

Haftungsrechtliche Aspekte bei der Thromboseprophylaxe und -therapie

PHILIP SCHELLING, KANZLEI ULSENHEIMER ■ FRIEDERICH, MÜNCHEN

Auch mit thromboembolischen Ereignissen, deren Erkennbarkeit, Vermeidbarkeit und Behandlung sind die Gerichte seit Beginn der 1990er Jahre immer häufiger beschäftigt.

Die Verrechtlichung der Medizin schreitet leider unaufhaltsam fort. Immer mehr Patienten werfen ihrem Arzt einen Behandlungsfehler vor und klagen deswegen vor Zivilgerichten auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld oder, was noch schlimmer ist, sie wenden sich an die Staatsanwaltschaft und erstatten Strafanzeige wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung.

Einer der Gründe für diese Entwicklung kann auch darin gesehen werden, dass Patienten erfahrungsgemäß dazu neigen, nicht zwischen Schicksal und Schuld, Unrecht und Unglück zu unterscheiden, sondern aus einer stattgehabten, oftmals schicksalhaften Komplikation bei der Behandlung sofort auf einen Behandlungsfehler des Arztes zu schließen [14].

Zunehmend betroffen ist dabei der niedergelassene Bereich, weil Thrombosen im Zeitalter der DRG's und den damit verbundenen immer kürzeren Liegezeiten kaum noch stationär behandelt werden.

Auffällig ist außerdem, dass nicht nur die Patienten nach Auftreten einer Thrombose Schadensersatzansprüche gegen den Arzt geltend machen, sondern zunehmend auch die Krankenkassen aktiv an den Patienten herantreten, um Informationen über den Behandlungsablauf bzw. mögliche Behandlungsfehler zu erhalten und eigene Schadensersatzansprüche zu prüfen [1].

Dabei ist der Arzt mit einem paradoxen Phänomen konfrontiert: Während auf der einen Seite das Risiko für den Patienten mit den Errungenschaften der modernen Hochleistungsmedizin in den letzten Jahren stetig gesunken ist, ist für ihn das Risiko, in die Fänge der Justiz zu geraten, stark angestiegen.

Auch mit thromboembolischen Ereignissen, deren Erkennbarkeit, Vermeidbarkeit und Behandlung sind die Gerichte seit Beginn der 1990er Jahre immer häufiger beschäftigt. Dies verwundert nicht, geht man davon aus, dass pro Jahr etwa 30.000 bis 40.000 fulminante Lungenembolien und rund 1 Mio. Patienten mit postthrombotischen Syndromen zu verzeichnen sind.

Zunehmend betroffen ist dabei der niedergelassene Bereich, weil Thrombosen im Zeitalter der DRG's und den damit verbundenen immer kürzeren Liegezeiten kaum noch stationär behandelt werden.

Die typischen Vorwürfe der Patienten im Zusammenhang mit thromboembolischen Ereignissen sind mannigfaltig. So wird beispielsweise gerügt:

- die falsche Einschätzung des Thromboserisikos
- die Verordnung einer zu kurzen Prophylaxedauer bzw. einer zu niedrigen Prophylaxedosis
- die unterlassene Differenzialdiagnostik bei Thromboseverdacht
- die Fehldeutung der klinischen Symptomatik oder
- die mangelnde Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen und alternative Behandlungsmöglichkeiten, wobei der Patient bzw. sein Anwalt die Aufklärungsrüge auf die (häufig) unzureichende oder gar fehlende ärztliche Dokumentation stützt.

Damit korrespondierend eröffnen sich für den Arzt bei der Thromboseprophylaxe folgende Haftungsquellen:

- Behandlungsfehler
- Aufklärungsfehler
- Dokumentationsfehler

Haftungsquelle Behandlungsfehler

Für die im Haftungsprozess entscheidende Frage, ob die Thromboseprophylaxe oder -therapie *lege artis* war oder nicht, ist nach ständiger Rechtsprechung auf den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft abzustellen, also auf das Maß an Kenntnis und Können, das sich zum Zeitpunkt der Behandlung in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährt hat, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesichert ist und von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangt werden kann [13].

Da der geltende Behandlungsstandard keine juristische Größe darstellt, sondern das Ergebnis einer medizinischen Diskussion ist, kommt das Gericht im Prozessfall auch nicht umhin, bei einem medizinischen Sachverständigen ein Gutachten in Auftrag zu geben.

Freilich handelt es sich beim Facharztstandard um einen „dynamischen Maßstab“, da neue wissenschaftliche Erkenntnisse den Standard laufend verändern – und damit auch die Sorgfaltsanforderungen, die an den Arzt aus rechtlicher Sicht zu stellen sind.

Deshalb ist es für den niedergelassenen Arzt auch in haftungsrechtlicher Hinsicht wichtig, sich über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Auseinandersetzungen um die Thromboseprophylaxe informiert zu halten, z.B. indem er die einschlägigen Fachzeitschriften des entsprechenden Fachgebiets, in dem er tätig ist, regelmäßig liest [10].

Facharztstandard für Prophylaxeindikation

Dass der Standard zeit- und situationsbezogen ist, sich in ständiger Fortbildung befindet und – überspitzt ausgedrückt – der Behandlungsstandard von heute der Behandlungsfehler von morgen sein kann, zeigt ein Fall, über den der BGH im Jahr 1995 zu entscheiden hatte [18]:

Ein Waldarbeiter hatte sich 1991 eine Nagelkranzfraktur der rechten Großzehe zugezogen, weshalb ihm im Krankenhaus ein Unterschenkelgips angelegt wurde. Auf eine Thromboseprophylaxe wurde verzichtet. Zwei Wochen später diagnostizierten die Ärzte eine tiefe Becken-Beinvenenthrombose.

Da 1991 die Notwendigkeit der Prophylaxe in dieser Situation lediglich diskutiert wurde, aber noch nicht Standard war, konnte der klagende Patient zwar mit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers nicht durchdringen [3], wohl aber mit der Aufklärungsrüge. Denn wenn schon seinerzeit „ernsthafte Stimmen“ in der medizinischen Wissenschaft auf die Gefahr der Thromboseentstehung hingewiesen hatten, hätte der Patient zumindest über die Möglichkeit einer Thromboseprophylaxe aufgeklärt werden müssen [vgl. 3]

Für die im Haftungsprozess entscheidende Frage, ob die Thromboseprophylaxe oder -therapie lege artis war oder nicht, ist nach ständiger Rechtsprechung auf den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft abzustellen.

Wichtige Hilfestellungen bei der Frage nach dem geltenden Standard bei der Thromboseprophylaxe liefern die Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Wichtige Hilfestellungen bei der Frage nach dem geltenden Standard bei der Thromboseprophylaxe liefern die Empfehlungen der Fachgesellschaften, hier insbesondere die der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. So hat sich in der letzten Zeit insoweit ein Konsens herausgebildet, als im **hohen** (Polytrauma, Hüft- und Kniegelenkersatz, Schlaganfall, Herzinfarkt) und **mittleren Risikobereich** (Immobilisation und zusätzliche Risikofaktoren, z.B. Alter über 40 Jahre, Adipositas, Varikosis, Östrogen-Medikation, frühere Thrombose, Herzinsuffizienz, Arthroskopie) auf eine Thromboseprophylaxe nicht verzichtet werden darf. Für den **niedrigen Risikobereich** wurde dagegen noch keine Einigung erzielt und der Arzt ist hier zu einer individuellen Entscheidung unter Abwägung der Nutzen und Risiken aufgerufen. Gleiches galt im internistischen Bereich, wo nach Auffassung der Experten wie Gaibler die Risikogruppen noch „unscharf“ definiert waren. Mittlerweile gibt es eine internationale Leitlinie, in der die Risikogruppen definiert sind [8].

Wichtig: Zwar sind Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen nicht rechtsverbindlich, weil sie den Facharztstandard „nur deklaratorisch“ wiedergeben, ihn aber nicht konstitutiv begründen [11]. Nach einer Entscheidung des OLG Naumburg v. 25.03.2002 (MedR 2002, 471) gilt, dass selbst Leitlinien der AWMF unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung derzeit lediglich Informationscharakter für die Ärzte haben und haben sollen.

Dennoch ist eine **leitlinienkonforme Behandlung, Organisation, Aufklärung und Dokumentation** für den Arzt **ratsam**. Denn finden Leitlinien und Empfehlungen über Sachverständige oder Patientenanwälte Eingang in den Prozess, begründen sie für den betroffenen Arzt, der davon abweicht, einen erheblichen Rechtfertigungszwang. Kann der Arzt hier auf der Grundlage seiner Dokumentation keine medizinisch nachvollziehbare Begründung für die Nichtbeachtung der Leitlinien oder Empfehlungen geben, wird er vor Gericht Schwierigkeiten haben, sich gegen den Vorwurf eines Behandlungsfehlers erfolgreich zu verteidigen.

Facharztstandard Prophylaxedosierung

Dies verdeutlicht das Urteil des OLG Hamm vom 06.05.2002 [2], das mit der Frage der richtigen Prophylaxedosierung befasst war:

Sachverhalt: Ein Patient wurde nach einem Unfall mit einer instabilen offenen Unterschenkelfraktur mit Weichteilschaden in ein Krankenhaus eingeliefert. Zunächst fand eine konservative Behandlung statt. Anschließend wurde die Fraktur in mehreren Operationen versorgt. Obwohl postoperativ eine Thromboseprophylaxe mit 2 x 5.000 I.E. unfraktioniertem Heparin (UFH) veranlasst wurde, entwickelte der Patient eine Lungenembolie und erlitt dabei trotz erfolgreicher Reanimation einen hypoxischen Hirnschaden.

Er klagte gegen die behandelnden Ärzte auf Zahlung von Schmerzensgeld und Schadensersatz – und bekam vom OLG Hamm Recht. Das Gericht sah in der gewählten Dosierung von 2 x 5.000 I.E. einen **groben Behandlungsfehler**, also einen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln und gesicherte medizinische Erkenntnisse, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf [6].

Denn – so das Gericht – sowohl die Leitlinien als auch der beauftragte Sachverständige hätten 3 x 5.000 I.E. gefordert, weil laut Studien nur bei richtiger Dosierung eine deutliche Reduktion des Thrombose- und Lungenembolierisikos erreicht werden könne.

Für ein Abweichen von dieser Empfehlung war für das Gericht kein nachvollziehbarer Grund erkennbar. Den von Behandlerseite erhobenen Einwand der beabsichtigten Kosteneinsparung wies das Gericht mit Hinweis auf die ständige Rechtsprechung des BGH zurück, wonach jedenfalls unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten **Schutz und Sicherheit des Patienten absolute Priorität haben vor allen anderen Aspekten, eben auch vor wirtschaftlichen.**

Der vom Gericht festgestellte grobe Behandlungsfehler führte – wie in allen Haftungsprozessen – zu einer **Umkehr der Beweislast für die Kausalität zu Ungunsten der Ärzte** [7] mit der Folge, dass diese nachweisen mussten, dass selbst bei richtiger Dosierung mit 3 x 5.000 I.E. die Lungenembolie und der Hirnschaden nicht verhindert worden wären, was ihnen jedoch erwartungsgemäß nicht gelang. Das Gericht gab deshalb der Klage des Patienten statt.

Fazit: Auch bei richtiger Risikoeinschätzung, aber falscher Dosierung der medikamentösen Thromboseprophylaxe handelt es sich um einen Behandlungsfehler, gegebenenfalls sogar um einen groben Behandlungsfehler, der zu einer Beweislastumkehr für die Kausalität zum Nachteil des Arztes und damit in aller Regel zu einer Verurteilung führt.

Auch das (insbesondere im niedergelassenen Bereich) omnipräsente **Wirtschaftlichkeitsgebot erlaubt keine Abstriche am gebotenen Behandlungsstandard.** Wird die Übernahme der Kosten einer indizierten Thromboseprophylaxe von der Krankenkasse abgelehnt oder gerät der Arzt in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, muss der Arzt sein Recht notfalls auf dem Klageweg vor den Sozialgerichten durchsetzen. Schlecht beraten wäre er jedenfalls, aus Gründen des „Budgets“ eine indizierte Thromboseprophylaxe nicht vorzunehmen oder über diese Möglichkeit mit dem Patienten erst gar nicht zu sprechen [15].

Facharztstandard Thrombozytenkontrolle

Auch die Problematik der Thrombozytenkontrolle beschäftigt die Gerichte immer wieder. So musste das OLG Hamm über folgenden Fall entscheiden [17]: Eine Frau begab sich zur Behandlung einer tiefen Beinvenenthrombose in ein Krankenhaus. Dort wurde eine intravenöse Heparin-Behandlung eingeleitet. Bis auf eine einmalige Laborerhebung bei Aufnahme erfolgten keine Kontrollen der Gerinnungsparameter. Die Patientin erlitt eine irreparable Sehnervenschädigung und erblindete. Ihrer Klage gegen die behandelnden Ärzte auf Zahlung von 100.000 DM gab das Gericht auf der Grundlage eines belastenden Gutachtens statt. Begründung: Es sei „grob fehlerhaft“, wenn nach Einleitung der Heparin-Gabe sieben Tage lang keine Kontrolle der Gerinnungsparameter erfolgt, da diese „engmaschig in zumindest überschaubaren Zeitabständen zu kontrollieren“ seien.

Auch das (insbesondere im niedergelassenen Bereich) omnipräsente Wirtschaftlichkeitsgebot erlaubt keine Abstriche am gebotenen Behandlungsstandard.

PHILIP SCHELLING, KANZLEI ULSENHEIMER ■ FRIEDERICH, MÜNCHEN

Fazit: Auch hinsichtlich der Frequenz der Thrombozytenkontrolle ist es ratsam, sich an den Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. an den Fachinformationen zu orientieren.

Nicht nur die Thrombose-therapie, sondern auch das Feld der Thrombosediagnostik stellt für den Arzt eine nicht unerhebliche Haftungsquelle dar.

Fazit: Nach ständiger Rechtsprechung gehört es bei bestehendem Thromboseverdacht zu den elementaren Behandlungsregeln, eine Thrombose durch ein objektives diagnostisches Verfahren entweder nachzuweisen oder auszuschließen.

In eine ähnliche Richtung geht ein Urteil des OLG Stuttgart [19], das unter Bezugnahme auf die zum Zeitpunkt der Behandlung (1995) geltenden Leitlinien jedenfalls zwischen dem dritten und siebten Tag unter Heparin-Gabe im Hinblick auf das Risiko einer heparininduzierten Thrombozytopenie des Typs II (HIT II) eine Thrombozytenkontrolle forderte.

Fazit: Auch hinsichtlich der Frequenz der Thrombozytenkontrolle ist es ratsam, sich an den Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. an den Fachinformationen zu orientieren.

Facharztstandard Diagnostik

Nicht nur die Thrombosetherapie, sondern auch das Feld der Thrombosedagnostik stellt für den Arzt eine nicht unerhebliche Haftungsquelle dar. Dies zeigt der Fall, der dem OLG Oldenburg zur Entscheidung vorlag [12]:

Sachverhalt: Eine Patientin suchte wegen einer Knieschwellung ihren Hausarzt auf. Da ihr das verordnete Schmerzmittel keine nachhaltige Linderung der Beschwerden verschaffte und die Beinschwellung sogar noch zunahm, begab sie sich etwa drei Wochen später zu einem Internisten. Dieser empfahl ihr zwei Tage später nach Auswertung der Untersuchungsergebnisse (u.a. EKG, Thoraxröntgen, Blut-, Urin- und weitere körperliche Befunde), sich zur weiteren Abklärung an einen Hautarzt zu wenden. Bei der daraufhin erfolgten Vorstellung dort über eine Woche später ließ der Dermatologe nach dopplersonografischer Bestätigung seines Verdachts auf eine Beinvenenthrombose das Ergebnis durch eine sofortige Phlebografie in einem Röntgeninstitut absichern. Die Patientin wurde sofort in ein Krankenhaus eingewiesen, wo sie ein halbes Jahr medikamentös weiterbehandelt werden musste und darüber hinaus eine chronische Leitveneninsuffizienz entwickelte.

Die Patientin klagte gegen den Internisten auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld. Das Gericht kam – auf der Grundlage eines eingeholten Sachverständigengutachtens – zum Ergebnis, dass das Unterlassen bzw. Nichtveranlassen einer Dopplersonografie bzw. Phlebografie schlechterdings unverständlich und damit grob fehlerhaft war. Da der Internist den ihm obliegenden Beweis [7], dass auch eine frühere Diagnostik der Thrombose am konkreten Therapie- und Krankheitsverlauf nichts geändert hätte, nicht führen konnte, gab das Gericht der Klage der Patientin auf Zahlung von rund 15.000 Euro Schmerzensgeld statt.

Fazit: Nach ständiger Rechtsprechung gehört es bei bestehendem Thromboseverdacht zu den elementaren Behandlungsregeln, eine Thrombose durch ein objektives diagnostisches Verfahren entweder nachzuweisen oder auszuschließen. „Zwischenslösungen“ oder einfaches Abwarten werden nicht akzeptiert und von den Gerichten sogar regelmäßig als grober Behandlungsfehler gewertet.

Haftungsquelle Aufklärung

Erfahrungsgemäß werden Aufklärungs- und Dokumentationsdefizite in Patientenklagen fast immer neben dem Behandlungsfehler gerügt. Der Grund hierfür ist, dass die Beweislast für die ordnungsgemäße Risikoaufklärung nicht beim Patienten, sondern beim Arzt liegt. Dokumentationsdefizite gehen ebenfalls zu Lasten des Arztes.

Dies bedeutet: Selbst wenn der vom Gericht beauftragte Gutachter bestätigt, dass die Behandlung in jeder Hinsicht *lege artis* war, kann der Arzt den Prozess dennoch verlieren, wenn er den Patienten nicht nachweislich (z.B. durch Dokumentation oder Zeugenbeweis) ordnungsgemäß aufgeklärt hat.

Risikoaufklärung

Wie bei jeder therapeutischen Maßnahme hat der Arzt über die Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären, im Einzelnen über

- das konkrete, gegebenenfalls individuell erhöhte Thromboserisiko (z.B. wegen Immobilität oder Adipositas des Patienten, wegen Nikotinabusus oder bei positiver Familienanamnese)
- den Umfang und die Vor-/Nachteile einer Thromboseprophylaxe
- Nebenwirkungen und typische Risiken wie z.B. allergische Reaktionen, Übelkeit, Blutungskomplikationen, Gliederschmerzen u.a.
- sehr seltene, aber nicht auszuschließende schwerwiegende Risiken
- eine Zulassungsüberschreitung (Off-Label-Use)

Schwerwiegende Risiken: Eine in der Praxis sich häufig stellende Frage lautet, ob vor einer medikamentösen Thromboseprophylaxe auch über das Risiko einer heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT II) aufzuklären ist. Ausgangspunkt ist, dass nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich jedes spezifische, schwerwiegende und den Patienten überraschende Risiko, und damit auch das Risiko einer HIT II, aufklärungspflichtig ist. Dass die Gefahr einer HIT dabei statistisch gesehen außerordentlich selten ist, spielt keine Rolle.

Eine Haftung wegen fehlender Aufklärung über das Risiko der HIT II besteht aber nur dann, wenn der Patient einen „Entscheidungskonflikt“ plausibel darlegen kann, was z.B. nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Celle nicht der Fall ist, wenn die Thromboseprophylaxe absolut indiziert ist und keine Behandlungsalternativen in Betracht kommen [16]. Dann ist der Vortrag des Patienten, dass er bei einer erfolgten Aufklärung über das Risiko einer HIT II die Thromboseprophylaxe abgelehnt hätte, nicht plausibel, so dass eine Haftung ausscheidet.

Off-Label-Use: Wird ein Präparat außerhalb seines Zulassungsbereichs eingesetzt (z.B. Anwendung eines für den Hochrisikobereich zugelassenen Präparats auch im niedrigen Risikobereich), hat der Patient ein berechtigtes Interesse daran, zu erfahren, dass die arzneimittelrechtliche Zulassung und damit das „Gütesiegel“ fehlt [20].

Aufklärung über Behandlungsalternativen

Nach der Rechtsprechung muss außerdem immer über bestehende Alternativen aufgeklärt werden, wenn diese deutlich bessere Erfolgchancen oder geringere Risiken aufweisen. So muss der Patient auch auf die Vor- und Nachteile der Unterlassung bzw. Vornahme der Thromboseprophylaxe sowie auf andere Möglichkeiten der Thromboseprophylaxe wie z.B. physikalische Maßnahmen (Frühmobilisation, Physiotherapie, Hochlagern der Beine, Kompressionsstrümpfe etc.) hingewiesen werden. Explizit hat der BGH entschieden, dass der Patient ungeachtet unterschiedlicher Expertenmeinungen zur Notwendigkeit der Thromboseprophylaxe **im niedrigen Risikobereich über die Gefahr der Thromboseentstehung und die Möglichkeit, ihr durch eine medikamentöse Prophylaxe wirksam zu begegnen, jedenfalls aufzuklären ist** [5].

Wie bei jeder therapeutischen Maßnahme hat der Arzt über die Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären ...

Eine Haftung wegen fehlender Aufklärung über das Risiko der HIT II besteht aber nur dann, wenn der Patient einen „Entscheidungskonflikt“ plausibel darlegen kann ...

Des Weiteren sind die Vor- und Nachteile einer bestimmten Medikation zu erläutern, z.B. die Vorteile niedermolekularer gegenüber unfraktionierter Heparine wegen der hier geringeren Gefahr der HIT II.

Haftungsquelle Dokumentation

Die ärztliche Dokumentation ist haftungsrechtlich von größter Bedeutung, gilt im Prozess doch der Grundsatz, dass – bis zum Beweis des Gegenteils – nur das als durchgeführt gilt, was auch dokumentiert ist. Abgesehen hiervon ist die Dokumentation ärztliche Berufspflicht (vgl. § 10 der Berufsordnung), deren Einhaltung die ärztlichen Berufsgerichte überwachen.

Zu dokumentieren sind insbesondere:

- die **Anamnese** und die dabei festgestellten **Risikofaktoren**
- die aus Sicht des Arztes **geeignete und indizierte Therapieform**
- gegebenenfalls **Art und Dauer der Thrombose-therapie**
- die **Patientenaufklärung**
- **Besonderheiten des Falles**

Vorsicht ist hingegen angezeigt bei vom Arzt entworfenen „Merkblättern“, da die dort genannten Aufklärungsinhalte (z.B. „... ich bin über alle in Betracht kommenden Risiken aufgeklärt worden“) – meist nicht den strengen Vorgaben der Rechtsprechung genügen.

Bei der Patientenaufklärung ist die Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen hilfreich und sinnvoll. Vorsicht ist hingegen angezeigt bei vom Arzt entworfenen „Merkblättern“, da die dort genannten Aufklärungsinhalte (z.B. „... ich bin über alle in Betracht kommenden Risiken aufgeklärt worden“) – meist nicht den strengen Vorgaben der Rechtsprechung genügen.

Zeugen, die beim Aufklärungsgespräch anwesend waren (z.B. Arzthelferin oder Krankenschwester) haben zwar grundsätzlich den gleichen Beweiswert wie eine schriftliche Dokumentation. Der **Nachteil des Zeugenbeweises** liegt allerdings darin, dass im Prozessfall seit der streitgegenständlichen Behandlung oftmals viel Zeit verstrichen ist und sich die benannten **Zeugen deswegen nicht mehr konkret an das Aufklärungsgespräch erinnern können.**

Bei der Verwendung der standardisierten Aufklärungsbögen ist darauf zu achten, dass diese das persönliche Aufklärungsgespräch selbstverständlich nicht ersetzen, sondern nur beweisen können. Außerdem **erhöhen handschriftliche Eintragungen und Skizzen den Beweiswert** der Bögen. Nur ein entsprechend individualisierter Bogen ist ein Beweis dafür, dass ein persönliches Aufklärungsgespräch auch tatsächlich stattgefunden hat.

Besonderheiten des Falles: Vor allem „unvernünftige“ Entscheidungen des Patienten (z.B. Ablehnung einer gebotenen medikamentösen Thromboseprophylaxe gegen ärztlichen Rat [9]) müssen besonders sorgfältig dokumentiert werden, aus beweisrechtlichen Gründen am besten mit einer entsprechenden Gegenzeichnung durch den Patienten in der Karteikarte.

Zusammenfassung

Es bleibt festzuhalten, dass auch bei der medikamentösen Thromboseprophylaxe haftungsrechtliche Aspekte zunehmend wichtiger werden. Sowohl bei der Indikationsstellung und Durchführung der Thromboseprophylaxe als auch bei der Patientenaufklärung und Dokumentation lauern erhebliche forensische Gefahren, die sich aber in Kenntnis der einschlägigen Rechtsprechung vermeiden lassen.

Literatur

- [1] 66 SGB V
- [2] Az.: 3 U 31/01
- [3] BGH a.a.O
- [4] BGH NSTZ (1996) 35–36
- [5] BGH, NJW (1996) 776
- [6] BGH, Urteil v. 05.10.1995, NJW 1995, S. 778 = VersR (1995) 46
- [7] BGH, Urteil v. 27.4.2004, NJW (2004) 2011
- [8] Nicolaidis AN et al.: Prevention and treatment of venous thromboembolism ^ International Consensus Statement (Guidelines according to scientific evidence). Int Angiol 25 (2006) 101-61
- [9] OLG Bremen, 28.3.2000 (3 U 41/99)
- [10] OLG Hamm, Urt. v. 09.05.2001 (3 U 250/99)
- [11] OLG Hamm, Urteil v. 09.05.2001 (3 U 250/99); OLG Naumburg v. 25.03.2002, MedR 2002, 471
- [12] OLG Oldenburg, Urteil v. 25.11.1997 (5 U 6/97), VersR (1999) 318–19
- [13] Ulsenheimer K., Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Aufl., Rdn. 18 ff
- [14] Ulsenheimer K., Rechtliche Aspekte bei der Prophylaxe und Therapie der venösen Thrombose, in: Chirurg BDC (2001) 104 ff
- [15] Ulsenheimer K: Rechtliche Aspekte bei der Prophylaxe und Therapie der venösen Thrombose, in: Chirurg BDC (2001) 104–10
- [16] Urteil des OLG Celle v. 28.05.2001 (1 U 22/00).
- [17] Urteil v. 04.02.1998, VersR (1999) 622
- [18] Urteil v. 21.11.1995 (VI ZR 329/94), NJW (1996) 776–77
- [19] Urteil v. 22.01.2001 (14 U 62/2000), MedR (2002) 650 ff
- [20] v. Harder Y: Der Arzt zwischen allen Stühlen – Hinweise zum schwierigen Umgang mit „off-label-use“, in: Der Urologe (2007) 1429 ff
- [21] Walter U: Arzneimittelverordnung „off-label“: Vertragsärzte zwischen Skylla und Charybdis, in: AZR 2007, Heft 5, 113–16

Rechtsanwalt Dr. jur. Philip Schelling
Ulsenheimer ■ Friederich Rechtsanwälte
Maximiliansplatz 12
80333 München