

Der Zeuge Jehovas als Patient

Herr B.G. ist begeisterter Motorradfahrer. Schon mit 18 Jahren hat er sich eine schwere Maschine von seinem Gehalt abgepart. Trotz guter und seriöser Fahrweise kommt es auf einer Bergstraße zu einem folgenschweren Unfall. Schwerstverletzt wird er mit dem Hubschrauber in das nächstgelegene Krankenhaus eingeliefert. Schon bei der Bergung macht er seine Retter darauf aufmerksam, daß er Zeuge Jehovas sei und Bluttransfusionen ablehne. Er würde lieber sterben wollen, als sich eine Bluttransfusion geben lassen.

Sein Zustand bei der Einlieferung im Krankenhaus ist ernst. Es wird eine schwere Beckentrümmerfraktur, ein Oberschenkelbruch rechts, eine Kniegelenkszerreiung links und ein Unterschenkelbruch links festgestellt. Er befindet sich im hypovolaemischen Schock. Während des Transportes hat er bereits mehrere Liter Infusionslösung bekommen. Im Krankenhaus informiert er immer wieder die behandelnden Ärzte, daß er Bluttransfusionen aus Glaubensgrnden ablehne. Auf die etwas verärgert hingeworfene Bemerkung, daß er dann eben den Unfall nicht berleben werde und an seinem Tod selber schuld sei, gibt er zur Antwort: Er wolle lieber sterben, als eine Bluttransfusion bekommen. Mittlerweile sind die ersten Laborkontrollen vorhanden und entsprechend dem unfallbedingten Blutverlust liegt ein schwerer Hmatokritabfall vor. Der Blutdruck kann allerdings noch einigermaßen stabil gehalten werden.

Der Patient hört mit, daß ein Telefonat eines Anesthesisten mit dem Roten Kreuz stattfindet und 20 Blutkonserven angefordert werden. Er beschwrt die um ihn herum Beschäftigten, daß er keine Blutkonserven bekommen

möchte. Ein neu hinzukommender Arzt hört diese Beteuerungen und versichert dem Patienten, er werde dafür sorgen, daß er wirklich keine Blutkonserven bekomme. Etwas leiser gibt er dem Anesthesisten zu verstehen, wenn der Patient erst einmal narkotisiert ist, dann kann man ohne weiteres die Blutkonserven anhängen.

Die Operation ist zwar nicht notfallsmaig durchzuführen, aber doch akut. Es wird eine operative Stabilisierung der schweren komplexen Beckenfraktur und der Extremitäten - Verletzungen durchgeführt. Für die Operation steht ein Cellsaver zur Verfügung, der es erlaubt, das bei der Operation abgesaugte Blut wieder aufzubereiten und dem Patienten rckzutransfundieren. Es stellt sich allerdings schnell heraus, wie auch vom Anesthesisten schon präoperativ vorausgesehen, daß ohne zusätzlich zugeführtes Fremdblut die vitalen Funktionen nicht aufrecht erhalten werden können. Operateur und Anesthesist einigen sich darauf, daß man erstens dem Patienten die Bluttransfusionen nicht bekanntmachen müsse und zweitens davon ausgehen könne, daß der Patient im tatsächlichen Angesicht des Todes doch sicher seine Meinung geändert hätte.

Nach der Operation geht es dem Patienten schlecht, er muß künstlich beatmet werden, kommt auf die Intensivstation. Er wird nicht über die Bluttransfusionen aufgeklärt, sein Zustand bessert sich rasch. Während des gesamten Aufenthaltes ist er ein sehr netter kooperativer Patient, der gute Fortschritte macht.

Vor dem Unfall war der Patient Mechaniker, mit Verlassen des Krankenhauses widmet er sich ganz den Zeugen Jehovas, er beginnt auch ein Abendstudium und möchte die Matura machen. Er selbst findet, daß ihn das Unfall-

eignis und die Todesnähe zu einem anderen Menschen gemacht haben.

1 1/2 Jahre später sucht der Patient wieder das Krankenhaus auf, weil sich im Operationsbereich eine Fistel gebildet hat. Er hat Fieber und Schüttelfrost. Die ersten Untersuchungen zeigen deutlich, daß eine weitgehend fortgeschrittene Beckenknocheninfektion mit einer Osteomyelitis vorliegt. Eine Fistelfüllung ergibt einen Kanal bis zur Platte und den Schrauben, eine Operation ist erforderlich.

Erfahrungsgemäß bluten ausgedehnte Eingriffe im Beckenknochenbereich, vor allem wenn es sich um eine Infektion handelt, ganz besonders heftig. Die Anwendung eines sogenannten Cellsaver ist wegen der Infektion nicht möglich. Der behandelnde Chirurg klärt den Patienten auf, daß eine Operation nur verantwortet werden könne, wenn er auch einer Bluttransfusion zustimme. Herr B.G. hatte sich aber genau informiert, es gäbe genug andere Blutersatzmittel, die angewendet werden könnten. Es kommt zu einer unschönen Szene zwischen Chirurgen und Patienten, sodaß sich Herr B.G. veranlaßt fühlt, sich beim Primarius zu beschweren.

Dieser gibt dem Oberarzt den Auftrag, den Patienten zu operieren, mit dem augenzwinkernden Hinweis, daß selbstverständlich Bluttransfusionen, falls sie erforderlich seien, gegeben werden müssen. Die Verantwortung dafür nehme er natürlich auf sich.

Ein Operationstermin wird festgelegt und der Patient deponiert nochmals ausdrücklich seine Ablehnung gegen Blutkonserven. Die Operation wird durchgeführt, wie erwartet kommt es zu einer heftigen Blutung, es werden keine Konserven verabreicht. Der Kreislauf ist durch kolloidale Lösungen gerade noch zu halten, wegen des Verdachts einer zerebralen Hypoxie kommt der Patient aber postoperativ auf die Intensivstation.

Er erscheint nach der Operation psychisch verändert, die Infektion im Beckenbereich ist aber gut beherrscht und es kommt zu einer komplikationslosen Wundheilung.

Die Eltern erheben schwere Vorwürfe gegen die Behandlung und drohen ein Verfahren wegen unterlassener ärztlicher Hilfeleistung an. Erst nach einem langen Aufklärungsgespräch und nicht zuletzt auch auf Bitten des Patienten selbst, gehen sie mit ihrem Vorwurf nicht an die Öffentlichkeit.