

Thromboseprophylaxe an der Schnittstelle „verschwunden“

Gerinnungshemmer machen rund jeden dritten **Medikationsfehler** an der Schnittstelle zwischen Klinik und Praxis aus. Gerade bei der Thromboseprophylaxe ließe sich aber gut vorbeugen und für den Patienten ein Sicherheitsnetz knüpfen.



Dipl. Soz. **Martin Beyer**,
Dr. med. **Armin Wunder**
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ist eine bedeutende Fehlerquelle, besonders bei der Medikation (vgl. *Der Hausarzt* 6). Bei diesen Medikationsfehlern stehen gerinnungshemmende Wirkstoffe mit Abstand an erster Stelle. Nach unserer Einschätzung betrifft etwa jeder dritte Medikationsfehler an den Schnittstellen diese Therapien. Drei Situationen stehen im Vordergrund – für jede davon finden sich in der Datenbank von www.jeder-fehler-zaehlt.de passende Beispiele:

- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Antikoagulation vor und nach einem ope-

rativen Eingriff, auch Bridging genannt

- lückenlose Thromboseprophylaxe nach einem stationären Aufenthalt
- Fortführung der Therapie mit Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmern nach einem Klinikaufenthalt

Checkliste für Hausärzte

Patienten, die oral antikoagulativ behandelt werden, ist oft nicht klar, dass und welche Risiken bei operativen (auch zahnmedizinischen) Eingriffen bestehen. Dies sollte der Hausarzt (und auch die MFA) bei Routine-

Fehlerbericht #514

Patientin wurde in die geriatrische Tagesklinik (TK) aufgenommen. Bei Aufnahme zeigte sie den Marcumar ausweis, den die behandelnde Hausärztin schon für die nächsten zwei Wochen ausgefüllt hatte. Die Frage, ob sie ihr Marcumar wie gewohnt selbst weiternehmen wolle, wurde bejaht. Problem: Die restlichen Tabletten werden von den Schwestern der Tagesklinik gestellt. Die Patientin rechnete damit, das Marcumar sei auch dabei, wir gingen davon aus, sie nehme es selbst nach Plan, so wie immer (auch von den Schwestern noch mal nachgefragt und sogar so in der Kurve dokumentiert).

Was war das Ergebnis?

Eine Blutabnahme mit INR-Kontrolle zeigte eine normale INR, das Missverständnis klärte sich auf. Die Patientin bekam an diesem Tag zur Neueinstellung zwei Tabletten Marcumar. Am nächsten Morgen öffnete sie die Tür nicht, als der Transport sie wieder in die TK abholen wollte. Sie hatte einen Apoplex erlitten.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Kommunikationsfehler, Unklarheit in der Absprache.

Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses getroffen oder planen Sie zu ergreifen?

Hinweis an das Praxispersonal, unlogische Vorkommnisse sofort dem Arzt zu berichten. Aus der Klinik entlassene Patienten müssen stets in die Sprechstunde gebeten werden.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation, Organisation

kontakten immer wieder verdeutlichen. Aber auch Hausärzte wissen die Risiken nicht immer zutreffend einzuschätzen und ein angemessenes Bridging einzusetzen. Hier hilft die **DEGAM-Handlungsempfehlung zum Bridging**. Der Grundgedanke: Die Eingriffe werden nach ihrem Blutungsrisiko und die Patienten nach ihrem individuellen thromboembolischen Risiko eingeteilt. In der Leitlinie ist eine Checkliste abgebildet, die Hausärzte für die Patienten ausfüllen und ihnen mitgeben können, damit die Folgeschritte nicht unterbleiben.

Die Thromboseprophylaxe mit niedermolekularer Heparin geht häufig nach dem stationären Aufenthalt „verloren“. Hausärzte können Patienten schon vor dem Krankenhausaufenthalt darauf aufmerksam machen, dass diese notwendig werden wird (zum Beispiel bei Gelenkersatz). Dessen ungeachtet muss aber die Entlassungssituation grundsätzlich vorbereitet sein. Am besten sprechen sich Hausärzte dazu mit den wichtigsten stationären Einrichtungen grundsätzlich ab: Wer gibt wie lang Heparin mit und sorgt dafür, dass der Patient es auch nimmt? Wie wird der Hausarzt verlässlich informiert? Nicht ganz unstrittig ist – das zeigen heftige Debatten zu unseren Fehlerberichten – bei welchem Grad von Mobilitätseinschränkung (Gehgips, usw.) eine Heparinabgabe notwendig und sinnvoll ist.

weise häusliche Pflege) beteiligt. Eine solche Situation ist schwer planbar, jeder Beteiligte sollte vom ‚worst case‘ ausgehen und sorgfältig nachprüfen, wo etwas schief gehen kann, d.h. für die Patientin also ein ‚Sicherheitsnetz‘ knüpfen. Die Häufigkeit solcher Medi-

Der folgende Algorithmus kann in das praxiseigene EDV-System übernommen und individuell ausgedruckt werden. Zum Ausfüllen von a), b) und c) wird er an die entsprechende Fachdisziplin weitergeleitet.

Risikogruppe hoch (≥ 3 bis 4 Thromboembolien/Jahr) • Venenthrombose oder Lungenembolie in den letzten 3 Monaten • Vorhofflimmern und CHADS ₂ ≥ 4 oder mit Insulintherapie in den letzten 3 Monaten • Mitralklappenklappen oder nicht-bikuspidale Aortenklappen oder rheumatische Klappenkrankungen • Schwere Blutgerinnungsstörungen (z. B. homozygote Faktor-V-Leiden – Mutation)	Risikogruppe mittel (≥ 1 bis 2 Thromboembolien/Jahr) • Venenthrombose oder Lungenembolie vor 3 bis 12 Monaten oder wiederholte Thromboembolien • Vorhofflimmern und CHADS ₂ = 3 oder 4 • Bikuspidale Aortenklappenklappe und CHADS ₂ > 0 • Tumorerkrankung unter Therapie (Zuordnung nicht einheitlich)	Risikogruppe niedrig (< 1 bis 0 Thromboembolien/Jahr) • Venenthrombose oder Lungenembolie vor mehr als 12 Monaten • Vorhofflimmern und CHADS ₂ ≤ 2 • Bikuspidale Aortenklappenklappe und CHADS ₂ = 0 • Tumorerkrankung unter Therapie (Zuordnung nicht einheitlich)
---	---	---

Vor der geplanten Maßnahme eintragen lassen und wieder zur Hausarztpraxis zurückbringen:

a) Eingriff: _____
 b) am (Wochentag und Datum): _____
 c) INR soll sein < _____ (in der Regel < 1,5) _____ (Unterschrift)

Ab _____, den _____, mit der Einnahme der Blutgerinnungstabletten pausieren.

<input type="checkbox"/> Ab dem _____ tagl. Heparinspritze(n) in therapeutischer Dosierung*	<input type="checkbox"/> Ab dem _____ tagl. Heparinspritze(n) in haltherapeutischer Dosierung* <small>Aufz. Hohes individuelles Blutungsrisiko (positive Anamnese, N50A, Patientenwunsch) > dann weiter wie bei „Risikogruppe niedrig“</small>	<input type="checkbox"/> Unterbrechung ohne Bridging!
---	--	---

Evtl. 2 Tage (beim Hausbesuch 3 Tage) vor dem Eingriff Blutentnahme, INR-Wert bestimmen lassen und das Ergebnis am Vortrag des Eingriffs abholen.

Letzte Heparinspritze in haltherapeutischer Dosierung* am Morgen des Vortages. Keine Spritzen am Vorabend und am Tag des Eingriffs!!!

<input type="checkbox"/> Nach dem Eingriff beim intervenierenden Arzt nachfragen und der Praxis mitteilen, ab welchem Tag nach dem Eingriff (ab dem 1. oder ab dem 2. Tag; bei Splinkterotomien und Polypektomien i. d. Regel erst ab dem 3. Tag) die Heparinspritzen wieder gegeben werden sollen.	<input type="checkbox"/> Nach dem Eingriff beim intervenierenden Arzt nachfragen und der Praxis mitteilen, ob bereits am Tag des Eingriffs oder erst am Tag danach die Blutgerinnungstabletten wieder eingenommen werden sollen.
---	--

Am Tag nach dem Eingriff in der Praxis zweimal anrufen:
 1.) Frühmorgens den erfolgreich durchgeführten Eingriff bekannt geben
 2.) Mittags nachfragen

<input type="checkbox"/> wie lange die Spritzen fortzusetzen sind <input type="checkbox"/> wie die Blutgerinnungstabletten einzunehmen sind <input type="checkbox"/> wann die nächste Blutkontrolle (INR) erfolgen soll	<input type="checkbox"/> wie die Blutgerinnungstabletten weiter einzunehmen sind <input type="checkbox"/> wann die nächste Blutkontrolle (INR) erfolgen soll
---	---

*Bitte hier die bevorzugte praxiseigene Medikation (NMH) eintragen.
 Autoren: Armin Mainz
 Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wolny
 Stand 2013 © DEGAM www.degam-leitlinien.de
 DEGAM Leitlinien
 Hilfen für eine gute Medizin



Die DEGAM-Leitlinie zum Bridging können Sie hier einsehen und herunterladen:

<http://www.degam.de/leitlinien-51.html>

Zum direkten Download folgen Sie dem QR-Code:



Entlassbriefe einfordern

Die ambulante (Wieder-)Aufnahme einer oralen Antikoagulation ist ebenfalls fehleranfällig, hier sollte das Team der Hausarztpraxis ebenfalls schon vorausschauend Routinen entwickeln, zum Beispiel Entlassungsdokumente einsehen, sorgfältig auswerten und fehlende Entlassbriefe einfordern. Der Patient sollte zur Vergewisserung grundsätzlich genau gefragt werden, wann und wie viele seiner Tabletten er jetzt tatsächlich einnimmt.

Die Entlassungssituation kann nämlich auch etwas komplizierter sein, wie das Beispiel zeigt (s. Kasten). In diesem Fall sind gleich drei oder vier Partner (entlassende Klinik, Hausarztpraxis, Tagesklinik und möglicher-

kationsfehler führt noch auf einen weiteren Punkt: Was kann ein Fehlerberichts- und Lernsystem hier leisten, und was nicht?

Thromboseprophylaxe in der Praxis optimieren

Fehlerberichte machen auf ein Problem aufmerksam und verdeutlichen jeweils auch spezifische Umstände, die zu berücksichtigen sind. Hier ist dann das Praxisteam gefragt, die Situation und ihre Fehlermöglichkeiten vorausschauend zu analysieren, nicht nur zu besprechen, wie genau dieser Fehler vermieden werden kann. Also auch grundsätzlich zu überlegen: Wie kann in dieser Praxis die gerinnungshemmende Therapie sicherer gemacht werden?