Klug entscheiden in der Anästhesie

Ein wichtiger Schritt zur Qualitätsoptimierung

Anfang 2015 entschied das Präsidium der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), eine nationale Qualitätsoffensive zu starten und hierfür unter dem Dach der AWMF eine Ad-hoc-Kommission zum Thema „Gemeinsam Klug Entscheiden“ einzurichten. Ausgangspunkt dieser Qualitätsoffensive ist die 2011 in den USA gestartete *Choosing-Wisely*-Initiative, die eine offene Diskussion zwischen der Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zum Thema Überversorgung fördern soll. Während die *Choosing-Wisely*-Initiative 5 medizinische Maßnahmen aus jeder klinischen Fachdisziplin benennt, bei der gegenwärtig eine Überversorgung und deshalb ein verstärkter Bedarf an Information feststellbar sind, beschreibt die deutsche Initiative evidenzbasiert 5 Positiv- und 5 Negativempfehlungen.

Diese sehr sinnvolle AWMF-Initiative wird seitens der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) sehr begrüßt und mit je einem Beitrag in den Säulen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie unterstützt. Für den Bereich der Anästhesie wurden, basierend auf kürzlich von der DGAI publizierten Qualitätsindikatoren für die Anästhesie [1] und aktuellen Literaturdaten, nunmehr als Erstes 5 Positiv- und 5 Negativempfehlungen, die entscheidend für das positive Outcome von kritischen Patienten sein können, veröffentlicht [2].

Die Positivempfehlungen lauten:

- Etabliere und nutze Sicherheitsprotokolle wie z. B. die *WHO Surgical*

Safety Checklist [3] und „Handover“-Protokolle [4].

- Etabliere und nutze Fehlervermeidungssysteme wie z. B. Farbkodierungen für Spritzen nach europäischer Norm, interdisziplinäre M&M-Konferenzen, die Nutzung von anonymen Fehlermeldesystemen (CIRS) sowie jährliche Berichte zur perioperativen Morbidität und Sterblichkeit [5–8].
- Etabliere und nutze *Patient Blood Management* (PBM) wie z. B. die Anämieerkennung und -therapie, die Gerinnungsoptimierung, die Vermeidung von iatrogenen Blutverlusten, eine restriktive richtlinienkonforme Nutzung von allogenen Blutprodukten sowie ein PBM-Benchmark [9, 10].
- Etabliere und nutze ein aktives Temperaturmanagement [11].
- Identifiziere Risikofaktoren und nutze Strategien zur Vermeidung der postoperativen Übelkeit und Erbrechen (PONV) mithilfe von z. B. Risikoprognosesystemen, Erfassung der PONV-Häufigkeit und Maßnahmen zur Senkung des PONV-Risikos [1, 12, 13].

Folgende Negativempfehlungen wurden gemacht:

- Vermeide unnötige präoperative Tests und Untersuchungen [14, 15].
- Vermeide Blutdruckabfälle auf einen mittleren arteriellen Druck <55–65 mm Hg bzw. um >40–50 % des systolischen Ausgangswertes [16–19].

- Vermeide EK-Transfusionen bei einem Hb >7–8 g/dl, sofern keine Zeichen einer Organischämie vorliegen (z. B. neu auftretende ST-Strecken-Senkung) bzw. der Patient keine massive Blutung aufweist [20–24].
- Vermeide eine Prämedikation mit Benzodiazepinen bei älteren Patienten [25, 26].
- Vermeide eine routinemäßige Kolloidgabe bei medikamenteninduzierter Hypotonie [27].

Die DGAI geht davon aus, dass mit diesen anästhesiologischen auf wissenschaftlicher Evidenz beruhenden Positiv- und Negativempfehlungen flächendeckend die anästhesiologische Versorgung ihrer Patienten qualitativ optimieren zu können. Die ausgesprochenen Empfehlungen sind einfach und unabhängig von der Versorgungsstufe der anästhesiologischen Einrichtung überall umsetzbar. Es liegt an uns allen, die Kampagne „Gemeinsam Klug Entscheiden“ auch in der Anästhesie zu einem Erfolg werden zu lassen. Jede einzelne Anästhesistin, jeder einzelne Anästhesist ist dazu aufgerufen, die Diagnostik und Therapie unserer Patienten unter Berücksichtigung der obigen Empfehlungen sicherer und qualitätsoptimiert durchzuführen. Mit dem gleichen Ziel werden entsprechende Empfehlungen für die anderen Säulen unseres Fachgebietes folgen.

R. Rossaint

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. R. Rossaint

Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum
RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, Deutschland
rossaint@ukaachen.de

Interessenkonflikt. R. Rossaint und M. Coburn geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Coburn M et al (2016) Qualitätsindikatoren Anästhesiologie 2015. *Anästh Intensivmed* 57:522–512
- Rossaint R, Coburn M, Zwissler B (2017) Klug entscheiden: ... in der Anästhesiologie. *Dtsch Arztebl* 114(22–23):A-1120/B-936/C-916
- WHO (2014) WHO Surgical Safety Checklist. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>; Zugriffen: 17. Febr. 2017
- Von Dossow V, Zwissler B (2016) Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase: SBAR-Konzept. *Anaesthesist* 65:148–150
- Mellin-Olsen J et al (2010) The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 27:592–597
- Andel H (2015) Gedanken zur Fehlerkultur. *Anaesthesist* 64:901–902
- Neuhaus C et al (2015) Patientensicherheit in der Anästhesie – multimodale Strategien für die perioperative Versorgung. *Anaesthesist* 64:911–926
- Prien T (2009) Empfehlung der DGAI zur farbigen Kennzeichnung von Spritzen. *Anästh Intensivmed* 50:333–334
- Shander A et al (2012) Patient-blood-management in Europe. *Br J Anaesth* 109:55–68
- Meybohm P et al (2017) Patient blood management bundles to facilitate implementation. *Transfus Med Rev* 31:62–71
- AWMF (2014) S3-Leitlinie „Vermeidung von perioperativer Hypothermie“. AWMF-Register Nr. 001/018. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-018_S3_Vermeidung_perioperativer_Hypothermie_2014-05.pdf. Zugriffen: 17. Febr. 2017
- Gan TJ et al (2014) Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 118:85–113
- Rüsch D et al (2010) Übelkeit und Erbrechen nach Operationen in Allgemeinanästhesie. *Dtsch Arztebl Int* 107:733–741
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) (2017) Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht Herz-Thoraxchirurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. *Anaesthesist* 66:442–458
- Wappler F (2016) Präoperative Evaluation des kardiopulmonalen Risikopatienten. *Anästh Intensivmed* 57:258–273
- Walsh M et al (2013) Relationship between intraoperative mean arterial pressure and clinical outcomes after noncardiac surgery: toward an empirical definition of hypotension. *Anesthesiology* 119:507–515
- Salmasi V et al (2017) Relationship between intraoperative hypotension, defined by either reduction from baseline or absolute thresholds, and acute kidney and myocardial injury after noncardiac surgery. A retrospective cohort analysis. *Anesthesiology* 126:47–65
- Hallqvist L et al (2016) Intraoperative hypotension is associated with myocardial damage in noncardiac surgery. *Eur J Anaesthesiol* 33:450–456
- Van Waes JA et al (2016) Association between intraoperative hypotension and myocardial injury after vascular surgery. *Anesthesiology* 124:35–44
- Carson JL et al (2011) Liberal or restrictive transfusion in high-risk patients after hip surgery. *N Engl J Med* 365:2453–2462
- Carson JL et al (2015) Liberal versus restrictive blood transfusion strategy: 3-year survival and cause of death results from the FOCUS randomised controlled trial. *Lancet* 385:1183–1189
- Carson JL et al (2016) Clinical practice guidelines from the AABB: red blood cell transfusion thresholds and storage. *JAMA* 316:2025–2035
- Murphy GJ et al (2015) Liberal or restrictive transfusion after cardiac surgery. *N Engl J Med* 372:997–1008
- National Clinical Guideline Centre (2015) Blood transfusion. NICE guideline 24. November 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng24>. Zugriffen: 17. Febr. 2017
- Maurice-Szamburski A et al (2015) Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: a randomized clinical trial. *JAMA* 313:916–925
- Aldecoa C et al (2017) European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol* 34:192–214
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) (2014) S3-Leitlinie Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-020>. Zugriffen: 06.06.2017