen mit belegtem Transfusionsbedarf und für den Fall der Entwicklung einer letalen Anämie die Substitution von Fremd- oder Eigenblut ab. Haben sich die Ärzte vor der Operation damit einverstanden erklärt, den Patienten mit seinen Einschränkungen zu behandeln, so haben sie seine religiöse Einstellung und auch deren Konsequenzen zu respektieren. Dank des modernen Operationsmanagements kann den Zeugen Jehovas heute die Möglichkeit geboten werden, mit kalkulierbarem Risiko auch von größeren Operationen zu profitieren.

Heute wird die Indikation zur Transfusion grundsätzlich sehr streng gestellt, es wird versucht, unnötige Fremdblutsubstitutionen zu vermeiden. Bereits vorgestellte Maßnahmen können dazu beitragen, den Transfusionsbedarf bei Operationen auch bei Patienten, die nicht der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas angehören, zu vermindern. Als Ultima Ratio muss jedoch in manchen Fällen auf eine Transfusion zurückgegriffen werden, eine Möglichkeit, die es bei Zeugen Jehovas nicht gibt. Deswegen muss bei diesen Patienten darauf hingearbeitet werden, dass es nicht zu der Situation der perioperativen Anämie kommt.

6.1. Präoperatives Management [24]

Wichtig ist, dass bereits vor der Operation eine möglichst ideale Ausgangssituation geschaffen wird. Hierfür ist eine Kooperation unter den Ärzten des Patienten sehr wichtig. Der Hausarzt sollte bereits bestehende Risikofaktoren für die adäquate Kompensation einer eventuell perioperativ auftretenden Anämie erkennen und streng kontrollieren oder sogar beseitigen.

Sehr wichtig ist die Kenntnis von kardio-pumonalen Vorerkrankungen des Patienten. Bei der Operation sollte die bestmögliche Sauerstoffversorgung des Herzens und der Lunge gegeben sein. Leidet der Patient unter einer koronaren Herzkrankheit (KHK) oder einer Herzinsuffizienz, wird man einen Kardiologen in die Planung miteinbeziehen und unter Berücksichtigung der körperlichen Belastbarkeit und der Schwere der Operation eventuell eine interventionelle Therapieform einleiten. Ebenso versucht man bei vorliegenden Vorerkrankungen der Lunge mit Hilfe eines Pulmologen die Therapie zu optimieren.

Wird bei den präoperativen Untersuchungen eine bestehende Anämie entdeckt, so sollte diese unbedingt genauer differenziert und Maßnahmen dagegen ergriffen werden. Die Inzidenz derselben beträgt bis zu 40%, abhängig von den bestehenden Vorerkrankungen wie Diabetes oder einer Niereninsuffizienz. Auch das Alter des Patienten spielt dabei eine große Rolle. Da eine präoperative Anämie die postoperative Morbiditäts- und Letalitätsrate signifikant erhöht, ist es von großer Bedeutung, der Ursache einer festgestellten Anämie auf den Grund zu gehen.

Bei prämenopausalen Frauen ist ein aus der menstruellen Blutung resultierender Eisenmangel die häufigste Ursache. Bei Männern jeden Alters und auch bei Frauen über 50 Jahre sind der Hauptgrund gastrointestinale Blutungen. Diese Art der Anämie ist verhältnismäßig einfach durch Eisensubstitution zu korrigieren. Anderen Ursachen, wie das Vorliegen einer renalen Anämie oder einer Anämie, die bei chronischen entzündlichen Erkrankungen auftritt („Anemia of chronic disease“ ACD) kann durch Substitution von rekombinanten humanen Erythropoietin entgegengewirkt werden.

Da es bei jedem operativen Eingriff zu Blutungen kommen kann, ist es für das perioperative Management sehr wichtig zu wissen, ob der Patient gerinnungsbeeinflussende Medikamente einnimmt oder bei ihm eine Störung der Gerinnung vorliegt. Da es den Zeugen Jehovas auch im Notfall nicht erlaubt ist, Blutkonserven zu erhalten, müssen der Chirurg und auch der Anästhesist genau abschätzen können, mit welcher Menge Blut sie zu rechnen haben, damit sie die optimale perioperative Versorgung gewährleisten können. Eine nicht bekannte Blutungsneigung kann für den Zeugen Jehovas mitunter tödlich enden.

Bei der präoperativen Aufklärung durch den Anästhesisten muss genau abgeklärt werden, welche fremdblutsparenden Maßnahmen der Patient mit seinem Gewissen vereinbaren kann und akzeptiert. (siehe Tabelle 4) Er muss über den Einsatz dieser Maßnahmen informiert werden und danach schriftlich sein Einverständnis dazu geben.

*Tabelle 4: Fremdblutsparende Maßnahmen und ihre Akzeptanz bei Zeugen Jehovas:
Mit (*) gekennzeichnete Maßnahmen werden akzeptiert, wenn Patient, Schlauchsystem und Beutel ein geschlossenes System bilden*

<i>Fremdblutsparende Maßnahmen</i>	<i>Einverständnis</i>
Operationstechnik	ja
Ausnutzung der Anämietoleranz	ja
Kontrollierte Hypotension	ja
Eigenblutspende	nein
„Cell Saver System“	ja(*)
Normovoläme Hämodilution	ja(*)
Erythropoietingabe	ja
Gerinnungsfaktoren, Humanalbumin	individuell

Für viele Menschen aus anderen Glaubensrichtungen ist die einerseits strikte Verweigerung von Fremdblut- und dessen Produkten, und die andererseits individuelle Akzeptanz von künstlich hergestellten Blutinhaltsstoffen der Zeugen Jehovas ein nicht ganz nachvollziehbarer Wesenszug dieser Religionsgemeinschaft.

Da auch viele Ärzte nicht bereit sind, diese Einschränkung zu akzeptieren und damit einen möglicherweise auch tödlich verlaufenden operativen Eingriff in Kauf zu nehmen, ist es für Zeugen Jehovas nicht immer einfach, einen behandelnden Arzt zu finden. Es kann in seltenen Fällen auch nach erfolgreichem Suchen dazu kommen, dass es zu einer situationsabhängigen Missachtung des für den Patienten so wichtigen Transfusionsverbotes kommt.

Im Jahre 2002 wurde in Deutschland ein Urteil des Oberlandesgericht München veröffentlicht, welches sich primär mit dem Vorwurf des Behandlungsfehlers beschäftigte. (Vorhergehend wurde die Klage der Patientin vom LG München I, Urteil vom 24. Juni 1998, 9 O 13096/95, abgewiesen.)

Im Zuge dieser Verhandlungen trat ein weiterer, besonders auch für behandelnde Ärzte interessanter Aspekt in den Vordergrund, nämlich der der medizinischen Heilbehandlung mittels Bluttransfusionen eines Zeugen Jehovas. Auch A. Bender [32] hat diesen interessanten Fall in der Zeitschrift Medizinrecht 2003 erläutert.

7. OLG München 1. Zivilsenat, Urteil vom 31. Jänner 2002, 1U 4705/98

7.1. Darstellung des Tatbestandes

Am 5. Juli 1992 wurde die 1952 geborene Klägerin (Kl.) wegen unklaren Beschwerden im rechten Eierstock an der gynäkologischen Abteilung des Klinikums XXX stationär aufgenommen. Am darauffolgenden Tag unterschrieb die Kl. eine Einverständniserklärung für eine geplante diagnostische Bauchspiegelung (Pelviskopie) mit einem Bauchschnitt und auch einer, falls nötigen, Uterusentfernung. Hierbei wies sie darauf hin, dass sie der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas angehöre und aus diesem Grund Bluttransfusionen ablehne. Auch hatte die Kl. ein am gleichen Tag unterzeichnetes Formblatt mit der Überschrift „Verweigerung der Zustimmung zur Bluttransfusion“, eine PV sowie eine auf eine dritte Person ausgestellte Vollmacht zum Nachdruck ihrer Forderung auf Unterlassen einer Bluttransfusion den Krankenakten hinzugefügt.

Am 7. Juli 2002 wurde von einem der Beklagten (Bekl.) gemeinsam mit dem Assistenzarzt Dr. XX und dem Arzt im Praktikum Dr. YY bei der Kl. eine Pelviskopie durchgeführt. Währenddessen wurde unter Koagulation eine Adhäsion zwischen dem Darm und der rechten seitlichen Beckenwand gelöst.

Am 1. postoperativen Tag klagte die Kl. über Unterleibsschmerzen und Flatulenz, sie hatte erhöhte Temperatur. Sie musste mehrmals erbrechen, woraufhin eine Röntgenaufnahme durchgeführt wurde. Man konnte 2 Flüssigkeitsspiegel im Dünndarmbereich sehen, bei einer erneuten Röntgenkontrolle am nächsten Tag waren bereits mehrere zu erkennen. Die Patientin wurde daraufhin auf die Intensivstation verlegt, die, wie auch die Allgemeine chirurgische Abteilung, unter dem Vorstand eines weiteren Bekl. ist. Am 5. postoperativen Tag musste die Bauchwand notfallmäßig geöffnet werden (Laparoskopie) und es zeigten sich eine Perforation im Darmbereich und eine ausgeprägte Peritonitis (Bauchfellentzündung). Die Perforation der Darmwand wurde geschlossen und ein Reissverschluss zum vorübergehenden Verbleib in die Bauchwand eingenäht. Vor der Laparoskopie hatte die Patientin eine Einverständniserklärung ausgefüllt, auf der wieder ihre ausdrückliche Ablehnung von Blut festgehalten war. Der Oberarzt der Abteilung hatte der Kl., dem Bekl. und ebenfalls dem als Bevollmächtigten angeführten Herrn Z. angegeben, dass die Operation so erfolgen werde, dass von der chirurgischen Seite her die Notwendigkeit einer perioperativen Bluttransfusion so gut wie ausgeschlossen werden kann.

Bei der Laparotomie wurden auch keine Blutkonserven verabreicht.

Am xten Tag 1992 verlor die Patientin das Bewusstsein. Am selben Tag sahen sich die Ärzte mit der Notwendigkeit konfrontiert, der Kl. zum Erhalt ihres Lebens Blutkonserven zu verabreichen. Die Bekl. wandten sich an das Vormundschaftsgericht, da die Patientin als Zeugin Jehovas schriftlich eine Bluttransfusion abgelehnt hatte, die Lage sich nun aber geändert hatte. Sie bestellten einen Vormund für die Kl., da diese ob ihrer Bewusstlosigkeit nicht in der Lage war, sich zu der neuen Situation zu äußern. Daraufhin wurde der Gatte der Kl., Herr ***, mit sofortigem Beschluss zum einstweiligen Vormund der Patientin erklärt, seine Aufgabe sei die „Sorge für die Gesundheit der Betroffenen“. Herr *** zeigte sich als der Betreuer der Kl. mit den Bluttransfusionen einverstanden.

Zwischen dem 13. und dem 23. Juli 1992 wurden bei der Patientin mehrere Bauchraumspülungen, sog. Lavagen, durchgeführt. Weiters wurden ihr in diesem Zeitraum 25 Blutkonserven verabreicht, davon 7 Konserven am 22. Juli mit der Blutgruppe 0-Rhesusfaktor positiv, obwohl die Blutgruppe der Patientin 0-Rhesusfaktor negativ ist. Am Tag zuvor hatte ein Bekl. mit einem weiteren Bekl. als Anästhesisten eine erneute Laparoskopie durchgeführt, da es zu einem erneute Aufbruch des Darmes an der bereits genähten Stelle mit einer kotigen Peritonitis gekommen war. Der betroffene Darmabschnitt wurde mit der Perforationsstelle entfernt und der Patientin ein künstlicher Darmausgang (Stoma) angelegt. In der folgenden Nacht kam es bei der Patientin zu Blutungen in den Bauchraum, worauf sie einen hämorrhagischen Schock erlitt. Die Kl. wurde deshalb am 22. Juli 1992 einer erneuten Laparoskopie unterzogen, wobei dies wegen des erlittenen Blutverlustes von 1 Liter unter der Gabe von Blutkonserven geschah. Es musste auch ein Luftrohrschnitt durchgeführt werden, der am 10. August wieder operativ verschlossen wurde.

Die Kl. konnte schließlich die Intensivstation wieder verlassen und verbrachte die Tage bis zu ihrer Entlassung auf der Allgemeinstation, der künstliche Darmausgang wurde zu einem späteren Zeitpunkt in einem anderen Krankenhaus zurückverlegt.

7.2. Anspruchsforderung der Patientin

In erster Linie wirft die Kl. den Bekl. vor, dass sie nicht nach dem aktuellen Stand der Medizin versorgt worden ist. Auf diesen Vorwurf wird hier nicht genauer eingegangen, da er nicht das Objekt der zu erörternden Fragestellung ist.

Relevant ist der Vorwurf des Behandlungsfehlers nur soweit, als dass ein möglicher Fehler in der primären chirurgischen Behandlung zu den weiteren, dann notwendigen

Operationen geführt hat, in deren Zuge eine Behandlung mit Blutkonserven unerlässlich blieb.

Die Gabe von Bluttransfusionen ist nicht nur ein schwerwiegender Behandlungsfehler, sie stellt zudem auch einen groben Eingriff in das Persönlichkeitsrecht der Patientin dar, so diese. Die Kl. vertritt die Ansicht, dass die Verabreichung der Blutkonserven nicht vital indiziert gewesen sei und die Beklagten als Rechtfertigung für diesen Schritt falsche kritische Hämoglobinwerte vorgelegt hätten. Weiters klagt sie die stattgefundene Verabreichung von Bluttransfusionen der falschen Blutgruppe als Behandlungsfehler an.

Als weiteres Argument legt die Kl. vor, dass sie bereits vor Beginn der Behandlung deutlich gemacht habe, dass sie eine Therapie mit Bluttransfusionen in jeder Situation nachdrücklich ablehnt, aus diesem Grund hätten die Bekl., wenn sie sich nicht in der Lage gesehen hätten, ihren Wunsch zu respektieren, ihr Ansuchen vor der Annahme des Arzt-Patienten Verhältnisses ablehnen müssen.

Auch die Erlaubnis des Ehemannes für die Gabe von Blutkonserven sei unter Vorspiegelung falscher Tatsachen nicht korrekt eingeholt worden.

Der Kl. seien durch das fehlerhafte Verhalten der Bekl. schwere Defekte zugefügt worden. Durch die fälschlicherweise durchgeführte Verabreichung von Blutkonserven sei die Immunabwehr der Kl. geschwächt, die Sepsis hervorgerufen oder begünstigt sowie der gesamte Heilungsverlauf verzögert worden. Abgesehen davon ist die Klägerin durch diese der Gefahr einer Infektion mit AIDS, Hepatitis oder einer anderen durch Blut übertragbaren Erkrankung ausgesetzt worden, wobei bis heute nicht sicher ist, ob sie nicht mit einer dieser Krankheiten infiziert wurde.

Die Schäden, die durch die psychische Einwirkung, der Verletzung der Würde und des Persönlichkeitsrechts der Patientin durch die gegen den ausdrücklichen Willen verabreichten Blutkonserven entstanden sind, seien vergleichbar mit denen durch eine Vergewaltigung.

Da es auch und vor allem durch die Verabreichung von falschen Blutkonserven mit nicht übereinstimmenden Rhesusfaktor zu noch nicht absehbaren Schäden kommen könnte, fordert die Kl. auch eine Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für künftig auftretende materielle und immaterielle Schäden.

Die Beklagten haben die Klage zurückgewiesen:

Die Gabe von Bluttransfusionen sei nicht zu kritisieren, da diese in einer vital indizierten Situation verabreicht worden seien. Da es sich um eine Notsituation gehandelt hatte und

keine Blutkonserven mit der Blutgruppe der Patientin, 0-Rhesusfaktor negativ, bereit gestanden hatten, hatte man auf die vorhandenen Blutkonserven zurückgegriffen. Die Kl. hätte durch blutsparende Maßnahmen alleine, wie Volumenersatzmittel oder desgleichen, nicht gerettet werden können. Da in dieser durch die Bewusstlosigkeit der Kl. neuen Situation die Verabreichung von Blutkonserven die einzige Möglichkeit dargestellt hatte, das Leben der Kl. zu retten, hatte man auf die Einwilligung des Ehemannes als wirksam gestellten einstweiligen Vormund zurückgegriffen. Auch aus übergesetzlichem Notstand heraus sei das Verhalten der Bekl. gerechtfertigt, das Misstrauen der Patientin Bluttransfusionen gegenüber sei nicht erst durch die vorgenommenen Bluttransfusionen entstanden.

Die Kl. legte gegen diese Urteil Berufung ein. Zunächst verfolgte sie ihren Klageanspruch in vollem Umfang weiter, in der letzten mündlichen Verhandlung beschränkte sie diesen auf die gegenwärtigen und zukünftigen immateriellen Schäden.

Als Berufungsgründe gibt die Kl. an, dass die Bluttransfusionen nicht vital indiziert gewesen seien und sie wiederholt ihre Klage aus erster Instanz. Sie betont, dass die Verabreichung von Blutkonserven nicht vital indiziert gewesen seien und es höchststrichterlich anerkannt sei, dass dem Arzt kein Recht auf Bevormundung des Patienten zustehe. So hätten die Beklagten bei jeder einzelnen Transfusion das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Kl. auf Neue verletzt.

Die Beklagte stellten daraufhin einen erneuten Antrag auf Zurückweisung der Berufung, da die Gabe von Blutkonserven indiziert gewesen sei, um das Leben der Kl. zu erhalten. Sie wiesen darauf hin, dass durch die Einwilligung des Ehemannes der Klägerin in die Bluttransfusionen diese rechtlich gedeckt gewesen seien.

Weiters gaben die Beklagten an, dass sie in dieser konkreten Situation alleine ihrem Gewissen hätten verpflichtet sein können. Auch einer korrekt erstellten, gültigen PV seien rechtliche Grenzen gesetzt, laut §13 des dStGB¹ kann der Arzt nach der herrschenden Sozial-und Rechtsmoral nicht von seiner Garantenstellung für das Leben des Patienten entbunden werden, auch nicht durch dessen Willenserklärung.

Aus diesem Grund seien sowohl die PV der Kl. als auch die Willenserklärung des von ihr im Vorhinein bestellten Bevollmächtigten ungültig, wenn sie sich auf eine Unterlassung von lebensrettenden Bluttransfusionen mit Todesfolge der Kl. beziehen. Die Bekl. hätten

1 § 13 des dStGB Begehen durch Unterlassen: Abs.1: Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

im Verbotsirrtum im Sinne des § 17 des dStGB² gehandelt, so ist ihnen kein Schuldvorwurf zu machen.

7.3. Zu den Entscheidungsgründen

Die Berufung der Kl. wurde als zulässig, aber nicht als begründet beurteilt. Sie hat durch die vollzogene Behandlung gegen keinen der Bekl. Anspruch auf gegenwärtige oder zukünftige materielle oder immaterielle Schadenersatzforderungen. Die schriftlichen Gutachten der Sachverständigen und deren mündliche Anhörung als Beweisausnahme vor dem Senat haben ohne jeden Zweifel ergeben, dass die Durchführung von Bluttransfusionen zu jedem Zeitpunkt vital indiziert war. Die Sachverständige hat auch den Vorwurf der Kl., die Bekl. hätten fälschlicherweise auf einen Hämoglobin-Wert von 10g/dl abgestellt, der jedoch erwiesenermaßen keine Lebensgefahr impliziert, in ihrem Ergebnis widerlegt.

Zur Feststellung, ob eine Transfusion begründet ist oder nicht, muss laut Sachverständiger eine Reihe von klinischen Parametern und Begleitumständen im Betracht gezogen werden; neben dem Hb/Hkt Wert müssen noch andere, von ihr genannten Werte in die Überlegung miteinbezogen werden. Viele dieser Werte sind bei Intensivpatienten bereits primär beeinträchtigt, eine eher großzügige Auslegung der Transfusionskriterien ist daher nachvollziehbar und auch üblich. Die Literaturangaben zu kritischen Hb/Hkt Werten bei septischen Patienten finden sich zwischen 10g/dl /30% und 12g/dl /35%. Überlegungen, dass bei septischen Patienten ein erhöhter Sauerstoffbedarf und gleichzeitig eine erniedrigte Kompensationsfähigkeit vorliegen, führen zu dieser Einschätzung. Aus diesem Grund ist es, laut Sachverständiger, sehr wichtig, das Sauerstoffangebot mit den möglichen Mitteln zu optimieren.

Ob ein Hb - Wert von unter 10g/dl nun als kritisch zu werten ist, hängt laut Sachverständiger von den begleitenden Umständen ab. In dem Fall der Kl., die sich im Zustand einer floriden, protrahierten Sepsis befunden hat, kann ein Hb- Wert von unter 10g/dl, wenn schon nicht als kritisch, durchaus als grenzwertig bezeichnet werden. Der Hb-Wert muss laut Sachverständiger nicht nur angehoben werden, um die unmittelbare Lebensgefahr zu beseitigen, sondern auch um weitere, sich erst entwickelnde Schäden, wie z.B. die Entwicklung eines Multiorganversagens, eine im Rahmen der Sepsis typische, schwerwiegende Komplikation, von der Patientin abzuwenden. Laut der Sachverständigen geht man auch heute noch davon aus, dass sich bei einer durch Sepsis und Blutverlust gefährdeten

² § 17 des dStGB Verbotsirrtum: Fehlt dem Täter bei Begehung der Tat die Einsicht, Unrecht zu tun, so handelt er ohne Schuld, wenn er diesen Irrtum nicht vermeiden konnte.

Sauerstoffversorgung der Organe und der Peripherie eine Verabreichung von Blut zur Sicherheit des Patienten an einem Hb - Wert von 10g/dl orientieren sollte.

Der Senat beurteilte die Forderung der Kl., die Bkl. hätten vor jeder einzelnen Blutkonserve abklären müssen, ob diese denn auch wirklich vital indiziert sei, auch mit dem nötigen Respekt als vermessen und als die Gebote des ärztlichen Handelns missverstehend. Die Sachverständige orientierte sich für ihre Antwort an der Zeit außerhalb der Akutphase und beantwortete die Forderung einfühlsam. Sie meinte, dass es nicht zu beantworten sei, ob die an diesem Tag erfolgten Transfusionen lebensnotwendig gewesen seien oder nicht. Die Situation der Patientin war lebensgefährlich, sie war beatmet und hatte eine Sepsis. Einen solchen Hb - Wert kann man belassen, wenn sich der Patient in einer stabilen Situation befindet, doch dies war nicht der Fall. Hätte man die Patientin so gelassen und es wäre etwas schief gegangen, wäre das aus medizinischer Sicht als schwerer Fehler angesehen worden. Wie ein Arzt in einer solchen Situation handelt, kann man nur wissen, wenn man selbst in so einer Situation ist und sie bewältigen muss. Hätte man die Bluttransfusionen nicht durchgeführt, hätte die Patientin in der Akutphase so einen niedrigen Hb-Wert erreicht, dass man wahrscheinlich nichts mehr hätte tun können.

Der Senat erteilte dieser Ausführung seine volle Zustimmung mit der Überzeugung, dass die Gabe von Blutkonserven bei der Kl. zu jedem Zeitpunkt vital indiziert gewesen sei.

Nun war die Behandlung mit Blut bei der Kl. aus medizinischer Sicht nicht fehlerhaft und mit keiner Behinderung verbunden. Auch unter dem Gesichtspunkt eines Eingriffes in das allgemeine Persönlichkeitsrechts der Kl. als Zeugin Jehovas werden keine Ersatzansprüche begründet, weder auf vertraglicher noch auf deliktischer Grundlage. (Zu der Zeugen Jehovas Problematik vergleiche auch Bender MedR 1999, p.260ff.)

Auszugehen ist von dem Grundsatz, dass eine Bluttransfusion gegen die ausdrückliche Weigerung des einwilligungsfähigen Patienten aus rechtlicher Sicht nicht zulässig ist. Diese Unzulässigkeit wird einerseits durch den Artikel 2 GG³, der das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sichert, begründet. Dieses Selbstbestimmungsrecht beinhaltet auch, dass der Einzelne eine metaphysische und durch irrationale Komponenten gestützte Entscheidung treffen kann. (siehe auch Schlund. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 1994, 126ff)

3 Grundgesetz Artikel 2:

- (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Ein Zeuge Jehovas trifft seine Entscheidung gegen eine Bluttransfusion auch aus religiösen Gründen, so kommt zu dem Artikel 2 GG auch noch das Grundrecht aus Artikel 4 GG⁴, das Recht auf freie Religionsausübung. Hierzu hat das BVerfG (BVerfGE 32, 98, 106) eindeutig festgestellt, dass jeder einzelne das Recht darauf hat, sein Verhalten an den Lehren seines Glaubens auszurichten und seiner inneren Überzeugung gemäß zu handeln.

Ein Arzt hat sich demnach grundsätzlich daran zu halten, wenn ein Zeuge Jehovas seine Einwilligung in eine Bluttransfusion wirksam verweigert. Dies gilt auch dann, wenn die Verweigerung in die Einwilligung aus medizinischer Sicht völlig unvernünftig ist oder sogar eine Lebensgefahr für den Patienten zu Folge hat. Verabreicht nun ein Arzt intraoperativ Blutkonserven obwohl die Einwilligung des Patienten fehlt, verletzt dieser seine Vertragspflichten und begeht eine unerlaubte Handlung nach § 823 BGB⁵ und muss mit Schadenersatz - und Schmerzensgeldforderungen rechnen. (Siehe auch Schlund., a.a.O. M128)

Die Kl. vertritt den Standpunkt, sie habe ihre Anweisung deutlich ausgedrückt und keinerlei Spielraum für Interpretationen gelassen, sodass sie zu jedem Zeitpunkt rechtsgültig gewesen sei, die Transfusionen rechtswidrig erfolgt seien und sie deshalb die Bekl. in die Pflicht nehme. Dem kann hingegen nicht beigegeben werden.

Die hier dargestellten Grundsätze bedürfen einer Korrektur und Ergänzung, wobei diese zeitlich gestaffelt und unter dem Gesichtspunkt der vorverlagerten Verantwortlichkeit zu erfolgen hat.

Ein Arzt, der, seinem Eid und Berufsethos verpflichtet, in dem Bemühen Kranke zu heilen die Behandlung eines Menschen in Kenntnis einer PV übernimmt, wie sie von der Kl. getroffen wurde, wird damit noch nicht zu einem willenlosen Spielball dieser Verfügung gegen jedes ärztliche Gewissen.

Findet ein Zeuge Jehovas einen Arzt einer anderen Glaubensgemeinschaft, der bereit ist seine Heilbehandlung zu übernehmen, und stellt er diesem seine PV gegenüber, in der er

4 Grundgesetz Artikel 4:

- (1) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich.
- (2) Die ungestörte Religionsausübung wird gewährleistet.
- (3) Niemand darf gegen sein Gewissen zum Kriegsdienst mit der Waffe gezwungen werden. Das Nähere regelt ein Bundesgesetz.

5 § 823 BGB: Schadenersatzpflicht:

- (1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
- (2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

sich gegen Bluttransfusionen verweigert, so muss er nicht davon ausgehen, dass sich der Arzt in jeder erdenklichen Situation ohne Berücksichtigung seines ärztlichen Gewissens daran hält und ihn auch gegebenenfalls sterben lässt.

Ein Zeuge Jehovas, der bereit ist als Märtyrer für seinen Glauben zu sterben, muss auch dafür sorgen, sich unter der Mitverantwortung des für seine Religionsgemeinschaft bestehenden Krankenhausverbindungskomitees (vgl. hierzu Bender a.a.O. S. 261) in die Fürsorge eines Arztes zu begeben, der dazu bereit ist den Glaubensvorschriften der Zeugen Jehovas zu gehorchen und den Patienten im Fall des Falles auch sterben zu lassen. Dies ist hier auf die Bekl. eindeutig nicht zugetragen.

Von einem vertrauenswürdigen Arzt, der sich christlichen Grundsätzen unterworfen sieht, kann nicht verlangt werden, sich bereits bei der Aufnahme einer an sich nicht problematischen Heilbehandlung mit dem Gedanken an das Eintreten der schlimmsten Befürchtungen, die aber keinesfalls erwartet werden, abzufinden; und sich weiters mit dem, aus der in der PV angegebenen Verweigerung der Bluttransfusionen folgenden, möglichen Tod des Patienten abzufinden. Das musste auch der Kl. bekannt sein.

Was ein Zeuge Jehova seinem Arzt in jedem Fall abverlangen kann ist eine ausführliche Untersuchung der Frage, ob bei der geplanten Behandlung Bluttransfusionen notwendig sein könnten. Wird festgestellt, dass die Infusion von Blut wahrscheinlich erforderlich sein wird, so darf der Arzt die Behandlung nicht durchführen wenn er sich nicht rechtswidrig verhalten will.

Dieser Fall lag zu Beginn der Behandlung der Kl. eindeutig nicht vor, bei einer Pelviskopie kann so gut wie ausgeschlossen werden, dass eine Bluttransfusion erforderlich sein wird, und dies war auch in diesem Fall nicht notwendig.

Am 6. 7. 1992 konnten die Ärzte der Klinik der Bekl. davon ausgehen, dass bei der Kl. keine Bluttransfusion erforderlich sein würde, so kann ihnen die Aufnahme der Behandlung nicht vorgeworfen werden.

Auch die am 12.7.1992 entstandene Situation kann nicht im Sinne der Kl. beurteilt werden.

An jenem Tag wurde die Situation so beurteilt, dass die Laparotomie bei der Kl. vor dem Hintergrund ihrer Werte als vital indiziert erschien, was sie schlussendlich auch war. Die Kl. hat eine Erklärung vorgelegt, in der sie, ungeachtet dessen, in welche moralische Konflikte sie ihre behandelnden Ärzte damit bringen würde, eine Bluttransfusion in jeder Situation, auch bei Lebensgefahr, nachdrücklich ablehnt. Als diese Situation eingetroffen

ist, haben sich die Ärzte bei Kenntnis aller Umstände dafür entschieden, die Kl. am Leben zu erhalten. Dies kann ihnen nicht vorgeworfen werden.

Eine Alternative zu ihrer Entscheidung wäre gewesen, sich in dieser Situation um einen Operateur und einen Anästhesisten zu bemühen, die dem gleichen Glauben angehören und ihre Entscheidung akzeptieren können. Dies kann in der vorliegenden Situation nicht von den behandelnden Ärzten verlangt werden. Es muss einem Arzt gestattet sein, eine Operation durchzuführen auch wenn er nicht damit einverstanden ist, sich im Falle des Falles der Bluttransfusionen zu enthalten und den Patienten sterben zu lassen.

Die Sachlage änderte sich am 13. Juli 1992, als die Bekl. begonnen hatten, der Kl. Bluttransfusionen zu verabreichen. Dazu waren sie aber entgegen der Auffassung der Kl. berechtigt, da ihre PV wirksam außer Kraft gesetzt und die Einwilligung in die Bluttransfusionen wirksam von ihrem hierzu berechtigten Ehemann eingeholt wurde.

Für die Beklagtenseite ergab sich für diese Situation am 13. Juli 1992 weder aus der von der Kl. erstellten PV noch aus der von ihr ausgestellten Vollmacht für einen Glaubensbruder, die ihrer Ablehnung gegen Bluttransfusionen, auch im Fall ihrer Bewusstlosigkeit, Nachdruck verleiht, eine Bindung.

Von der Kl. wurden ausschließlich vorgefertigte Formulare, die vordruckten Text zu persönlichen Glaubensansichten enthielten, den Krankenakten beigelegt, sie ließen keinerlei persönlichen Spielraum zu.

Bei der Kl. trat die Bewusstlosigkeit und die Notwendigkeit einer Bluttransfusion erst im Laufe einer bis dahin sachgemäß begonnenen und durchgeführten Behandlung auf, diese war in keinsten Weise vorauszusehen. Die Bluttransfusion wurde von den Ärzten als Lebensrettung durchgeführt, und der Senat entschied, dass aus der vorgelegten Erklärung der Kl. in so einem Fall keine Bindung für den Arzt hervorgeht.

Auf der PV der Kl. war eine Freizeichnungsklausel für die Bekl. enthalten, nach ihr sollten diese nach Eintreten des Todes der Kl. durch unterlassene Bluttransfusionen keinen rechtlichen Schritten ausgesetzt sein. Doch auch diese trägt nicht dazu bei, die Bekl. in schlechtes Licht zu rücken, Freizeichnungsklauseln können kompliziert sein und solche Fälle lassen sich dadurch nicht immer vereinfachen. Ärztliche Heilbehandlungen erstrecken sich oft über mehrere Operationen über einen größeren Zeitraum, und es sind im Zuge derselben mehrere Fragen zu klären, von denen die nach Bluttransfusionen nur eine darstellt. Wenn nun der Arzt im Sinne des Willens des Patienten handelt und dieser aufgrund der unterlassenen Bluttransfusionen stirbt, bedeutet das nicht, dass der Arzt frei

von jeder Schuld ist. Er wird mit zahlreichen Vorwürfen konfrontiert werden, beginnend mit der Frage, ob der Patient ordnungsgemäß über die Risiken der Behandlung aufgeklärt wurde oder ob er vielleicht durch einen Behandlungsfehler in die Situation gebracht wurde, in der Bluttransfusionen vital indiziert gewesen wären.

Eine Freizeichnungsklausel ist also keine Hilfestellung, wie sich der Arzt in einer solchen schwierigen Situation verhalten sollte, dass sich diese auch für ihn zufriedenstellend lösen lässt.

Die Freiheitsklausel war in diesem Fall so formuliert: „Ich befreie hiermit die Ärzte, Anästhesisten, Krankenhäuser und deren Personal von jeglicher Verantwortung für Schäden, die bei kunstgerechter Versorgung durch meine Ablehnung von Bluttransfusionen zurückgeführt werden können.“

Unterlässt der Arzt eine notwendige Bluttransfusion, so kann er sehr schnell dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung ausgesetzt sein.

Die Entscheidung des Krankenhauses und der Bekl., an das Vormundschaftsgericht heranzutreten, ist nicht zu beanstanden, insoweit nicht, als dass auch nicht sicher ist, dass der von der Kl. Bevollmächtigte sofort zu erreichen war, als diese lebensrettende Entscheidung gefällt werden musste. Der Vollmacht für Herrn H., vom 27.06.1992, ist handschriftlich von diesem persönlich hinzugefügt worden, dass der oben genannte Wille der Patientin unbedingt zu beachten und respektieren sei.

Durch den Bevollmächtigten sollte nun der in dieser Situation fragwürdig gewordenen Erklärung der Kl. ohne weiterer Prüfung Nachdruck verliehen und sie wiederholt werden. Aus diesem Grund war es nicht möglich, durch Befragung dieser Person Klarheit zu schaffen, und so entschied man sich, eine Entscheidung des Vormundschaftsgerichts herbeizuführen.

Dies kann vom Senat nicht beanstandet werden, und dem Schreiben an das Vormundschaftsgericht vom 13.07.1992 kann nicht entnommen werden, dass die Einwilligung des Ehemannes der Kl. erschlichen worden ist. Dieser hat rechtlich wirksam in die Bluttransfusionen eingewilligt, sodass diese zu jeder Zeit rechtlich gedeckt waren.

Nun haben die Ärzte in diesem Sinne nicht rechtswidrig gehandelt, die Kl. wirft ihnen aber auch noch vor, gegen ihr Persönlichkeitsrecht verstossen zu haben. Dies scheitert am fehlenden Schuldvorwurf.

Zumindest ein Schuldausschlussgrund kommt den hier Verantwortlichen zugute, zwar kennt das BGB insoweit keine Vorschriften, aber entgegen der Auffassung der Bekl.

haben die Entschuldigungsgründe des Strafgesetzbuches, vor allem § 35 des StGB⁶, für das bürgerliche Recht keine unmittelbare Bedeutung, besonders schließen sie das zivilrechtliche Verschulden nicht aus. Im BGB kann aber ausnahmsweise der Punkt der Unzumutbarkeit den Schuldvorwurf entkräften. (Palandt-Heinrichs, BGB, 61. Aufl., § 276 BGB, Rdnr. 7 m.w.N.)

Ein Entschuldigungsgrund kann also in Ausnahmefällen auch die Gewissensnot sein.

Wenn diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall angewendet werden, kann den Bekl. kein Vorwurf gemacht werden, fahrlässig rechtswidrig gehandelt zu haben. Die Gewissensfreiheit gehört zu den grundlegenden Rechtswerten, die auch auf das Privatrecht einwirken. Gewissensentscheidungen haben allgemein zwar keinen Vorrang gegenüber Vertragspflichten; wenn derjenige, der bei Abschluss des Vertrages zwischen KI. und Bekl., hier die Aufnahme der Behandlung der Kl., die Konfliktsituation vorausgesehen hat und daraus grundsätzlich keine Rechte herleiten kann, dann ist die von den Bekl. vorgelebte Gewissensentscheidung schuldausschließend.

Das Verhalten der Ärzte kann dadurch entschuldigt werden, dass die Erklärung der Patientin nicht als unumstößlich betrachtet wurde und man dem ärztlichen Gewissen folgend das Leben der Patientin retten wollte, bei Vorliegen einer Zustimmung des Ehemannes. Dem Arzt kann aus rechtlicher Sicht weder bei durchgeführter Transfusion noch bei einer Verweigerung derselben ein Vorwurf gemacht werden.

Wenn trotz des präoperativ festgelegten Willens in einer Notsituation intraoperativ eine Bluttransfusion durchgeführt wird, steht die Gewissensentscheidung des Arztes gegen das Gewissen des Patienten. In so einer Situation muss dem Arzt dieselbe Gewissensfreiheit zugestanden werden wie sie dem Patienten zuteil wird.

1. Selbst wenn man eine bewusste Missachtung des Persönlichkeitsrechtes der Patientin annehmen wollte, so müsste man gemäß § 254 BGB⁷ entscheidend berücksichtigen, dass

6 § 35 des StGB: Entschuldigender Notstand:

1) Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für das Leben, Leid oder Freiheit eine rechtswidrige Tat begeht, um die Gefahr von sich, einem Angehörigen oder einer anderen, ihm nahestehenden Person abzuwenden, handelt ohne Schuld. Dies gilt nicht, soweit dem Täter nach den Umständen, namentlich, weil er die Gefahr selbst verursacht hat oder weil er in einem besonderen Rechtsverhältnis stand, zugemutet werden konnte, die Gefahr hinzunehmen; jedoch kann die Strafe nach § 49 Abs 1 gemildert werden, wenn der Täter nicht mit Rücksicht auf ein besonderes Rechtsverhältnis die Gefahr hinzunehmen hatte.

7 § 254 BGB: Mitverschulden:

(1) Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt, so hängt die Verpflichtung zum Ersatz sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder dem anderen Teil verursacht worden ist.

(2) Dies gilt auch dann, wenn sich das Verschulden des Beschädigten darauf beschränkt, dass er unterlassen hat, den Schuldner auf die Gefahr eines ungewöhnlich hohen Schadens aufmerksam zu machen, die der Schuldner weder kannte noch kennen musste, oder dass er unterlassen hat, den Schaden abzuwenden

es die Kl. war, die die Bekl. erst in so eine missliche Lage gebracht hat. Sie hätte von vornherein darauf achten müssen, sich um Ärzte zu bemühen, die ihrer Glaubensrichtung angehören und bereits sind, ihrer PV Folge zu leisten und nicht Ärzte, die sich nur ihrem Eid verpflichtet fühlen und somit in erhebliche Gewissenskonflikte gestürzt werden. Da eine Pelviskopie kein lebensnotwendiger Eingriff ist, hätte sie Zeit gehabt, sich um einen solchen Arzt zu bemühen.

Die Kl. hätte folgern können, dass ein nicht ihrer Glaubensrichtung angehörender Arzt so handelt, wie es im vorliegenden Fall geschehen ist, er hätte sie nicht wissend, dass ihr Leben gerettet werden kann, ohne Bluttransfusion sterben lassen. Sie hat sich den Bekl. anvertraut und ist so sehenden Auges ein Risiko eingegangen, welches jedem verständigen, toleranten und nicht glaubensfanatischen Menschen bewusst sein musste. Wenn man überhaupt eine Verletzung des Persönlichkeitsrechtes erkennen wollte, dann würde der Vorwurf gegen die Bekl. gegen das Verhalten der Kl. in den Hintergrund treten.

2. Auch wenn man davon ausgehen würde, dass der Kl. durch Verletzung ihres Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechtes ein Schmerzensgeldanspruch zustehe, würde der Kl. aus einem weiteren Grund kein Schmerzensgeld zustehen.

a) Die Kl. konnte dem Senat keine Beeinträchtigung, Beschwerden oder Schäden durch die Bluttransfusion schildern, auch nicht deren Ausmaß und für wie lange sich diese manifestiert haben. Wenn einem Zeugen Jehovas gegen seinen Willen Blut transfundiert wird, kann das zwar grundsätzlich Schmerzensgeldansprüche nach sich ziehen, muss es aber nicht in jedem Fall. Die anfallenden Schmerzensgeldansprüche sind nicht auf einen Betrag festgelegt, und es muss in jedem Fall der Nachweis des konkreten Schadens erbracht werden. Durch die alleinige Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes durch die Blutzufuhr ist dieser noch nicht erwiesen.

Auch der Vergleich der Kl. von der Gabe von Blut gegen ihren Willen und der Vergewaltigung einer Frau, die infolge seelischer Verletzung schmerzensgeldberechtigt wird, ist nicht sehr hilfreich. Der Senat hat wenig Verständnis für diesen Vergleich, und selbst wenn man ihn als berechtigt ansehen würde, würde immer noch der Nachweis des konkreten Ausmaßes der erlittenen Schäden der Kl. fehlen und der Senat hätte nichts in der Hand, um das Schmerzensgeld zu bemessen. Obwohl der Senat nachdrücklich Fragen zu den von ihr durch die Bluttransfusion davongetragenen körperlichen und emotionalen Schäden gestellt hat, hat die Kl. nicht nachweisen können, worin genau ihr Schaden besteht und ob sich durch die Bluttransfusion ihr Zusammenleben mit ihren Glaubensbrüdern und ihrer Familie verändert hat.

oder zu mindern.

Damit würde dem Senat für eine Berechnung des Schmerzensgeldanspruches die Grundlage fehlen.

b) Auch wenn dies dem Senat möglich wäre, müsste er sich noch die Frage stellen, ob nicht durch die Vorteile, die der Kl. durch das Verhalten der Bekl. zuteil wurden, die Schäden desselben zumindest ausgeglichen werden.

Außerdem würde es schwerfallen, der Kl. wegen der Rettung ihres Lebens Schmerzensgeld zuzusprechen, gleichwohl es im Sinne der Achtung und Anerkennung des Glaubens der Kl. geboten wäre. Man müsste dann aber wohl berücksichtigen, dass die Kl. zu dem Zeitpunkt einen Mann und einen damals 15 Jahre alten Sohn hatte, dem durch das Verhalten der Bekl., welches die Kl. beanstandet, die Mutter erhalten blieb.

Das Verantwortungs- und Pflichtgefühl für das minderjährige Kind, das man der Kl. nicht absprechen kann, gebietet es, dem Sohn die Mutter zu bewahren. Die Kl. hat es den Ärzten zu verdanken, dass sie noch am Leben ist.

Dieser Umstand dürfte bei der Schadensdiskussion nicht unbeachtet bleiben, und müsste bei einem Vorteilsausgleich so gewertet werden, dass die Vorteile die Nachteile bzw. Schäden des Kl. zumindest ausgleichen.

Die Ansprüche der Kl. sind somit in jeder Hinsicht unbegründet und es wurde die Berufung zurückgewiesen.

8. Meine Gedanken zu diesem Fall

8.1. Rechtliche Aspekte

Dieser Fall ist auch deswegen so interessant, weil er zeigt, wie rasch es in der Medizin zu unvorhersehbaren Grenzsituationen kommen kann. Es gibt, wie auch aus dem beschriebenen Fall ersichtlich ist, gewisse Situationen, in denen ein bestimmtes Handeln gerechtfertigt ist. Deutsches und österreichisches Recht sind einander sehr ähnlich, trotzdem möchte ich kurz auf Rechtfertigungsgründe für eine eigenmächtige Heilbehandlung laut dem in Österreich gültigen Strafrecht eingehen.

Es gibt den Begriff des rechtfertigenden Notstandes. Dieser ist ein ungeschriebener, aus der Rechtsanalogie abgeleiteter Rechtfertigungsgrund. Die Grenzen, wann dieser angewendet werden kann, sind jedoch genau festgelegt:

Es muss geklärt werden, ob überhaupt ein rechtfertigender Notstand vorliegt. Das ist nur dann der Fall, wenn Individualrechtsgüter wie Leib, Leben oder Gesundheit unmittelbar bedroht sind.

Sehr wichtig ist, wie die Notstandshandlung durchgeführt wurde: sie muss das einzige Mittel zur Abwendung des Nachteils sein, die ultima ratio. Ein Rechtsgut kann dann nur durch die Opferung des anderen erhalten werden. Wenn mehrere Mittel dafür zur Verfügung stehen, muss sich der Täter bzw. hier der Arzt für das schonendste entscheiden.

Das gerettete Rechtsgut muss weiters eindeutig höherwertiger sein als das missachtete: persönliche Werte wie z.B. körperliche Unversehrtheit und Gesundheit sind höher einzuschätzen als materielle, wie z.B. Vermögen. Weiters darf kein dem Gesetz widersprechendes Mittel zur Rettung eingesetzt werden. [33]

Ausschlaggebend ist letztendlich der Schutzwürdigkeitsaspekt. Zur Ermittlung desselben müssen alle tatsächlichen und rechtlichen Umstände miteinbezogen werden. Welches Interesse verdient in dieser konkreten Situation den größeren Schutz? [33]

Es gibt noch ein weiteres Element, das der subjektiven Rechtfertigung. Dies ist das Wissen, dass die vorliegende Situation eine Notstandshandlung rechtfertigt und es muss vorliegen, damit die Notstandshandlung als solche gerechtfertigt ist. Diesen Grund könnte man auch in dem beschriebenen Fall als Rechtfertigungsgrund ansehen. Obwohl die Ärzte gewusst haben, dass die Patientin eventuell gegen die Bluttransfusion ist, sie aber nicht sicher waren, ob die PV diese konkrete Situation einschließt, haben sie sich trotzdem dafür entschieden, das höherwertige Rechtsgut ihres Lebens zulasten des Selbstbestimmungsrechts zu retten. Sie waren davon überzeugt, dass es richtig ist, das Leben der Patientin zu retten, auch auf die Gefahr hin, eine PV zu missachten. [33]

Ein weiterer Absatz beschäftigt sich mit Sonderproblemen. Ein solches liegt vor, wenn Leben gegen Leben steht. Das Leben ist das ranghöchste aller Rechtsgüter, auch im Falle der Rettung eines Lebens auf Kosten eines anderen kommt niemals rechtfertigender Notstand in Betracht. [33]

Eine Einwilligung in eine Handlung nimmt dieser den Tatbestand, so ist ein gerade für Ärzte sehr wichtiger Punkt der der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten. Auch bei diesem handelt es sich um einen ungeschriebenen, im allgemeinen anerkannten Rechtfertigungsgrund. Die Voraussetzungen und Grenzen desselben sind jedoch umstritten und auch wenig geklärt.

Der Gedanke daran bietet sich vor allem dann an, wenn ein „Entscheidungsnotstand“ vorliegt, weil die Einwilligung des Patienten als Rechtsgutsträger nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, dieser aber allem Anschein nach einverstanden gewesen wäre. [34]

Die Situation der mutmaßlichen Einwilligung lässt sich vor allem durch zwei Punkte beschreiben: wenn die Einwilligung des Patienten als Rechtsgutsträger nicht erreichbar ist, oder wenn der Arzt als Täter gemäß des hypothetischen Willens des Patienten in dieser Situation handelt. Dies ist nicht immer leicht zu ermitteln, auf die Problematik des nicht einwilligungsfähigen Patienten wird im Kapitel 3 näher eingegangen. [34]

Wenn nun aufgrund der Annahme der Einwilligung des Rechtsgutsträgers eine Handlung durchgeführt wird, muss sich diese innerhalb der Grenzen dessen bewegen, was dieser gewollt hätte. Es gilt als subjektives Rechtfertigungselement, wenn der Handelnde um die Nichterreichbarkeit des Betroffenen weiß und nach Abwägung aller Umstände davon überzeugt ist, dass dieser in der vorliegenden Situation eingewilligt hätte.

Dies wäre in dem beschriebenen Fall ein fraglicher Grund, da die Ärzte unsicher waren, ob die PV auch in dieser nicht vorhergesehenen, lebensbedrohenden Situation befolgt werden sollte. [34]

Ein Rechtfertigungsgrund ist laut § 9⁸ StGB auch ein Handeln im Rechtsirrtum: der Täter handelt schuldlos, wenn er das Unrecht der Tat nicht erkennt und ihm dieser Irrtum nicht vorzuwerfen ist. Er kann ihm jedoch vorgeworfen werden wenn

8 § 9 StGB: (1) Wer das Unrecht der Tat wegen eines Rechtsirrtums nicht erkennt, handelt nicht schuldhaft, wenn ihm der Irrtum nicht vorzuwerfen ist.

(2) Der Rechtsirrtum ist dann vorzuwerfen, wenn das Unrecht für den Täter wie für jedermann leicht erkennbar war oder wenn sich der Täter mit den einschlägigen Vorschriften nicht bekannt gemacht hat, obwohl er seinem Beruf, seiner Beschäftigung oder sonst den Umständen nach dazu verpflichtet gewesen wäre.

(3) ist der Irrtum vorzuwerfen, so ist, wenn der Täter vorsätzlich handelt, die für die vorsätzliche Tat vorgesehene Strafdrohung anzuwenden, wenn er fahrlässig handelt, die für die fahrlässige Tat.

das Unrecht für jeden leicht erkennbar war oder er deshalb so gehandelt hat, weil er sich mit gewissen Vorschriften nicht vertraut gemacht hat, er aber dazu verpflichtet gewesen wäre. Wenn ihm der Rechtsirrtum vorzuwerfen ist, so muss geklärt werden ob der Täter vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt hat und er ist je nachdem zu bestrafen.

Dies könnte man in genanntem Fall als Rechtfertigungsgrund ansehen.

Ein weiterer möglicher Rechtfertigungsgrund für eine eigenmächtige Handlung ist laut § 3 StGB die Notwehr⁹. Da das in diesem Fall nicht zutrifft, werde ich nicht weiter darauf eingehen.

Sogenannte „arztfreundliche“ Sonderregeln gibt es auch für unaufschiebbare Heilbehandlungen, z.B. für Operationen. Dies ist auch im Abs. 2 des § 110 für eigenmächtige Heilbehandlungen festgelegt. Siehe auch Kapitel 3.1. [34]

8.2. Das ärztliche Gewissen

Seit Jahrhunderten versucht man, das Phänomen Gewissen zu deuten und spricht ihm dabei immer wieder unterschiedliche Bedeutung zu. In den letzten Jahren ist der Begriff des Gewissens immer wichtiger geworden, wobei es hierzu äußerst widersprüchliche Ansichten gibt. Auf der einen Seite gibt es jene, die überzeugt sind, dass wir Menschen heute zwar einen großen Bedarf an Ethik haben, aber viel zu oft die Stimme des Gewissens überhören weil man sich heutzutage bei seinem Handeln eher selten am Gewissen orientiert. Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die der Meinung sind dass die Gesellschaft dem Gewissen eine zu große Rolle zuteilt. Wenn man der Ethik und dem Gewissen zu viel Gewicht einräumt, dann wird jede Entscheidung zu einer Gewissensentscheidung und die Menschen werden dadurch verunsichert und jede Art der Weiterentwicklung der

⁹ § 3 StGB: Notwehr:

- (1) Nicht rechtswidrig handelt, wer sich nur der Verteidigung bedient, die notwendig ist, um einen gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden rechtswidrigen Angriff auf Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Freiheit oder Vermögen von sich oder einem anderen abzuwehren. Die Handlung ist jedoch nicht gerechtfertigt, wenn es offensichtlich ist, dass dem Angegriffenen bloß ein geringer Nachteil droht und die Verteidigung, insbesondere wegen der Schwere der zur Abwehr nötigen Beeinträchtigung des Angreifers, unangemessen ist.
- (2) Wer das gerechtfertigte Maß der Verteidigung überschreitet oder sich einer offensichtlich unangemessenen Verteidigung (Abs. 1) bedient, ist, wenn dies lediglich aus Bestürzung, Furcht oder Schrecken geschieht, nur strafbar, wenn die Überschreitung auf Fahrlässigkeit beruht und die fahrlässige Handlung mit Strafe bedroht ist.

Gesellschaft wird verhindert.

Diese Überlegung ist insofern nicht ganz falsch, da das Phänomen Gewissen heutzutage beinahe überstrapaziert wird und so in Gefahr läuft, an Wert zu verlieren. [35]

Gerade in medizinischen Berufen haben Ethik und Gewissen immer schon eine große Rolle gespielt. Lange Zeit leistete jeder Arzt am Ende seines Studiums und vor der Aufnahme seiner ärztlichen Tätigkeit den Hippokratischen Eid. Dieser gilt als erste grundlegende Form einer ärztlichen Ethik, einer inneren Verpflichtung für den ärztlichen Berufsstand. Er behandelt auch heute aktuelle Themen wie das Verbot von Missbrauch des ärztlichen Wissens um dem Kranken zu schaden, sexueller Berührung des Patienten, das Verbot der aktiven Sterbehilfe und das ärztliche Schweigegebot. Der Eid des Hippokrates wird heute nicht mehr in seiner klassischen Form geleistet, da er einige Textpassagen enthält, die nicht mehr der heutigen Zeit entsprechen wie etwa das Verbot, Blasensteine zu operieren. Modernere Variationen wie die „Genfer Deklaration des Weltärztebundes“ sind jedoch an ihn angelehnt. [36]

Die sogenannte „ärztliche Ethik“ machte im Laufe der Zeit einigen Wandel in der Arzt-Patienten Beziehung durch. Im England des 18. Jht. war es üblich, den Kranken nur dann über seine Diagnose aufzuklären, wenn ihn das Wissen um seine Krankheit nicht beunruhigen würde. Die Verpflichtung des Arztes war, „das Beste“ für seine Patienten zu tun, die Aufklärung darüber war eher nebensächlich. Erst im 19 Jht. wurde diese Unaufrichtigkeit der Arzt-Patienten Beziehung verurteilt, da man durch sie großen Schaden anrichten kann und der Patient das Recht hat mitzubestimmen, welche Therapie eingeleitet wird. Heute zeigt sich, dass der Konflikt vor allem zwischen einem gut gemeinten Paternalismus und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten besteht. Der entstehende Gegensatz gestaltet bis heute die Diskussion um eine ethisch korrekte Form der Patientenaufklärung. [37,38,39]

Eine Frage, die die Menschen bereits seit der Zeit der Aufklärung beschäftigt, ist ob es ein maßgebliches Ethos für alle Menschen geben soll oder nur für Ärzte, die einem Beruf mit hoher Verantwortung nachgehen. Die Frage ist, ob es ein spezi-

fisches ärztliches Gewissen bzw. eine eigene ärztliche Ethik überhaupt gibt oder ob das schlichtweg Gewissensfragen bzw. -konflikte des Arztes und ethische Probleme des ärztlichen Berufes sind. Diese Überlegungen führten im Laufe der Zeit immer weiter bis sie nun heute in höchst kontrovers diskutierten medizinischen Möglichkeiten wie der Euthanasie, der Präimplantationsdiagnostik, der embryonalen Stammzellforschung oder der Klonexperimente für etwaige therapeutische Zwecke gipfelten. [37,38,39]

Auch führte der lange Weg der medizinischen Ethik und der Berücksichtigung der Rechte des Einzelnen zu oft so schwierigen Fragestellungen wie in dem beschriebenen Fall.

Der Stellenwert der Freiheit des Gewissens und des Glaubens ist in unserer Gesellschaft sehr hoch, tief sitzen noch die Erinnerungen an die Zeit unter Hitler, in der diese stark eingeschränkt, auf *eine* „richtige“ Sichtweise der Dinge reduziert waren. Die Glauben- und Gewissensfreiheit ist ein besonders wichtiges, in Österreich im Verfassungsrecht verankertes Grundrecht. An der Einhaltung oder der Missachtung der Grundrechte entscheidet sich der Zustand einer Gesellschaft, nämlich ob die Würde und Unantastbarkeit der Person im Zentrum der Rechtsordnung stehen. [40]

Laut dem in unserer Gesellschaft gültigen Grundrechts der Gewissensfreiheit darf kein Arbeitnehmer zu einer Aufgabe gezwungen werden, die ihn in einen Existenz bedrohenden Gewissenskonflikt bringt; vor allem dann nicht, wenn dieser vermeidbar gewesen wäre. Ein Beispiel aus dem medizinischen Bereich dafür ist, dass kein Arzt gezwungen werden darf, eine Abtreibung vorzunehmen, wenn er dies nicht mit seinem Gewissen vereinbaren kann. Besonders gilt dies, wenn das Leben der Mutter nicht bedroht ist und ein anderer Arzt zur Verfügung steht, dem diese Handlung keine Gewissenskonflikte bescheren würde. [40]

Das Gewissen eines Einzelnen muss nicht mit den Wert- und Moralvorstellungen der Allgemeinheit übereinstimmen oder damit begründet werden, es kann nicht in „richtig“ oder „irrend“ eingeteilt werden. Jeder Einzelne hat ein eigenes, subjektiv erworbenes Gewissen, man kann nicht eine Gewissensentscheidung für jemand anderen treffen. Eine Gewissensentscheidung liegt dann vor, wenn sich die

Person innerlich verpflichtet fühlt, in der vorliegenden Situation so und nicht anders zu handeln und auch bereit ist, die möglicherweise negativen Auswirkungen dieser Entscheidung auf sich zu nehmen. [40]

Das Urteil über den beschriebenen Fall zu fällen war eine große Aufgabe für die Gerichte, kollidierten doch verschiedene Rechte und Werte miteinander, die alle sorgfältig auf ihre Wertigkeit geprüft werden mussten. Dass das Urteil in diesem schwierigen Fall zugunsten der Gewissensentscheidung der behandelnden Ärzte ausfiel, ist insofern nachvollziehbar, als dass man sich auf das unantastbare Recht des Einzelnen beziehen kann, sein Leben nach seinem Gewissen auszurichten sofern man damit keinem Dritten schadet. Dass das Leben der Patientin erhalten blieb, sehe auch ich nicht als Schaden an.

Wie würde ich als Ärztin in dieser schwierigen Situation nach meinem Gewissen handeln, wenn ich durch die Türe des Operationssaales treten und diese Entscheidung fällen müsste?

Ich stehe erst am Anfang meiner beruflichen Laufbahn, ich habe noch keine langjährige Erfahrung im Umgang mit schwierigen Situationen und Patienten. Mein ärztliches Gewissen wurde bis jetzt eher durch die Beobachtung geschult, wie andere Ärzte und Menschen mit moralisch schwierigen Situationen umgehen. Vielmehr kann ich zum jetzigen Zeitpunkt auf ein Gewissen zurückgreifen, das ich im Laufe meines Lebens erworben habe. Dieses wurde auch durch das Verhalten und den respektvollen Umgang miteinander von den Menschen geprägt, mit denen ich den Großteil meines Lebens verbracht habe.

Ich kann den Wunsch der Zeugin Jehovas verstehen, dass sie ihr Leben entsprechend ihrer Glaubensansicht im Einklang mit Gott leben möchte. Es ist auch verständlich, dass sie möchte dass dies von anderen respektiert wird. Jeder Mensch hat ein Recht darauf, sein Leben nach seinen Vorstellungen zu leben, sofern er damit keinem Anderen schadet. An der PV der Zeugin Jehovas gegen Bluttransfusionen ist in keiner Hinsicht etwas auszusetzen, sie möchte ihren Willen damit rechtlich absichern. Jeder Arzt wird sich nach Kräften bemühen, ihren Vorstellungen zu entsprechen, wenn dies möglich ist.

Jeder Mensch darf und soll sein Leben nach seinen religiösen und moralischen Vorstellungen ausrichten, jedoch ist die Grenze der Toleranz damit erreicht, dass sich dadurch Dritte zu Handlungen gezwungen fühlen, die sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können. Dies ist auch in diesem Fall erreicht, wenn der Arzt gezwungen ist, gegen sein Gewissen zu handeln und er dadurch lebenslang mit Schuldgefühlen zu kämpfen hat.

Ich würde versuchen, auf Bluttransfusionen möglichst zu verzichten, solange dies ohne eine vitale Gefährdung der Patientin möglich ist. Wenn Bluttransfusionen jedoch, so wie in diesem Fall, unumgänglich sind, um die Patientin am Leben zu erhalten, so würde ich ebenso handeln wie die Ärzte es hier getan haben. Es stünde dann meine Gewissensentscheidung gegen eine Gewissensentscheidung der Patientin. Ich würde zweitgenannter nicht den Vortritt lassen, weil mich dann das Schuldgefühl, den Tod eines Menschen nicht verhindert zu haben obwohl ich es hätte tun können, nicht mehr loslassen würde.

Ich könnte es weder mit meinem moralischen noch mit meinem ärztlichen Gewissen vereinbaren, diese Patientin sterben zu lassen.

Aus der Auseinandersetzung mit einem sowohl rechtlich als auch moralisch schwierigen Fall wie diesem kann ich gewisse persönliche Schlussfolgerungen ziehen.

Während meiner Tätigkeit als Ärztin werde ich mich vielleicht mit einem ähnlichen Fall, ganz sicher aber mit einem Patienten, der eine PV aufgesetzt hat, konfrontiert sehen. Sollte ich in die Situation kommen, dass mich ein Zeuge Jehovas um eine operative Behandlung bittet, werde ich mich mit diesem Patienten an einen Tisch setzen und ihm meinen Standpunkt zu seinen Vorstellungen erklären. Ich finde es wichtig, dass dieser im Vorhinein weiß, dass ich soweit als möglich auf seine PV Rücksicht nehmen werde, aber in einer lebensbedrohenden Situation auf Bluttransfusionen zurückgreifen werde. Sind die Behandlungsvorstellungen beider Seiten somit geklärt und ist der Patient nicht damit einverstanden, so muss er sich um einen anderen Arzt bemühen.

Literaturverzeichnis

- 1: Die Zeugen Jehovas. Available at:
<http://www.weltanschauungsfragen.at/information/z/articles/2007/03/29/a2511>.
Accessed October 11, 2010
- 2: Die Zeugen Jehovas. Available at:
<http://www.relinfo.ch/zj/geschichte.html>. Accessed October 11, 2010
- 3: Die Zeugen Jehovas. Available at:
<http://www.jehovas-zeugen.at/Geschichte.6.0.html>.
Accessed October 11, 2010
- 4: Die Zeugen Jehovas. Available at:
http://de.wikipedia.org/wiki/Zeugen_Jehovas. Accessed October 11, 2010
- 5: Die Zeugen Jehovas. Available at:
<http://www.zeugen-jehovas.at/anerkennung.4.0.html>.
Accessed November 7, 2010
- 6: Die Zeugen Jehovas. Available at:
http://de.wikipedia.org/Zeugen_Jehovas_im_Nationalsozialismus.
Accessed November 7, 2010
- 7: Garbe D. Zwischen Widerstand und Martyrium - die Zeugen Jehovas im dritten Reich. München: Oldenbourg; 1998. p.28
- 8: Die Zeugen Jehovas. Available at: <http://www.watchtower.org/x/jt/index.htm>.
Accessed November 7, 2010
- 9: Bayerl M. Die Zeugen Jehovas: Geschichte, Glaubenslehre, religiöse Praxis und Schriftverständnis in spiritualitätstheologischer Analyse. Hamburg: Kovac; 2000. p.76-82
- 10: Bayerl M. Die Zeugen Jehovas: Geschichte, Glaubenslehre, religiöse Praxis und Schriftverständnis in spiritualitätstheologischer Analyse. Hamburg: Dr. Kovač; 2000. p.87-88
- 11: Der Wachturm. Available at:
http://www.watchtower.org/x/200608/article_03.htm.
Accessed November 8, 2010
- 12: Rauch U, Schüssler U. Zeugen Jehovas: Dokumente, Daten, Hintergründe. Frankfurt am Main: Josef Knecht; 1998. p.105-106

- 13: Transfusionsalternativen. Bedarfsgerecht und Patientenorientiert. Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, 2002. VHS
- 14: Bertel C, Schwaighofer K . Österreichisches Strafrecht-Besonderer Teil 1 (§§75 bis 168e StGB). Wien: Springer; 2010. p.130-133
- 15: Jahn B. Die Erstellung einer Patientenverfügung – Erfahrungen aus der Praxis. Wien med Wochenschr. 2009;159/17–18:419-430.
- 16: Barta H, Kalchschmid G. Die Patientenverfügung in Europa. Wien med Wochenschr. 2004;116/13:442-457.
- 17: Ernst G. Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. Ethik in der Medizin 3. 2008;20:240-247.
- 18: Geport C. Das neue österreichische Patientenverfügungsrecht. Notfall Rettungsmed. 2007;10:289–292.
- 19: Martino M. Wille oder Indiz für mutmaßlichen Willen? Die Konzeptualisierung und strafrechtliche Bedeutung der Patientenverfügung im Kontext einer kulturübergreifenden Bioethik. Ethik Med. 2008;20:248–257.
- 20: Ilkilic I. Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 2008;51:857–864.
- 21: Knecht M. Jenseits von Kultur: Sozialanthropologische Perspektiven auf Diversität, Handlungsfähigkeit und Ethik im Umgang mit Patientenverfügungen. Ethik Med. 2008;20:169–180.
- 22: Kohlhofer R. Das Patiententestament aus der Sicht der Zeugen Jehovas: In: Kopetzki (Hrsg). Antizipierte Patientenverfügungen: „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Schriftreihe Recht der Medizin Band 10: Manz; 2000. p.143-152
- 23: Herold G.et al. Innere Medizin. Köln: Gerd Herold; 2008. p.867
- 24: Habler O, Voß B. Perioperatives Management bei Zeugen Jehovas: Spezielle Berücksichtigung der religiös motivierten Ablehnung von Fremdblut. Anaesthesist. 2010;59:297-305.
- 25: Neuhof H, Hirsch J, Hempelmann G. Kreislaufphysiologische Grundlagen. In: Mueller-Eckhardt C. Transfusionmedizin: Grundlagen-Methodik-Therapie. Berlin: Springer Verlag; 2003. p.42-43

- 26: Rump G, Braun R, Jahn U, Krakowitzky P, Sibrowski W, Van Aken H.
Transfusionsmedizin compact. Stuttgart: Thieme; 2003. p.22-23
- 27: Nestle-Kräming C. Prophylaxe und Therapie der perioperativen Anämie.
Gynäkologe. 2002;35:1185-1193.
- 28: Singbartl G, Walther-Wenke G. Transfusionspraxis:
Perioperatives Management. Heidelberg: Springer; 2003. p.96-98
- 29: Marko T. Vorlesung aus dem Modul "Schmerz und Extremsituationen" im Juni
2010: Blutkomponententherapie in der klinischen Praxis.
- 30: Striebel H.W. Die Anästhesie Band 1. Stuttgart: Schattauer; 2010. p.663-664
- 31: Larsen R. Praxisbuch Anästhesie. München: Urban&Fischer; 2009. p.503-504
- 32: Bender A.W. Eingeschränkte Verbindlichkeit des Vetos eines Zeugen Jehovas
gegen eine Bluttransfusion selbst bei ausdrücklicher und aktueller
Willensäußerung in einer Patientenverfügung. MedR. 2003;3:174-179.
- 33: Kienapfel D, Höpfel F. Strafrecht-Allgemeiner Teil. Wien: Manz; 2009. p.57-62
- 34: Kinapfel D, Höpfel F. Strafrecht-Allgemeiner Teil. Wien: Manz; 2009. p.80-82
- 35: Fonk P. Das Gewissen. Was es ist-wie es wirkt-wie es bindet. Kevelaer:
Toposplus; 2004. p.10-11
- 36: Der hippokratische Eid. Available at:
http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates. Accessed April 12, 2011
- 37: Hick C. Klinische Ethik. Berlin: Springer; 2006. p.3-5
- 38: Ärztliches Ethos. Available at:
[http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/Prof. Hornstein-Berufsethos.pdf](http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/Prof._Hornstein-Berufsethos.pdf).
Accessed March 24, 2011
- 39: Wachsmuth W. Reden und Aufsätze 1930-1984. Berlin: Springer; 1985. p.113
- 40: Fonk P. Das Gewissen. Was es ist-wie es wirkt-wie es bindet. Kevelaer:
Toposplus; 2004. p.21-26