

Kommentar

zur Vereinbarung fber die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion des Berufsverbandes Deutscher Anfsthesisisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen*

W. WeiBbauer

Die Entwicklung der Transfusionsmedizin hat das Behandlungsrisiko bei Operationen mit hohen Blutverlusten drastisch reduziert und Behandlungsmfglichkeit in bisher aussichtslosen Fllen erffnet.

Der medizinische Fortschritt hat auch hier seinen Preis in Form methodenspezifischer Risiken. Wer die firtliche (und rechtliche) Verantwortung im Rahmen einer Bluttransfusion bernimmt, muB die dafur entwickelten Leistungs- und Sorgfaltsstandards beherrschen¹⁾. Ffr keinen anderen abgegrenzten Bereich der Medizin dfirfte es ein so dichtes Netzwerk an Kunstregeln geben, wie sie in den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesfirtztekammer und des Bundesgesundheitsamtes zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion (Neufassung 1987) niedergelegt sind²⁾.

Aufgabenteilung und Kooperation

Intra- und zum Teil auch perioperative Bluttransfusionen erfordern eine enge Kooperation zwischen den an ihr beteiligten Spezialisten. Zu der ohnehin oft schwierigen Aufgabenabgrenzung zwischen Operateur und Anfthেসist kommt die Arbeitsteilung mit dem Transfusionsmediziner. Je komplizierter eine Arbeitsteilung wird, desto grfBer wird auch die Gefahr der Kooperationsmangel und der Verstfndigungsfehler. Die „Richtlinien“ gehen auf diese Kooperationsprobleme nicht nher ein.

Zweck der interdisziplinfren Vereinbarung fber die Bluttransfusion ist es, fhnlich wie beim Lagerungsabkommen, Chirurgen und Anfthেসisten Regeln ffr die zweckmffBige Aufgabenverteilung an die Hand zu geben. Es werden damit die

Grundsfitze der Vereinbarung fber die Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anfthেসisten bei der operativen Patientenversorgung ffr einen speziellen Operationsbereich ergfntzt und weiterentwickelt.

Die Vereinbarung will Lficken ffillen. Sie lffBt es den Beteiligten offen, lokale Absprachen zu treffen, die von der in der Vereinbarung vorgesehene Aufgabenteilung abweichen.

Das methodenimmanente Restrisiko

Es bleibt trotz strikter Beachtung aller Leistungsstandards und trotz sorgfiftiger Organisation bei der Bluttransfusion ein methodenspezifisches Restrisiko. Die Gefahr der fbertragung von AIDS, die inzwischen auf eine minimale Frequenz reduziert werden konnte, gab den AnstoB, das Transfusionsrisiko neu zu fberdenken. Im Vordergrund der heute noch nicht beherrschbaren Transfusionsgefahren steht die fbertragung der Hepatitis Non A Non B. Allein schon die relative Hfufigkeit und Schwere dieser Infektion zwingt dazu, die Indikation ffr die homologe Bluttransfusion kritisch zu stellen und in der Operationstechnik den blutsparenden Verfahren einen hfhieren Stellenwert einzurfumen, darfber hinaus aber die Mfglichkeit oder Notwendigkeit einer Bluttransfusion schon bei der Planung von Operationen in Rechnung zu stellen.

* Anfsth. Intensivmed. 30 (1989) 376 - 378

1) Dazu WeiBbauer, W.: Rechtliche Probleme der Bluttransfusion, Anfsth. Intensivmed. 29 (1988) 133 - 137

2) Auszugsweise abgedruckt in Anfsth. Intensivmed. 29 (1988) 90 - 91

Neueste Fassung: 1996 (die Red.)

Zum Text der Vereinbarung:

1. Präoperative Phase

1.1, 1.2 Es ist Sache des Operateurs zu prüfen, ob die zu erwartenden eingriffsspezifischen Blutverluste oder individuelle Risikofaktoren, wie etwa Blutgerinnungsstörungen, eine prä-, intra- oder postoperative Bluttransfusion erforderlich machen können. Ist nach der Einschätzung des Operateurs eine Transfusion notwendig oder wahrscheinlich, so hat er ihre Risiken in die Abwägung der indizierenden und kontraindizierenden Faktoren einzubeziehen. Je weniger notwendig und dringlich ein Eingriff ist, desto mehr Gewicht gewinnen die Risiken der Bluttransfusion für die Entscheidung über die Operationsindikation.

Primär hat der Operateur dafür zu sorgen, daß die benötigten Blutkonserven/Blutderivate bereitgestellt werden. Da der Anästhesist intraoperativ die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen trägt, hat auch er aus der Sicht seines Faches zu prüfen, ob wegen Begleitkrankheiten eine Bluttransfusion erforderlich werden kann. Seit jeher findet sich in dem vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlenen Aufklärungs- und Anamnesebogen die Frage nach Bluterkrankungen und nach Blutgerinnungsstörungen. Der Anästhesist wird den Operateur informieren müssen, wenn er Begleitkrankheiten feststellt, die dieser möglicherweise nicht in Rechnung gestellt hat.

Daß bei Meinungsdivergenzen auch der Anästhesist für die Bereitstellung von Blut zu sorgen hat, entspricht ebenso wie die in 1.2 empfohlene präoperative Blutgruppenbestimmung den Erfordernissen der Patientensicherheit.

1.3 Die autologe Bluttransfusion ist gegenüber der homologen die sicherere Methode (vgl. Nr. 9 der ergänzenden Empfehlungen zu den Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion³⁾) und risikoärmere Methode, da die Gefahr der Übertragung von Infektionen und immunologischer Reaktionen bei sachgemäßer Durchführung unwahrscheinlich sind.

Prinzipiell räumt die Rechtsprechung dem Arzt Methodenfreiheit ein. Stehen aber zwei gleich wirksame Methoden zur Wahl, so muß sich der Arzt grundsätzlich für die risikoärmere entscheiden. Kommt es bei einer homologen Transfusion zu einer Infektion, so wird künftig aus forensischer Sicht zu prüfen sein, ob sie durch eine autologe Transfusion hätte vermieden werden können. Der Anwendungsbereich der Eigenblutspende ist freilich nicht nur unter medizinischen Aspekten begrenzt. Er scheitert regional oder lokal oft auch an organisatorischen oder finanziellen Problemen. Die Fremdblutkonserven sind über den Pflegesatz zu finanzieren, die ärztlichen Honorare für die ambulante Herstellung der Eigenblutkonserven gehen dagegen bei Kassenpatienten zu Lasten des gedeckelten Gesamthonorars der Kassenärztlichen Vereinigungen. Relativ unproblematisch ist danach nur die Herstellung der Eigenblutkonserven durch die Blutspendedienste und ihre Finanzierung aus dem Pflegesatz, ähnlich wie beim Bezug der Fremdblutkonserven. Der Hinweis auf die Probleme, die derzeit der Realisierung der Eigenblutspende oft noch entgegenstehen, wird Operateur und Anästhesist freilich nur dann entlasten, wenn sie es - am besten in nachweisbarer Form - wenigstens nachdrücklich versucht haben, in ihrem Haus die Voraussetzungen der Eigenblutspende zu schaffen. Die hausinterne Aufgabenteilung zwischen Operateur und Anästhesist bei der Organisation der Eigenblutspende behält die Vereinbarung lokaler Absprachen vor. Zu beachten ist, daß die Herstellung der Eigenblutkonserven unter das Arzneimittelgesetz fällt. Die Erlaubnispflicht nach § 13 entfällt jedoch, wenn die Herstellung der Eigenblutkonserven und von Blutzubereitungen, das Tiefgefrieren und Lagern, in der Hand des gleichen Arztes liegen, der das Blut retransfundiert.

³⁾ Anästh. Intensivmed. 29 (1988) 91 - 92
Neue Fassung: Anästh. Intensivmed. 35 (1994) 82 - 83
(die Red.)

Die Personenidentität des Herstellenden und Anwendenden wird freilich auch dann bejaht werden können, wenn es sich um Ärzte der gleichen Fachabteilung handelt, weil die ärztliche und rechtliche Gesamtverantwortung für diese Vorgänge beim leitenden Abteilungsarzt liegt⁴⁾.

2. Intraoperative Phase

2.1 Die wechselseitige Informationspflicht erstreckt sich auf alle Umstände, die im Arbeitsbereich des Partners Bedeutung erlangen können.

2.2 Es ist allgemeine Übung, daß der Anästhesist die intraoperative Bluttransfusion durchführt. Er hat die für die Transfusion geltenden Sorgfaltsregeln zu beachten, insbesondere also Abschnitt 5 der „Richtlinien“ mit den Bestimmungen zur Identitätssicherung. Zweifelhafter könnte sein, wer die Indikation zur Bluttransfusion stellt. Zu denken ist an das Verursacherprinzip und an den Grundsatz, daß derjenige, der mit seiner Methode Komplikationen verursacht, auch für die Zwischenfallstherapie zuständig ist. Die nähere Analyse führt jedoch zu dem Ergebnis, daß die Aufgabe des Operateurs primär darin besteht, die Blutung zu stillen. Da größere Blutverluste die Sauerstoffkapazität und das Blutvolumen reduzieren, wirken sie sich im Bereich der Vitalfunktionen aus, deren Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung intraoperativ zu den Aufgaben des Anästhesisten gehören. Der Anästhesist trägt damit die Verantwortung für die Entscheidung, ob und von welchem Zeitpunkt ab eine Transfusion durchzuführen ist, was zu transfundieren (Blut, Blutderivate) ist und in welcher Menge.

2.3 Auch intraoperativ wird in geeigneten Fällen von der autologen Bluttransfusion unter Einsatz des Cell-Savers Gebrauch gemacht werden können und Gebrauch gemacht werden müssen. Offen läßt die Vereinbarung, wer über den Einsatz des Cell-Savers entscheidet und ihn bedient. Auch dies soll der lokalen Einigung überlassen bleiben.

3. Postoperative Phase

Die Aufgabenabgrenzung beruht auch hier - wie in 2.2 - auf dem Prinzip, daß derjenige für die Entscheidung über eine Bluttransfusion zuständig sein soll, dem die Sorge für die Vitalfunktionen obliegt.

4. Die Eingriffsaufklärung

Die Bluttransfusion bedarf der Einwilligung des Patienten, die ausdrücklich, aber auch stillschweigend erteilt werden kann. Wirksam ist die Einwilligung des Patienten aber nur dann, wenn er die für seine Entscheidung wesentlichen Umstände kennt. Das dazu erforderliche Wissen muß ihm der Arzt im Rahmen des Aufklärungsgesprächs vermitteln. Daß über die Bluttransfusion im Regelfall aufzuklären ist, wenn sie im Rahmen einer konservativen Behandlung durchgeführt wird, aber auch wenn sie prä- oder postoperativ erfolgt, kann nicht zweifelhaft sein; in Nr. 5 der „Richtlinien“ wird dies auch ausdrücklich hervorgehoben.

Zu beachten ist freilich, daß die Rechtsprechung die Anforderungen an die Intensität der Aufklärung deutlich reduziert, wenn eine Behandlungsmaßnahme vital indiziert und dringend ist; dies muß auch für die Bluttransfusion gelten und insbesondere für die Aufklärung über die intraoperative Transfusion. Daß die Aufklärung hier besonders problematisch ist, liegt auf der Hand. Es handelt sich bei der Bluttransfusion um einen (potentiellen) Nebeneingriff unter einer Reihe anderer Nebeneingriffe. Es liegt nahe, eine spezielle Aufklärung über die intraoperative Bluttransfusion und über ihre Risiken nur dann zu fordern, wenn der Eingriff weder vital indiziert noch dringend ist und mit der Möglichkeit einer Bluttransfusion ernsthaft gerechnet werden muß.

4.1 Die Eingriffsaufklärung bei prä- und postoperativen Bluttransfusionen ist Aufgabe des behandelnden Arztes, der auch über ihre Anordnung

⁴⁾ Dazu Weißbauer, W.: Herstellungserlaubnis für Eigenblutspenden? Anästh. Intensivmed. 29 (1988) 328

und Durchführung entscheidet. Dies schließt aber nicht aus, daß der Anästhesist aufgrund der Vereinbarung mit anderen Fachabteilungen Bluttransfusionen außerhalb seines unmittelbaren Aufgabenbereiches übernimmt. Es bedarf dann auch einer Einigung der Beteiligten darüber, wer für die Aufklärung des Patienten zuständig sein soll.

4.2 Da der Chirurg bei der Prüfung der Operationsindikation die Notwendigkeit oder Wahrscheinlichkeit einer intraoperativen Bluttransfusion zu berücksichtigen hat, fällt auch die Aufklärung über diesen Nebeneingriff in seinen Zuständigkeitsbereich.

Lehnt der Patient die Bluttransfusionen ab, sei es auch aus rational nicht nachvollziehbaren Gründen, wie etwa die Zeugen Jehovas, so ist dies für den Arzt bindend. Läßt sich vorhersehen, daß intra- oder postoperativ eine Bluttransfusion zwingend notwendig wird, so muß die Operation unterbleiben, wenn der Patient trotz eingehender Belehrung auf seiner Verweigerung der Bluttransfusion beharrt. Dies gilt auch dann, wenn die Operation vital indiziert und dringend ist.

Ist eine sichere Prognose hinsichtlich der Notwendigkeit einer Bluttransfusion nicht möglich, so sollte sich der Arzt für die Operation entscheiden, wenn sie vital indiziert ist und er sie auch dann durchführen würde, wenn ihm aus faktischen Gründen die Möglichkeit einer Bluttransfusion nicht zur Verfügung stünde. Kommt es dann zu einer Situation, in der nur noch die Transfusion das Leben retten kann, so handelt der Arzt rechtmäßig, der die Willensentscheidung des Patienten respektiert und auf die Transfusion verzichtet. Es wird aber auch demjenigen, der sich in dieser notstandsähnlichen Situation, in der Gewissensentscheidung gegen Gewissensentscheidung steht, für die Transfusion entscheidet, kein strafrechtlicher Vorwurf gemacht werden können⁵⁾.

Da hier jeder nur nach seinem Gewissen entscheiden kann, aber ein einheitliches Vorgehen geboten ist, sollten Anästhesist und Operateur durch ein präoperatives Gespräch klären, wie in der äußersten Grenzsituation verfahren werden

soll. Das Operations- und Anästhesieteam, das für den Eingriff bei einem Zeugen Jehovas bereitgestellt wird, sollte hier übereinstimmender Meinung sein.

Auch die autologe Bluttransfusion in Form der Eigenblutspende lehnen die Zeugen Jehovas ab. Dagegen scheint ein Teil der Zeugen Jehovas die autologe Transfusion mit Hilfe des Cell-Savers, falls das Blut innerhalb eines geschlossenen Kreislaufs retransfundiert wird, zu tolerieren. Dies sollte vor dem Eingriff abgeklärt und in allen geeigneten Fällen die Autotransfusion vorbereitet werden. Wer nicht über diese Möglichkeit verfügt, sollte die Behandlung an ein besser ausgestattetes Haus abgeben.

4.3 Da der Anästhesist für die Anordnung und Durchführung der Bluttransfusion zuständig ist, erscheint es als zweckmäßig, auf sie auch im Rahmen der anästhesiologischen Aufklärung einzugehen. In den vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlenen Aufklärungs- und Anamnesebögen wird die Bluttransfusion seit jeher als möglicher Nebeneingriff erwähnt und darauf hingewiesen, daß auch Nebeneingriffe ihre spezifischen Risiken haben. Damit wird es dem Patienten anheim gestellt, weiterführende Fragen zu stellen oder bewußt darauf zu verzichten.

Der Dokumentationsteil des Aufklärungs- und Anamnesebogens bezieht die Bluttransfusion ausdrücklich in die Einwilligungserklärung des Patienten ein. Bei der nächsten Überarbeitung der Bögen sollen diese Hinweise noch etwas verdeutlicht werden.

⁵⁾ Vgl. dazu im einzelnen Weißbauer, W. Hirsch, G.: Verweigerung der Bluttransfusion aus religiösen Motiven, Anästh. Intensivmed. 20 (1979) 273 - 277