

Addendum

zu den Leitlinien für die Sedierung und Überwachung während der gastrointestinalen Endoskopie der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie.

Endoscopy 2007; 39: 259 – 62

Florian Schreiber

Einleitung:

Richtlinien/ Leitlinien basieren auf rezent publizierten Daten und müssen ihrer Natur gemäß als flexibel und jederzeit an eine möglicherweise neue/ geänderte Datenlage anpassbar verstanden werden.

So sollen mit diesem Addendum auch die Leitlinien zur Sedierung in der Endoskopie der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie/ Sektion Endoskopie in einigen Punkten an entsprechend publizierte Studien adaptiert werden.

Präprozedurale Risikostratifikation:

Die wesentlichen Punkte in der individuellen Risikoerfassung umfassen:

- 1) wesentliche kardiopulmonale Erkrankungen
- 2) neurologische Erkrankungen/ Wachstumsstörungen
- 3) Stridor, bekannte Schlafapnoe oder Schnarchen
- 4) Ausführliche Medikamentenanamnese
- 5) Bekannte Medikamentenallergien
- 6) Alkohol/ Drogen/ Nikotinabusus
- 7) Zuverlässige Angaben über die letzte Nahrungsaufnahme

Weiterhin ist die zusätzliche Klassifikation der Komorbiditäten und des klinischen Allgemeinzustandes nach der gebräuchlichen ASA – Klassifikation unerlässlich:

Bei PatientInnen der ASA – Klassen I – III kann die Sedierung und das Monitoring durch entsprechend geschultes ärztliches Personal (Allgemeinmediziner, Gastroenterologe – generell: nicht – AnästhesistInnen) oder durch entsprechend geschultes Pflegepersonal (NAPS) mit derselben Sicherheit wie durch AnästhesistInnen bewerkstelligt werden. [1, 2]

Für PatientInnen der Gruppe IV und V nach ASA respektive bei komplexen endoskopischen Prozeduren wie Notfallsendoskopie, interventionelle ERCP, EUS, EMR, endoskopische Zystendrainage etc. ist die Anwesenheit eines(r) AnästhesistIn weiterhin zu fordern.

Monitoring:

Das Monitoring während und nach der Endoskopie und die adäquate Dokumentation ist auch nach neuesten Daten zu fordern und hat dem in den Leitlinien geforderten Standard zu entsprechen (Puls – Oxymetrie, kontinuierliches, nicht invasives Blutdruckmonitoring,). Der protektive Wert einer kontinuierlichen EKG – Überwachung bei PatientInnen ohne bestehende Herzerkrankung hinsichtlich Vermeidung von Komplikationen ist zurzeit Gegenstand einer kontroversiellen Diskussion. [3] . Kontinuierliches EKG – Monitoring sollte bei tiefer Sedierung jedenfalls verfügbar sein, ebenso obligatorisch muß die kontinuierliche EKG – Überwachung nach wie vor bei PatientInnen mit bekannter Herzerkrankung (vor allem auch bei PatientInnen mit bekannten Arrhythmien) angesehen werden.

Personalbedarf für diagnostische/ interventionelle Endoskopie:

Im Rahmen von diagnostischen/ therapeutisch - interventionellen Endoskopien bei PatientInnen der ASA – Klassen IV und V ist nach wie vor die Anwesenheit einer zusätzlichen, speziell mit den Aufgaben der Sedierung, Überwachung und Beherrschung etwaiger Komplikationen vertrauten und geschulten Person zu fordern. Dies ist für komplexe endoskopische Situationen/ Interventionen wie ERCP, ESD, EMR, interventionelle EUS analog zu fordern und bezieht sich bei derartigen Interventionen auch auf PatientInnen der ASA – Klassen I – III.

Daten einer rezent publizierten Studie zeigen [4], daß im Rahmen ausschliesslich diagnostischer Endoskopie von PatientInnen der ASA – Klassen I – III die Sedierung bei vergleichbarem Risiko und Outcome durch die obligat anwesende Assistenz durchgeführt werden kann, wobei die Assistenz ihre Sedierungs – und Überwachungstätigkeit kurz für unterbrechbare und kurzdauernde Tätigkeiten wie Probenentnahme und deren Asservierung etc. unterbrechen kann. [5] Die Anwesenheit einer weiteren Person zur alleinigen Überwachung und Sedierung scheint in dieser Situation nicht erforderlich zu sein.

Richtlinien für Training und Schulung im Rahmen der Sedierung und assoziierten Tätigkeiten während der Endoskopie:

Das Training und die spezielle Ausbildung im Rahmen der Sedierung und assoziierter Tätigkeiten wie Monitoring und Behebung etwaiger sedierungsimpliciter Komplikationen muß vor allem auf das Verständnis und die Kenntnis der Pharmakologie der verwendeten Substanzen, weiters auf das Erkennen von unerwarteten Situationen sowie auf manuelle Fertigkeiten zur Beherrschung möglicher Notfallsituationen ausgerichtet sein. Der Nachweis (Zertifikat) einer zusätzlich durchgeführten Ausbildung in diesen Aspekten ist anzustreben. Es ist die Aufgabe der gastroenterologischen Gesellschaft/ Arbeitsgruppe Endoskopie, diese

Ausbildung strukturiert anzubieten und die Mitglieder der Gesellschaft positiv zur Teilnahme an dieser Ausbildung zu motivieren. Die Arbeitsgruppe Endoskopie der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie bietet seit dem Jahre 2007 bereits eine derart strukturierte Ausbildung und ein entsprechendes Zertifikat an.

Forensische und medicolegale Überlegungen:

Die gastrointestinale Endoskopie involviert sowohl im Rahmen diagnostischer als auch interventioneller Prozeduren immer mehrere Personen mit unterschiedlichen Tätigkeitsspektren (EndoskopikerIn, DGKS/ DGKPfl., EndoskopiegehilfIn, AnästhesistIn etc). Der heute weltweit geübten Rechtssprechung zufolge ist jedoch regelhaft und jedenfalls der Endoskopiker als Hauptverantwortlicher der endoskopischen Prozedur anzusehen. Selbst bei Anwesenheit eines/ r AnästhesistIn ist im Rahmen eines gerichtsanhängigen Falles eines die Sedierung betreffenden Zwischenfalles der Endoskopiker jedenfalls als mitschuldig anzusehen. Im Rahmen von Sedierungszwischenfälle betreffenden Gerichtsverfahren muß die Gutachtenerstattung durch einen Anästhesisten als Regelfall und obligatorisch erwartet und angesehen werden. Jedem Endoskopiker muß bewußt sein, daß dies logischerweise die Beurteilung eines Vergehens/ Vorgehens (Sedierung/ Monitoring/ Dokumentation etc.) nach ausschliesslich anästhesiologischen Richtlinien, Grundsätzen und Beurteilungskriterien – mit allen daraus resultierenden Folgen für den/ die ausführende(n) Nicht – AnästhesistIn - impliziert.

Literatur:

- 1) Trained registered nurses/ endoscopy teams can administer propofol safely for endoscopy.
Rex DK et al, Gastroenterology 2005; 129: 1384 – 91
- 2) Propofol sedation during endoscopic procedures: safe and effective administration by registered nurses supervised by endoscopists.
Tohda G et al, Endoscopy 2006; 38: 360 - 67 .
- 3) Clinical policy: procedural sedation and analgesia in the emergency department.
Goodwin SA et al, Ann Emerg Ann Med 2005; 45: 177 – 96.
- 4) Propofol sedation during endoscopic procedures: How much staff and monitoring are necessary ?
Kuelling D et al, Gastrointestinal Endoscopy 2007; 66: 443 – 449
- 5) AGA Institute Review of Endoscopic Sedation.
Rex DK et al, Gastroenterology 2007; 13: 675 – 701

**Für die Arbeitsgruppe Endoskopie der
Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie:**

Univ. Prof.

Dr. Florian Schreiber

Klinik für Innere Medizin der MUG

Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie

Auenbruggerplatz 15

8036 Graz/ Austria

mailto.: florian.schreiber@meduni-graz.at