Bericht

Titel:	OP nach kürzlichem koronarem Mehrfachstenting unter dualer Thrombozytenaggregationshemmung
Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	OP
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	*leer*
Patientenzustand:	Patient mit vor 3 Monaten erfolgtem komplexen Stenting (4x DES) der RCA wurde bei asymptomatischer ACI-Stenose operiert (Carotis-TEA); eine duale Plättchenaggregationshemmung wurde fraglich zuvor pausiert; aus der Anästhesieaufklärung sowie dem Narkoseprotokoll ist ersichtlich, dass der Patient ASS und Clopidogrel als Dauermedikation einnimmt, aus einem kardiologischen Arztbrief von dem vor 3 Monaten erfolgten kardialen Stenting geht hervor, dass die duale Thrombozytenaggregationshemmung für 6 Monate fortgeführt werden soll; aus der Anästhesieaufklärung geht nicht hervor, ob über ein erhöhtes perioperatives Risiko nach kürzlich stattgehabtem Mehrfach-Stenting der RCA aufgeklärt wurde, noch wird ersichtlich, ob eine Pausierung von Clopidogrel besprochen wurde; ob eine erhöhte Dringlichkeit der Operation bei asymptomatischer Carotisstenose gegeben war ist ebenfalls aus den Unterlagen nicht ersichtlich; die OP-Anmeldung erfolgte als elektive OP; ein kardiologisches Konsil zur Abklärung der Handhabung der dualen Plättchenaggregationshemmung war soweit nachvollziehbar präoperativ nicht erfolgt der Patient wurde für die Anästhesie freigegeben
Wichtige Begleitumstände:	*leer*
Was ist passiert?	OP nach kürzlichem koronarem Mehrfachstenting unter dualer Thrombozytenaggregationshemmung
Was war besonders gut?	*leer*
Was war besonders ungünstig?	*leer*
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	eine bessere Kommunikation zwischen den Abteilungen Anästhesie und Chirurgie wäre wünschenswert gewesen; selbstverständlich wird die OP-Indikation durch die Abteilung GCH gestellt, nicht ganz nachvollziehbar war postoperativ ob den Kollegen der Abteilung GCH das kürzlich stattgehabte kardiale Mehrfachstenting zum Zeitpunkt der OP-Indikationsstellung bewusst war bzw. durch den prämedizierenden Anästhesisten mitgeteilt wurde; weiterhin unklar bleibt anhand der Dokumentation, ob der/die prämedizierende AnästhesistIn Rücksprache bzgl Dringlichkeit der OP und erhöhtem perioperativen Risiko gehalten hatte, um die Dringlichkeit der OP-Indikation zu verifizieren; wünschenswert wäre eine gemeinsame Evaluation der OP-Indikation in Abwägung des Risiko-Nutzen-Profils des Patienten sowie eine konsiliarische Einbeziehung der Kardiologen; die Wichtigkeit der Dokumentation dieser Faktoren im Rahmen der Anästhesieaufklärung bei erhöhtem periprozeduralem OP-/ und Narkoserisiko auch gerade aus medikollegialen Gesichtspunkten sollte innerhalb der Abteilung angesprochen werden
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Prof. Dr. med. Christopher Neuhaus in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Sie schildern eine retrospektiv aus der Akte rekonstruierte Risikokonstellation. Zum Ausgang treffen Sie keine Aussage – das ist bedeutsam: Ist der Patient komplikationslos durchgekommen, ist es ein Near Miss fürs CIRS; bei aufgetretenem Schaden (Stentthrombose, Infarkt, Blutung) gehört der Fall zusätzlich in M&M-Konferenz oder Ereignisanalyse. Ein Teil Ihrer Fragen zielt dabei auf konkrete Personen – ob wer Rücksprache hielt, ob die Chirurgie vom Stenting wusste. Das bedarf einer Einzelfallaufarbeitung, die ein anonymes System nicht leisten kann. Die CIRS-taugliche Frage lautet: Warum kann ein Patient drei Monate nach komplexem Stenting eine elektive, asymptomatische Indikation durchlaufen, ohne dass irgendwo eine interdisziplinäre Absprache erfolgt?

Jede Instanz handelte dabei in sich stimmig. Die Gefäßchirurgie stellt eine reale Indikation, die Anästhesie prüft die Narkosefähigkeit und gibt frei, die Kardiologie hatte die Sechs-Monats-Dauer im Arztbrief hinterlegt und war präoperativ nicht eingebunden. Das Problem entsteht dort, wo keiner zuständig ist: bei der Integration der beiden Zeitachsen – Stent-Zeitfenster gegen Dringlichkeit der Gefäßoperation. Diese Zusammenschau ist zwischen den Fächern nicht zugeteilt, sie fällt in den Zwischenraum. Der Satz „der Patient wurde für die Anästhesie freigegeben" verdient hier Aufmerksamkeit: „Freigabe" suggeriert eine abgeschlossene Sicherheitsprüfung, tatsächlich prüft die Prämedikation primär die Narkosefähigkeit – nicht die vorgelagerte Frage, ob dieser elektive Eingriff jetzt stattfinden sollte. Sie erzeugt so den Anschein einer Barriere, die die kritische Prüfung gar nicht enthält.

Keine Information hat gefehlt. Arztbrief, komplexes Stenting, Sechs-Monats-Dauer, ASS und Clopidogrel – alles war dokumentiert. Die Löcher im „Schweizer-Käse-Modell" waren keine Wissenslücken, sondern nicht zusammengeführtes Wissen [1]. Die latente Bedingung ist strukturell: Ein elektiver Eingriff kann angemeldet, geprüft und durchgeführt werden, ohne dass die vorhandene kardiale Information zwingend gegen die Dringlichkeit gehalten wird.

Wichtig ist Ihre Formulierung „fraglich zuvor pausiert". Ob Clopidogrel abgesetzt war oder nicht, lässt sich nicht rekonstruieren – dabei hängt genau davon ab, welchem Risiko der Patient ausgesetzt war: Stentthrombose bei Pausierung, Blutung bei Fortführung. Dass sich das im Nachhinein nicht beantworten lässt, ist der eigentliche Befund – die Entscheidung wurde von niemandem nachvollziehbar getroffen, begründet und verantwortet.

Ein Wort der Vorsicht: Sie leiten Ihre Bedenken wiederholt aus dem ab, was „nicht ersichtlich" ist. Das Fehlen der Dokumentation ist aber nicht der Beweis für das Fehlen des Gesprächs – möglicherweise fand die Abwägung statt und wurde nur nicht verschriftlicht. Das schwächt Ihre Meldung nicht, sondern präzisiert sie: Undokumentierte Risikoüberlegung ist unabhängig davon, ob sie stattfand, selbst eine Schwachstelle – nicht überprüfbar, nicht übergabefähig, im Schadensfall nicht belastbar.

Eine mögliche Konsequenz aus der Meldung wäre eine verbesserte interdisziplinäre Koordination: Wird ein Patient innerhalb des laufenden DAPT-Zeitfensters nach koronarem Stent zu einem elektiven Eingriff angemeldet, erfolgt vor der OP-Terminbestätigung eine Abstimmung zwischen operierendem Fach, Anästhesie und Kardiologie über Timing und Antikoagulation. Das verlagert Sicherheit von der Aufmerksamkeit Einzelner auf den Prozess.

Ihre Meldung ist wertvoll, weil sie einen Fehler im Zwischenraum zwischen verschiedenen Disziplinen sichtbar macht – dort, wo jeder für sich korrekt handelt und trotzdem etwas Riskantes entsteht. Solche Fälle entziehen sich der Einzelfallschuld und sind nur systemisch zu lösen.

[1] Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768–770.