

1. Indikation zur Analgesie und Sedierung

Beatmung, Schmerzen, Unruhe/Angst, invasive Intervention

2. Prinzipien der Analgesie und Sedierung

- Die Analgosedierung dient der Vermeidung von Schmerz, Unruhe und Angst. Die Analgosedierung erfolgt individuell, situationsangepasst und protokollgesteuert. Jede Analgosedierung beinhaltet die Definition eines Sedierungszieles, welches für jeden Patienten mindestens einmal täglich definiert und dokumentiert werden sollte. Eine Überprüfung der Analgosedierung hat in regelmäßigen Abständen und unter Berücksichtigung der aktuellen klinischen Situation des Patienten zu erfolgen mittels Analgesie- und Sedierungsscores zu erfolgen. .
- Die Messung und Dokumentation der Sedierungstiefe erfolgt 8-stündlich mit Hilfe des RASS Score (Richmond Agitation Sedation Scale). Eine Abweichung des Ist-RASS vom Ziel RASS größer +1 wird als Protokollverletzung definiert und bedarf einer entsprechenden Anpassung der Sedierung. Eine tiefe Sedierung von RASS kleiner 2 sollte speziellen Indikationen (z.B. erhöhtem intracraniellen Druck, Bauchlagerung bei ARDS) vorbehalten sein.
- Die Sedierung von Intensivpatienten führt zu einem signifikant schlechteren Outcome und bedarf daher einer exakten Indikationsstellung. So können z. B. zur vegetativen Abschirmung Alpha2-Agonisten wie Clonidin oder Dexmedetomidin verwendet werden.
- Durch die Implementierung täglicher spontaner Aufwachversuche (Sedierungspause) und Spontanatmungstests kann nicht nur die Beatmungsdauer um bis zu 2 Tage reduziert, sondern auch beatmungsassoziierte Komplikationen (z. B. Pneumonien) signifikant reduziert werden.
- Die Auswahl des zu verwendenden Sedativums erfolgt unter Berücksichtigung der zu erwartenden Sedierungsdauer (siehe Algorithmus).

3. Analgosedierung bis 7 Tage:

- **Propofol** 1 - 4 mg/kg KG/h
Propofol bolusweise additiv z.B. bei pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen
- **Sufentanil (Sufenta)** 0,5 - 2 mcg/kg KG/h

4. Analgosedierung über 7 Tage:

- **AnaConDa (Isofluran):** 0,3 – 0,7 % endexpiratorisch
oder:
- **Midazolam (kontinuierlich):** 0,005 - 0,1 mg/kg KG/h
Propofol bolusweise additiv z.B. bei pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen
- **Sufentanil (Sufenta):** 0,5 - 2 mcg/kg KG/h

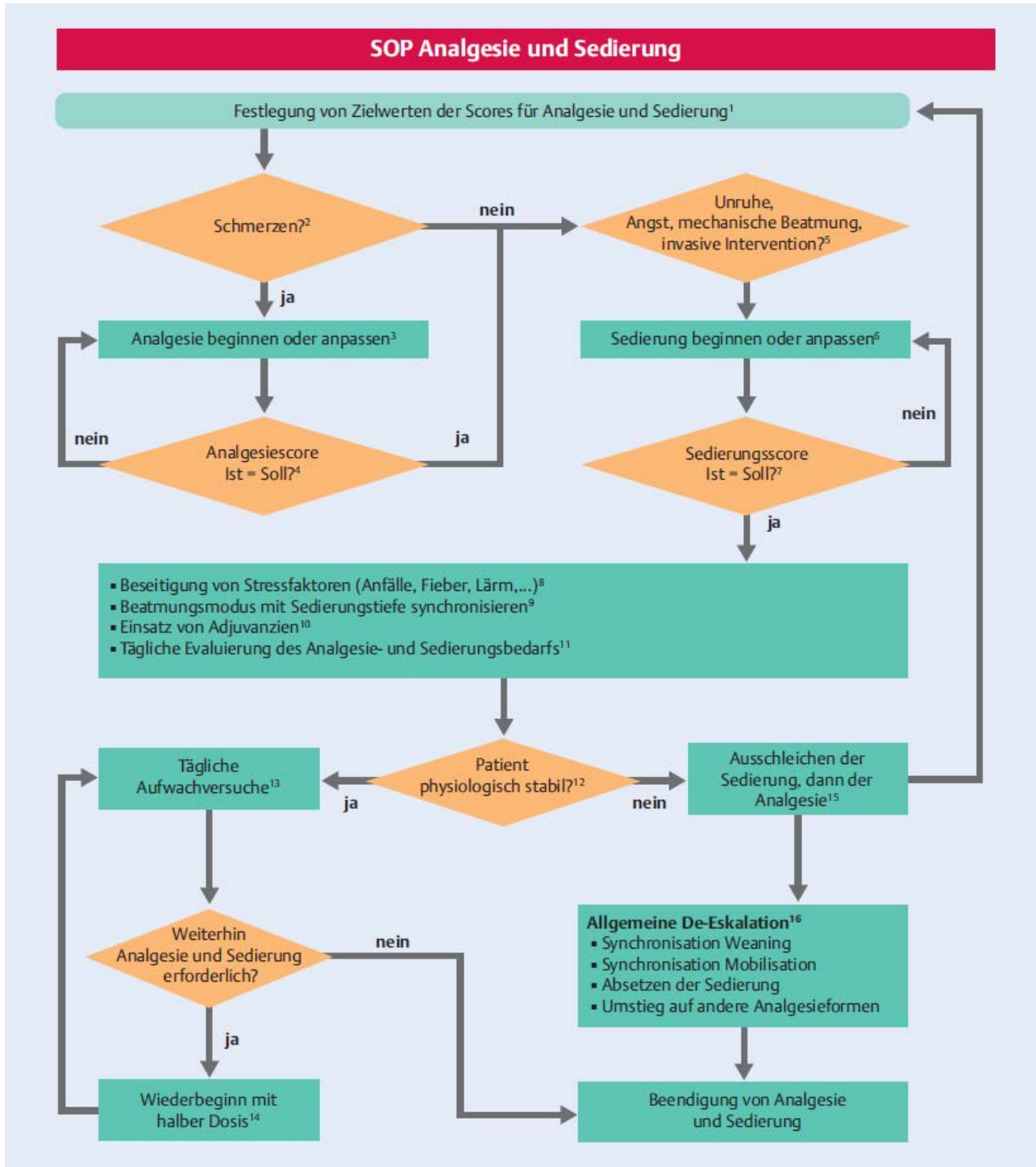
5. Adjuvante Sedativa:

- **Clonidin:** 0,5 - 1,4 µg/kg KG/h
- **Ketamin-S:** 0,2 – 1,0 mg/kg KG/h; nur in Kombination mit Benzodiazepinen

Merke

Besonders bei kardial eingeschränkten Patienten ist zu beachten, dass Ketamin einen Anstieg der Herzfrequenz, des Herzzeitvolumens und des myokardialen O₂-Verbrauchs bewirkt.

Erstellt:	Detlef Handke	Leiter Qualitäts- und Risikomanagement	Version: 1.0
Gepprüft:	Dr. Stefan Probst Dr. Heinrich Rudolf Kosiek	Chefarzt, Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin AMEOS Klinikum Bernburg Chefarzt, Anästhesie und ärztlicher Direktor, AMEOS Klinikum Alfeld	Stand: 16.04.2020 Evaluationsdatum: 17.04.2021
Freigabe:	Dr. Oliver Herden- Kirchhoff	Medizinischer Co-Leiter der Fachgruppe Anästhesie und Intensivmedizin	Seite 1 von 2



Literatur: S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin, AWMF
 Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren (3. Auflage 2017), DIVI

Erstellt:	Detlef Handke	Leiter Qualitäts- und Risikomanagement	Version: 1.0
Gepflegt:	Dr. Stefan Probst Dr. Heinrich Rudolf Kosiek	Chefarzt, Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin AMEOS Klinikum Bernburg Chefarzt, Anästhesie und ärztlicher Direktor, AMEOS Klinikum Alfeld	Evaluationsdatum: 17.04.2021
Freigabe:	Dr. Oliver Herden- Kirchhoff	Medizinischer Co-Leiter der Fachgruppe Anästhesie und Intensivmedizin	Seite 2 von 2