

Elektronischer Sonderdruck für die  
Wash & Rent GmbH

Ein Service des G & S Verlages

■ **Inhalt**

Verantwortungszuordnung und haftungsrechtliche Aspekte  
bei der Thromboseprophylaxe

In: RDG 2011 (8. Jhg.), Sonderausgabe „Versorgungsqualität in  
der Wundversorgung und Thromboseprophylaxe“, S. 34-37

**G & S**  
Verlag



# Verantwortungszuordnung und haftungsrechtliche Aspekte bei der Thromboseprophylaxe

Von Prof. Dr. Volker Großkopf und Michael Schanz

## Einleitung

Die gravierenden Folgen einer fehlgeschlagenen medizinischen Behandlung und die Möglichkeit, vor den Zivilgerichten einen materiellen Ausgleich zu erlangen, haben in der Vergangenheit zu einem deutlichen Anstieg von Haftungsklagen gegen medizinisches Personal geführt. Je mehr Ärzte und/oder Pflegekräfte an einem Behandlungsprozess beteiligt sind, desto wichtiger wird die klare Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche.

Diese elementare Voraussetzung gilt natürlich auch für das breite Spektrum der Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Thromboseprophylaxe, die in Deutschland mittlerweile einen hohen Standard erreicht und zu einer erfolgreichen Reduzierung von thromboembolischen Komplikationen geführt hat.

Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass trotz des Einsatzes wirkungsvoller Prophylaxemaßnahmen ein erhebliches Thromboserisiko verbleibt. Nach Expertenschätzungen sterben in Deutschland jährlich etwa 20000 Menschen aufgrund von Thromben aus tiefen Bein- und Beckenvenen.<sup>1</sup>

Im Bereich der Thromboseprophylaxe erlangen vor allem jene Fälle eminente juristische Relevanz, bei denen klinische Anzeichen fehlinterpretiert oder missachtet wurden. Zumeist unterblieb hier in der Folge eine weitere diagnostische Abklärung, sodass die betroffenen Patienten thromboembolische Komplikationen mit organischen Funktionseinbußen hinnehmen mussten.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Göltner, Fischbach und Pfleger (1992).

<sup>2</sup> Vgl. hierzu OLG Celle vom 26. 7. 1993 (Az.: 1 U 36/92) = RDG-Urteilkartei 02/2005.

Zu den Besonderheiten derartiger Haftungsfälle zählt, dass die Maßnahmen, die der Entstehung eines Thrombus entgegenwirken sollen, sowohl dem pflegerischen Aufgabenkreis „Krankenbeobachtung“ als auch dem ärztlichen Kompetenzfeld „Diagnose“ zuzurechnen sind.

## Krankenbeobachtung und Diagnostik

Mit einer Thromboseprophylaxe soll verhindert werden, dass die intravasale Blutgerinnung zur Bildung eines Thrombus führt bzw. dadurch ein Gefäßverschluss verursacht wird.

Die besondere „Kunst“ der Thromboseprophylaxe besteht darin, noch vor dem Auftreten erster Symptome zu erkennen, ob eine Thrombose entstehen könnte. Dies ist aber nur dann möglich, wenn bekannt ist, durch welche Umstände eine Thrombosebildung verursacht werden kann. Daher werden diese den Gesundheits- und Krankenpflegekräften im Rahmen ihrer Ausbildung vermittelt (formelle Qualifikation).

Erkennt eine Pflegekraft bei einem Patienten thrombosetypische Anzeichen, beispielsweise

- Schwere- und Spannungsgefühle,
- belastungsabhängige Fußsohlen- oder Wadenschmerzen,
- ziehende Schmerzen entlang der Venen,
- Schwellungen im betroffenen Bereich oder
- livide Hautverfärbungen,

muss diese Information unverzüglich an den Arzt weitergeleitet werden. Bestätigt sich aus seiner Sicht der Verdacht, ist sofort eine apparative Diagnostik vorzunehmen. Je nach Fragestellung und Lokalisation (Becken, Ober- und Unterschenkel) der Thrombose gehören hierzu die ascendierende Phlebografie, die Duplexsonografie, die B-Bild-Sonografie und ggf. eine Computer- und Magnetresonanztomografie.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Die farbkodierte Duplexsonografie kann bei entsprechender Erfahrung des Untersuchenden häufig die Phlebografie ersetzen (s. AWMF-Leitlinie „Thromboseprophylaxe“).

## Haftungsrechtliche Auswirkungen

Aus dieser Aufgabenbeschreibung leiten sich verschiedene Haftungsszenarien ab: Soweit sich die oben genannte Symptomatik bereits aus der „bloßen“ Krankenbeobachtung erschließen lässt, kann die Fehl- oder Nichtinterpretation einen Verstoß gegen die einzuhaltende pflegerische Sorgfaltspflicht begründen, sodass Versäumnisse dieser Art zu einer Schadenersatzverpflichtung des Pflegepersonals führen können.

Der Arzt haftet hingegen für das Unterlassen bzw. die fehlerhafte Durchführung der weiteren diagnostischen Maßnahmen.

Es entspricht der regelmäßigen Spruchpraxis der Zivilgerichte, unterbliebene diagnostische Abklärungen von Thromboseverdachtsituationen oder Fehlinterpretationen eindeutiger thrombotischer Befunde als groben Behandlungsfehler zu werten.<sup>4</sup> Ist ein Gericht zu einer solchen Bewertung gelangt, folgt daraus, dass eine Ursächlichkeit zwischen dem Behandlungsfehler und dem beim Patienten eingetretenen Schaden vermutet wird. Die Behandlungsseite muss nunmehr beweisen, dass der Behandlungsfehler für die Schädigung nicht ursächlich geworden ist.

Im Leistungsbereich Thromboseprophylaxe ist darüber hinaus zu beachten, dass der Einrichtungsträger verpflichtet ist, das Pflegepersonal entsprechend dem Grad ihrer erwiesenen Zuverlässigkeit zu kontrollieren bzw. durch die eingesetzten Ärzte überwachen zu lassen. Tritt also ein thromboembolischer Schaden aufgrund mangelhafter Personalführung oder -kontrolle auf, kann die „Gesamtbetrachtung“ des Schadensfalls zu einer Inanspruchnahme des Überwachungspflichtigen, d. h. des Einrichtungsträgers, führen.

<sup>4</sup> OLG Oldenburg, VersR 1999, S. 318; OLG Hamm, VersR 2002, S. 315.

## Fußpulsmessung durch Pflegepersonal?

Die Messung des Fußpulses – als diagnostische Maßnahme – ist eigentlich dem ärztlichen Aufgabenbereich vorbehalten. Hieraus folgt jedoch nicht zwangsläufig, dass das Ertasten des Fußpulses durch Pflegepersonal unzulässig ist. Denn grundsätzlich wird anerkannt, dass einzelne Aufgaben aus dem ärztlichen Wirkungskreis auf das Pflegepersonal übertragen werden dürfen.

Voraussetzung hierfür ist, dass vom Pflegepersonal keine objektive Gefährdung für den Patienten ausgeht und es sich dabei auch des Risikopotenzials der angewiesenen Maßnahme bewusst ist bzw. Letztere umfassend beherrscht – zumal die Ermittlung von Vitalwerten (Puls, Temperatur, Atmung) Bestandteil der pflegerischen Ausbildung ist und daher grundsätzlich keine Schwierigkeit für eine qualifizierte Pflegekraft darstellt.

Bei der Delegation von palpatorischen Fußpulsmessungen ist zu beachten, dass das durchführende (examinierte) Pflegepersonal über spezielle Kenntnisse hinsichtlich der Anatomie der Arterien im Fußbereich sowie über fundierte Fähigkeiten beim Ertasten des Pulses verfügt. Sind diese Fertigkeiten nachweislich vorhanden, kann die Durchführung von palpatorischen Fußpulsmessungen auf diese Pflegekraft übertragen werden.

In diesem Zusammenhang ist eine regelmäßige Überprüfung der Befähigung mit entsprechender Dokumentation zu empfehlen.

## Verantwortlichkeiten bei Einleitung und Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen

Über das Erkennen des Thromboserisikos hinaus stellt sich die Frage, wer für die Einleitung und Durchführung der Thromboseprophylaxe verantwortlich ist.

Der ärztlichen Anordnung unterliegen solche prophylaktischen Maßnahmen, die wegen ihrer

umfassenden Wirkung auf den Organismus und aufgrund möglicher Kontraindikationen vom Pflegepersonal nicht in vollem Umfang übersehen werden können.

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass risikolose Prophylaxemaßnahmen vom pflegerischen Personal eigenständig wahrgenommen werden können. Zu diesen (gefahrlosen) Maßnahmen zählen Fuß- und Beingymnastik, Sofort- und Frühmobilisation, der Fußsohlendruck und das Ausstreichen der Beine – sofern durch das jeweilige Krankheitsbild keine Kontraindikationen gegeben sind.

Neben diesen Maßnahmen gibt es Prophylaxen, die zwingend der Anordnung des Arztes bedürfen. Hierzu zählt jede Form der medikamentösen Thromboembolieprophylaxe, wie beispielsweise Heparin, Danaparoid, Fondaparin, Thrombininhibitoren, Hirudin, Vitamin-K-Antagonisten). Die Abwägung von Wirksamkeit und Nebenwirkung kann nur durch den Arzt vorgenommen werden. Er entscheidet über die Art des einzusetzenden pharmazeutischen Mittels, die Höhe der Dosierung sowie die Art der Applikation.

Als weiteres Therapiemittel gegen die Bildung von Blutgerinnseln können sogenannte medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe (MTPS) dienen: Sie komprimieren die oberflächlichen Venen, indem der erzeugte Druck den venösen Blutrückstrom über die tieferen Venen beschleunigt.

Die Indikation zum Tragen von MTPS mag jedoch mitunter infrage gestellt werden: Denn die Kompression des Strumpfes kann beispielsweise bei Patienten mit manifestierten Gefäßverengungen (pAVK) die Restdurchblutung vermindern bzw. ganz unterbinden; es können Nekrosen entstehen, die bis zur kompletten Gewebszerstörung führen. Wegen dieses Gefährdungsgrades und der erheblichen Tragweite möglicher Komplikationen ist die Anweisung zum Anlegen von MTPS der ärztlichen Anordnung vorbehalten.

## Verantwortungsgeflecht Arzt – Pflege

Wenn anordnungsbedürftige Prophylaxemaßnahmen ohne Mitwirkung und Wissen des Arztes erfolgen, liegt das volle Haftungsrisiko bei der eigenmächtig handelnden Pflegekraft. Aber auch dann, wenn die Pflegekraft auf Anweisung eines Arztes tätig wird, heißt dies nicht, dass sie in diesem Fall jeder haftungsrechtlichen Verantwortung enthoben ist. Der Arzt entscheidet zwar über das „Ob“ der Maßnahme – die ausführende Pflegekraft hingegen über das „Wie“. Das bedeutet:

- Der Arzt trägt die Führungs- und Anordnungsverantwortung und ist damit für die sachgerechte Anordnung der Maßnahme sowie für die Auswahl des richtigen Adressaten verantwortlich.
- Die angewiesene Pflegekraft ist für die korrekte, d.h. sach- und fachgerechte Ausführung der angeordneten Maßnahme verantwortlich. Diese Verpflichtung kann für die Pflegekraft auch dann haftungsrechtliche Relevanz entfalten, wenn die ärztliche Anweisung entgegen dem eigenen sicheren Wissen über die Fehlerhaftigkeit ausgeführt wird.

Mit anderen Worten: Weiß die Pflegekraft von der Kontraindikation pAVK, muss sie die Anweisung „Anziehen von MTPS“ ablehnen.

## Wiederaufbereitung von Thrombosestrümpfen

Ein weiteres Problemfeld stellt die Klassifizierung von Thrombosestrümpfen als (nichtinvasives) Medizinprodukt der Klasse 1 dar.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Gemäß der in Anhang IX der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugrunde gelegten Klassifizierungsregeln (Kapitel III) sind alle nichtinvasiven Medizinprodukte grundsätzlich der Klasse 1 zuzuordnen (Regel 1) und gilt explizit für jene, die der Kompression dienen und auf verletzter Haut angewandt werden (Regel 4).

Grundsätzlich zeichnet sich das Medizinproduktrecht zunächst durch das Prinzip der Eigenverantwortung der Hersteller für das Inverkehrbringen von Medizinprodukten aus. Die medizintechnische Sicherheit der MTPS wird jedoch durch deren Einsatzhäufigkeit und durch die Unversehrtheit des Gestrickes bestimmt. Besondere haftungsrechtliche Fragestellungen ergeben sich aus medizinproduktrechtlicher Sicht für die Betreiber (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Reha-Zentren etc.) und die Anwender (behandelnde Ärzte, Pflegepersonal), wenn die MTPS in einem Wasch- und Trocknungsprozess für den erneuten Einsatz wiederaufbereitet werden.

Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit bzw. Gesundheit von Patienten oder Dritten nicht gefährdet wird (§ 4 Abs. 2 MPBetreibV). Risiken können sich aus Rückständen vorangegangener Anwendungen (Sekrete, Blut etc.) oder Veränderungen der Materialbeschaffenheit (Beeinträchtigungen des Kompressionsdruckes wegen fehlerhaften Wasch- und/ oder Trocknungsvorgangs) ergeben. Insoweit sind die unbedingte Beachtung der Herstellerangaben, die Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen und deren Durchführung durch geschultes Personal zu gewährleisten.

Eine ordnungsgemäße Aufbereitung wird dann vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den Hygieneanforderungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird. Abweichungen von der Zweckbestimmung durch den Betreiber oder den Anwender ziehen eigenver-

antwortliches Handeln in Verbindung mit der vollständigen Haftungsübernahme nach sich.

### **Fazit**

Die Thromboseprophylaxe verlangt eine enge Zusammenarbeit und inhaltliche Absprache zwischen ärztlichem, pflegerischem und technischem Personal. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse und Entwicklungen in der Thromboembolieprophylaxe erfordern eine Änderung der Sorgfaltsanforderungen, die auch aus rechtlicher Sicht an das Behandlungsteam zu stellen sind.

Vor allem hinsichtlich der Maßnahmen bei bestehendem Thromboseverdacht werden strenge Maßstäbe angesetzt, die nicht selten zur Feststellung eines groben Behandlungsfehlers mit juristischen Konsequenzen Anlass geben. Deshalb sollten alle Beteiligten bei thrombosegefährdeten Patienten höchste Sorgfalt walten lassen.

Vor dem Hintergrund der verkürzten Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sollten zudem poststationäre Prophylaxemaßnahmen regelmäßig in Erwägung gezogen werden.

### Literatur

- Anhalt, Erhard & Peter Dieners (2003): Handbuch des Medizinproduktrechts. Grundlagen und Praxis. München: C.H. Beck
- Göltner, Ewald, J.U. Fischbach & K. Pfleger (1992): „Der Kompressionsdruck von Antithrombosestrümpfen.“ In: *vasomed*, 5/1992, S. 324-331
- Steffen, U. (1995): „Thromboseprophylaxe und -behandlung. In: Heilberufe Extra. Berlin
- Rehmann, Wolfgang & Susanne Wagner (2004): Medizinproduktegesetz (MPG). München: C.H. Beck

Dieser Beitrag wurde erstmalig veröffentlicht in: RDG 02/2009, S. 26 ff.