



## Frage:

Im vorliegenden Fall wollte der Chirurg die Transfusion, der Anästhesist sah sie als nicht indiziert an und verweigerte die Transfusion. Daraufhin sah sich der Chirurg außer Stande, die Operation fortzuführen und beendete den Eingriff. Wie steht es in einem solchen Fall um die juristische Verantwortung für die Durchführung oder Nicht-Durchführung der Transfusion, wenn sich im OP Anästhesist und Chirurg nicht einig sind, ob transfundiert werden soll oder nicht?

## Antwort:

Formal ist diese Frage einfach zu beantworten. Im Jahr 1989 wurde eine spezielle „Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion“ zwischen dem Berufsverband der Deutschen Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen geschlossen (1). In dieser Vereinbarung ist die Frage nach der medizinischen und juristischen Verantwortung für die Indikationsstellung und die Durchführung einer Bluttransfusion in der intraoperativen Phase klar geregelt. Es heißt dort:

### „2. Intraoperative Phase

- 2.1 Chirurg und Anästhesist informieren sich wechselseitig über von der Norm abweichende Blutverluste.
- 2.2 Der Anästhesist entscheidet über die Bluttransfusion und führt sie durch. Die Indikation zur Bluttransfusion ist streng zu stellen. Der Anästhesist trägt

die ärztliche und rechtliche Verantwortung

- für die Entscheidung, ob und zu welchem Zeitpunkt eine intraoperative Bluttransfusion angezeigt ist und
- für die Beachtung der Sorgfaltsregeln, die für die Durchführung der Bluttransfusion gelten.“

Daraus lässt sich unzweideutig ableiten, dass die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Indikationsstellung und ebenso für die praktische Durchführung der Bluttransfusion in der intraoperativen Phase beim Anästhesisten liegt, auch im beschriebenen Fall.

Mit der Frage, ob die Verantwortung für die Indikationsstellung zur intraoperativen Bluttransfusion nicht doch in Teilen auch dem Chirurgen

zufalle, hat sich Walter Weißbauer befasst (2). Er schrieb: „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.“

Die rechtliche Relevanz der Vereinbarung der beiden Berufsverbände für die gesamte operative Medizin - und nicht nur für die eigentliche Chirurgie - steht heute außer Frage. Denn der Bundesgerichtshof (BGH) hat zum einen die Bedeutung der Vereinbarung für das Haftungsrecht anerkannt (3) und ihr zum anderen Ausstrahlungswirkung auf alle opera-



tiven Fachgebiete in der Medizin zugebilligt (4). Klinisch ist die Antwort auf die Frage vielleicht aber doch komplizierter, worüber sich aber ohne weitere Kenntnis der Details dieses Einzelfalls nur spekulieren lässt. War die Indikationsablehnung durch den Anästhesisten vielleicht falsch, weil sich dem Chirurgen ein operatives Bild bot, das ihn sehr konkret und gut begründet eine plötzlich verstärkte Blutung bei Operationsfortsetzung fürchten lassen musste? Hinzu können logistische Aspekte kommen, die mit der Indikationsstellung zur Transfusion interferieren. Waren im konkreten Fall schon gekreuzte Erythrozytenkonzentrate im OP-Bereich vorhanden? Oder ging es darum, sie überhaupt erst anzufordern? Wie lange wäre das zeitliche Intervall zwischen Indikationsstellung und Transfusionsbeginn im konkreten Fall voraussichtlich gewesen? Wäre im Falle einer zu starken Anämisierung mit der möglichen Folge der Entwicklung einer diffusen Blutungsneigung die gesamte Palette der Hämotherapie einschließlich Thrombozyten und Gerinnungsfaktorkonzentraten aller Art verfügbar gewesen?

Diese Fragen zeigen, dass die Indikationsstellung zur Transfusion durchaus von vielen Begleitumständen abhängen kann. Darüber hinaus muss die Indikationsstellung zur

Transfusion natürlich und vor allem individuelle gesundheitliche Gegebenheiten beim einzelnen Patienten einbeziehen. Die generelle Forderung nach strenger Indikationsstellung lässt daher vielerlei Ermessensspielräume offen. Zwar sind die richtigen Transfusionstrigger für kreislaufstabile Patienten auf Intensivstationen inzwischen einigermaßen gut durch Studien abgesichert. Aber dies gilt keineswegs genauso für die intraoperative Phase, wo zum Beispiel hämostaseologische und rheologische Überlegungen Anlass geben können, etwas weniger restriktive Transfusionstrigger anzuwenden als bei Patienten auf der Intensivstation (5).

Ganz sicher ist die Entscheidung über eine Transfusion in der intraoperativen Phase kein geeigneter Gegenstand, um grundsätzliche Streitigkeiten auszutragen. Wenn im konkreten Fall eine an sich indizierte Fortsetzung oder Erweiterung eines operativen Eingriffs unterblieben ist, erweckt dies den Verdacht, dass mindestens einer der beteiligten Ärzte seinen Entscheidungsspielraum, der in dieser Frage immer besteht, nicht angemessen ausgeschöpft hat. Andererseits muss man

aber auch feststellen, dass selbstverständlich alleine die Drohung des Operateurs mit dem Abbruch des Eingriffs den Anästhesisten nicht davon abhalten darf, die Transfusion abzulehnen, wenn sie (offensichtlich) nicht indiziert ist.

Der vorgestellte Fall zeigt zweierlei gut. Erstens: Chirurg und Anästhesist sitzen vor Gericht in einem Boot. Der Anästhesist trägt die Verantwortung für die Nicht-Durchführung der Bluttransfusion und der Chirurg für die Nicht-Fortführung der Operation. Fällt die Entscheidung über das intraoperative Vorgehen im Konsens, sind die haftungsrechtlichen Gefahren für beide Ärzte geringer. Zweitens: Medizinische Vereinbarungen, Richtlinien und Leitlinien werden niemals die uneingeschränkte Bereitschaft zum optimal aufeinander abgestimmten kollegialen ärztlichen Handelns zum Wohle des Patienten ersetzen können.

^  
**Prof. Dr. med. Robert Zimmermann**

Abteilung für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie  
am Universitätsklinikum Erlangen

**Dr. jur. Albrecht W. Bender**

Universitätsklinikum Erlangen

**Die Literaturhinweise finden Sie  
im Internet zum Download unter:  
[www.drk-haemotherapie.de](http://www.drk-haemotherapie.de)**