

Invasive Eingriffe zwischen Skylla und Charybdis

Patienten mit gerinnungshemmender Medikation

von Dr. Marion Wüller, Ärztliche Leiterin der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der ÄKWL

Vorhofflimmern, Herzklappenersatz oder Thrombosen sind typische Diagnosen, die zur Behandlung mit Antikoagulanzen führen – in Deutschland meist mit ihrem bekanntesten Vertreter Marcumar (Phenprocoumon). Um einem thromboembolischen Ereignis vorzubeugen, wird eine vermehrte Blutungsneigung als Nebenwirkung der Behandlung in gewissem Umfang in Kauf genommen. Doch Marcumar hat eine lange Halbwertszeit und ist schwer steuerbar. Vor vielen Operationen und anderen Eingriffen wird die Einnahme von Marcumar deshalb unterbrochen. Überbrückt wird die Zeit bis zur Wiedereinnahme nach der Operation oft durch die Gabe von Heparin, je nach Thromboembolierisiko in halb- oder volltherapeutischer Dosis – sogenanntes „Bridging“. Dabei kommen meist niedermolekulare Heparine, die subkutan injiziert werden können, zum Einsatz. Dies ist zwar vielfach geübte Praxis, aber ein zulassungsüberschreitender Gebrauch.

Um einer Thrombenbildung in Arterien vorzubeugen, erhalten auch Patienten mit koronarer Herzkrankheit, nach ischämischem Schlaganfall oder TIA eine antithrombotische Medikation in Form von Thrombozytenaggregationshemmern. Auch diese werden zum Teil vor Operationen abgesetzt, was in der Kardiologie nach Stentimplantation eine bedeutsame Rolle spielen kann.¹

Für das zwischenzeitliche Aussetzen einer gewohnten antithrombotischen Medikation vor Operationen und anderen invasiven Eingriffen

und das sogenannte „Bridging“ mit Heparinen gibt es derzeit außer einer S3-Leitlinie zum Umgang mit Antikoagulanzen bei Operationen an der Haut keine Leitlinie mit hohem Empfehlungsgrad.^{2, 3} Gleichzeitig bietet die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin eine Handlungsempfehlung an, in der besonderer Wert darauf gelegt wird, dass sich die involvierten Fachärzte untereinander abstimmen und das Behandlungsregime klar festlegen.⁴

Beim periprozeduralen Gerinnungsmanagement kommt es auf eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten an. Die im besonderen Krankheitsfall vorliegenden Risiken müssen eingeordnet, Laborbefunde zeitgerecht erhoben und vermerkt werden. Die explizite Festlegung und Erfassung des Vorgehens gibt allen Beteiligten Sicherheit und die Möglichkeit, sich jederzeit zu informieren.

Gegenwärtig hat sich die Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe erneut mit einem Fall zu beschäftigen, in dem perioperatives Gerinnungsmanagement hinterfragt wird. Ein Blick in die Statistik zeigt, dass in den Jahren 2011 bis 2014 sechs Patienten in derartigen Fällen die Gutachterkommission um eine Einschätzung der Haftungsfrage und außergerichtliche Streitbeilegung baten.

Die sechs Patienten, bei denen ein unerwünschtes Ereignis eintrat, waren mit einer

Ausnahme alle über 70 Jahre alt. Betroffen waren fünf Männer und eine Frau. In fünf Fällen trat die Komplikation im Zusammenhang mit einer Operation ein. In einem Fall war eine therapeutische Lumbalpunktion vorausgegangen. In fünf Fällen sollte eine Klinik in Anspruch genommen werden, in einem Fall ein Arzt in einer Praxis. In vier Fällen hatte sich das Risiko einer Nachblutung verwirklicht, in zwei Fällen war ein Hirninfarkt aufgetreten. In einem Fall hatte es nach einer transurethralen Resektion der Prostata postoperativ sowohl ein Ereignis im Bereich der Herzkranzgefäße als auch eine Blutungskomplikation gegeben. In allen sechs Fällen war eine Marcumareinnahme unterbrochen worden. Überbrückend wurden in allen Fällen verschiedene niedermolekulare Heparine in unterschiedlicher Dosierung verabreicht.

Die Gutachter prüften je nach Fallkonstellation die Indikation zu dem Eingriff, die Risikobewertung im Hinblick auf Thromboembolie und Blutung, das Gerinnungsmanagement und den Umgang mit der eingetretenen Komplikation. Zugrunde gelegt wurde dabei immer das medizinische Wissen und der Standard zum Zeitpunkt der Behandlung.

In einem Fall stellte die Gutachterkommission einen einfachen Behandlungsfehler fest: Die notwendige Wiederverordnung von Marcumar war bei der Entlassung nicht veranlasst worden. Der mit einer künstlichen Herzklappe versorgte Patient erhielt ASS. Es wurde aber keine Kausalität zwischen dem Hirninfarkt, der eine Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung eintrat, und dem Behandlungsfehler festgestellt. Es stand nicht mit der erforderlichen Sicherheit fest, dass der Hirninfarkt ohne den Behandlungsfehler nicht eingetreten wäre.

Empfehlungen für ein sicheres Vorgehen

Was ist zu bedenken, damit ein Patient, der mit gerinnungshemmenden Arzneimitteln behandelt wird, vor einem Eingriff seine Entscheidungen gut informiert trifft, compliant ist und sicher behandelt werden kann? Nach

1 http://leitlinien.dgk.org/files/2010_Positionspapier_Bridging.pdf

2 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-085_S3_Antikoagulation_Operationen_Haut_2014-11-1.pdf (Zugriff: 12.8.2015)

3 arznei-telegramm 2013; Jg. 44, Nr. 5; S. 41-45

4 http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/S1-Handlungsempfehlung/S1-HE_Bridging_Langfassung_2.pdf (Zugriff: 12.8.2015)

Dazu auch:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/55477/Ueberbrueckung-der-oralen-Antikoagulation-bei-interventionellen-Eingriffen?src=search> (Zugriff: 16.8.2015)

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/144099/Perioperativer-Umgang-mit-Antikoagulanzen-und-Thrombozytenaggregationshemmern> (Zugriff: 16.8.2015)

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-005.html> 16.8.2015

Eisele R., Melzer N., Bramlage P. (2014) Perioperatives Gerinnungsmanagement bei oraler Antikoagulation. Chirurg 85: 513-519

ÜBERSICHT: ENTSCHEIDENE VERFAHREN 2010 BIS 2014

Geschlecht, Alter in Anspruch genommenes Fachgebiet	Relevante Diagnosen Eingriff	Gesundheitsschaden	Gerinnungsmanagement
Mann, 63 Jahre Klinik, Fachabteilung Augenheilkunde	Makulaforamen; Vorhofflimmern Vitrektomie	Aderhautblutung intraoperativ, Visus: Fingerzählen	Marcumareinnahme unterbrochen, NMH überbrückend (Clexane 80 mg)
Mann, 76 Jahre Praxis, FA Allgemeinmedizin	Katarakt; Vorhofflimmern, Apoplex Kataraktoperation	Hirnfarkt zwei Tage postoperativ	Marcumareinnahme unterbrochen, NMH überbrückend (NMH und Dosierung nicht bekannt)
Mann, 75 Jahre Klinik, Fachabteilungen Innere Medizin und Urologie	Prostatakarzinom; KHK, Bypassoperation, Aortenklappenersatz TURP	Akutes Koronarsyndrom, blutige Blasantamponade postoperativ	Marcumareinnahme unterbrochen, duale Plättchenhemmung abgesetzt, NMH überbrückend (Clexane 60 mg)
Mann, 72 Jahre Klinik, Fachabteilung Neurologie	Normaldruckhydrozephalus; Aortenklappenersatz Entlastende Liquorpunktion	Epidurales Hämatom L1 bis L5 einige Stunden nach der Punktion	Marcumareinnahme unterbrochen, NMH überbrückend (Innohep, Dosierung nicht bekannt)
Frau, 80 Jahre Klinik, Fachabteilung Herzchirurgie	Herzrhythmusstörung; Vorhofflimmern, KHK Schrittmacherimplantation	Schwere postoperative Einblutung in die Aggregatassche	Marcumareinnahme unterbrochen, duale Plättchenhemmung fortgesetzt, NMH überbrückend (Clexane halbtherapeutisch)
Mann, 78 Jahre Klinik, Fachabteilungen Innere Medizin und Urologie	Prostatakarzinom; Vorhofflimmern, operierter Herzklappenfehler Prostatektomie	Hirnfarkt (eine Woche nach Entlassung aus der stationären Behandlung)	Marcumareinnahme unterbrochen, NMH überbrückend (Mono-Embolex 2 x 8000 IE), bei Demissio ASS und kein Marcumar verordnet.

Durchsicht der Fälle der Gutachterkommission ergeben sich folgende Empfehlungen für das Vorgehen:

■ **Mit dem Patienten nochmals prüfen:** Besteht ein zwingender Grund zu dem Eingriff oder ist die Indikation relativ? Gibt es sinnvolle Therapiealternativen, die der Patient kennen sollte?

■ **Die Risiken im individuellen Fall einschätzen:** Wie hoch ist das Thromboembolierisiko bei periprozeduralem Absetzen der gerinnungshemmenden Arzneimittel? Wie hoch ist das Blutungsrisiko bei dem geplanten Eingriff? Könnten geringfügige Blutungen schwerwiegende Konsequenzen für den Patienten haben, von denen dieser wissen müsste?

■ **Das periprozedurale Vorgehen festlegen und gut zugänglich dokumentieren:** Welche gerinnungshemmende Arzneimitteltherapie soll wann unterbrochen und gegebenenfalls durch eine andere ersetzt werden? Wann müssen Laborwerte bestimmt werden? Wer bestimmt diese Laborwerte?

Die explizite, präzise Festlegung und Niederschrift der gerinnungshemmenden Medikation und der erhobenen Laborwerte ist notwendig, damit sich die Behandelnden und der Patient selbst jederzeit informieren können. Die im besonderen Krankheitsfall vorliegenden Risiken müssen eingeordnet und Laborwerte vermerkt werden. Geeignet ist hierzu z. B. die DEGAM-Handlungsempfehlung⁴.