

Sedierungsfreie Intensivmedizin

Seit etwa fünf Jahren findet in der Intensivmedizin ein grundlegender Paradigmenwechsel statt.



Leonhard Bölke und Prof. Dr. Hans-Bernd Hopf, Interdisziplinäre Intensivstation der Asklepios Klinik Langen

Durch mehrere groß angelegte internationale Studien konnte gezeigt werden, dass die bisher übliche „Sedierung“ von Patienten während einer Respiratortherapie im Vergleich zu nicht sedierten Patienten nicht nur die Behandlungsdauer, sondern vor allem auch die Sterblichkeit dieser schwerstkranken Patienten um fast 30 % erhöht. Bereits 2013 hatten Gregory Peitz und Mitarbeiter die Themenkomplexe Analgesie, Sedierung und Delirium des Intensivpatienten in einem pointierten Übersichtsartikel mit dem Titel „The Top 10 Myths Regarding Sedation and Delirium in the ICU“ wie folgt zusammengefasst:

- Mythos 1:** Jeder beatmete Patient muss sediert werden.
- Mythos 2:** Sedierte Patienten sind einfacher zu pflegen.
- Mythos 3:** Nur postoperative Patienten haben Schmerzen.
- Mythos 4:** Sedierung induziert Schlaf und erhält den Tag-Nacht-Rhythmus.
- Mythos 5:** Delirium ist harmlos und erwartbar.
- Mythos 6:** Delirium kann einfach und reproduzierbar diagnostiziert werden.



© ChaNaWIT/Shutterstock



Patient mit extrakorporaler Lungenunterstützung (ECMO) vor der täglichen Physiotherapie

Mythos 7: Das „Intensiv“-Delirium ist gut behandelbar.

Mythos 8: Reguläre tägliche Unterbrechungen der Sedierung sind unsicher und gefährden den Patienten.

Mythos 9: Sedative und Opioide kumulieren nicht bei kontinuierlicher Anwendung.

Mythos 10: Tiefe Sedierung ist schonend für den Patienten und führt zu besseren psychologischen Ergebnissen.

Diese „Mythen“ wurden von den Autoren allesamt anhand von evidenzbasierten Studien schlüssig widerlegt. Fazit der Autoren war, dass jede Form der Sedierung negative Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf und die Behandlungsdauer einschl. Rekonvaleszenz von Intensivpatienten hat.

Fakt ist: Beim respiratorpflichtigen Patienten werden durch Verzicht auf jegliche

Sedierung drei essenzielle Ziele in seiner Behandlung erreicht:

- 1.) bleibt die – maschinell unterstützte – Eigenatmung erhalten,
 - 2.) ist eine Frühmobilisation spätestens am zweiten Tag der Intensivbehandlung möglich und
 - 3.) die nicht sedierten Patienten erleiden signifikant weniger Delirzustände im Vergleich zu den sedierten Patienten.
- Gerade die Durchführung der häufig notwendigen Respiratortherapie als druckunterstützte Spontanatmung des Patienten, d.h., alle Patienten atmen am Respirator spontan („Erhalt der Eigenatmung“) und werden in ihren Atemanstrengungen in Abhängigkeit von den Ergebnissen der bettseitigen Lungenfunktionsmessungen, der Blutgasanalysen und der klinischen

Einschätzung des behandelnden Intensivmediziners durch den Respirator unterstützt, stellt einen wesentlichen Vorteil der sedierungsfreien Intensivmedizin dar.

Zusätzlich zeigte sich, dass nicht sedierte Patienten im Vergleich zu sedierten Patienten nicht nur signifikant weniger Verwirrheitszustände („Delirium, Durchgangssyndrom“) erleiden, sondern darüber hinaus auch noch erheblich früher und besser zu mobilisieren waren. Dass die Frühmobilisierung beatmeter Patienten machbar und sicher ist, konnte bereits 2007 gezeigt werden. Grundvoraussetzung zur Durchführung einer sedierungsfreien Intensivmedizin ist ein entsprechend motiviertes und geschultes Intensivpflegepersonal, das nicht sedierte Patienten als Chance und nicht als Belastung wahrnimmt („nur

ein sedierter Patient ist ein guter Patient“) – nur nicht sedierte Patienten können frühmobilisiert werden! Und das ärztliche und pflegerische Team muss bereit sein, in den ersten Tagen der Sedierungsfreiheit einen erheblich erhöhten Betreuungsaufwand zu leisten.

Weitere Grundvoraussetzung für dieses Konzept ist eine effektive multimodale Analgesie (Periduralanalgesie, kontinuierliche Opioid-Infusion, nicht-steroidale Analgetika). Hierfür ist eine regelmäßige individuelle Messung der subjektiven Schmerzempfindung (Visuelle Analog Scale VAS) des Patienten durch die betreuenden Pflegekräfte unverzichtbar. Zusätzlich müssen regelmäßig der Sedierungszustand des Patienten (auch Opioide sedieren!) mithilfe des Richmond Agitation Sedation Score sowie ein Delir-Score (Intensive Care Delirium Screening Checklist) mindestens einmal pro 8 h Schicht erhoben werden.

Zur effektiven und für die Pflegekräfte rückschonenden Durchführung der Frühmobilisierung sind alle Zimmer mit Patienten-Deckenliftern (Traglast 250 kg) auszustatten – nur so wird für das Konzept auch eine Akzeptanz erreicht. Ein weiterer

hilfreicher Aspekt zur Umsetzung ist die aktive Entscheidungsbeteiligung vom Pflegepersonal für die durchzuführende Mobilisation sowie gemeinsame Tagesbesprechungen, Planungen und Zielsetzungen.

Um gerade Pflegekräfte von Intensivstationen für das anspruchsvolle Konzept einer sedierungsfreien Intensivmedizin zu interessieren und zu motivieren, haben die pflegerischen Mitarbeiter der interdisziplinären Intensivstation der Asklepios Klinik Langen im Mai 2019 das erste Langener Intensivsymposium von Pflegekräften für Pflegekräfte unter dem Motto „Sedierst du noch oder mobilisierst du schon?“ veranstaltet. Die große überregionale Resonanz zeigte den großen Informationsbedarf hinsichtlich einer sedierungsfreien Intensivmedizin gerade bei Patienten mit Lungen- bzw. Herz-Lungen-Ersatzverfahren sowie bei Beatmungspatienten. Aus diesem Grund wird das Intensivpflege-Symposium im Juni 2020 erneut stattfinden – wieder mit dem Fokus auf Sedierungsfreiheit und Frühmobilisation. Literatur beim Autor.

| www.asklepios.com |