

# SCHWEIZER EMPFEHLUNGEN BEI ERHÖHTEM ASPIRATIONSRISIKO

Jede Anästhesieabteilung sollte verbindliche SOP für das anästhesiologische Management von Patient:innen mit Risiko für pulmonale Aspiration erstellen und implementieren.

## VORBEREITUNG

### 1. Magenultraschall



Präoperativer Magenultraschall ist angezeigt bei unklarer Nüchternheit, bei dringlichen oder notfallmässigen Eingriffen sowie bei Patient:innen unter Therapie mit GLP-1-Agonisten oder Symptomen einer Gastroparese. Wird sonographisch ein leerer Magen nachgewiesen, kann nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung auf eine RSI verzichtet werden.

### 2. Patientenpositionierung



Wir empfehlen eine Lagerung mit erhöhtem Oberkörper, entweder mithilfe eines Keilkissens oder in Reverse-Trendelenburg-Position.

### 3. Vorbereitung



Die Präoxygenierung (100% FiO<sub>2</sub>) mit dem Ziel EtO<sub>2</sub> ≥ 80% ist zwingend. Eine einsatzbereite Absaugung mit grosslumigem Absaugkatheter sowie ein Endotrachealtubus mit Führungsstab müssen bereitgestellt werden. Bereits liegende Magensonden sollen vor der Anästhesie in situ belassen und zusätzlich abgesaugt werden.

### 4. Verwendung von Checklisten



Vor jeder Durchführung einer RSI empfehlen wir die Definition eines Teamleaders sowie dessen klare Benennung. Ein standardisiertes Team-Briefing anhand einer Checkliste sollte Folgendes beinhalten: Kontrolle von Patient:in und Team, patientenspezifische Faktoren, Monitoring, Beatmungsgerät, Material, Medikation sowie intravenöser Zugang.

**Hinweis:** Die Durchführung der Atemwegssicherung durch Assistenzärzt:innen oder Anästhesie-Pflegepersonal unter direkter Supervision ist möglich.

## DURCHFÜHRUNG

### 1. RSI (Rapid Sequence Induction)



Wir empfehlen den Einsatz eines neuromuskulären Monitorings vor Intubation. Die korrekte endotracheale Tubuslage soll mittels endtidaler CO<sub>2</sub>-Messung (EtCO<sub>2</sub>) bestätigt werden. Der Einsatz von Muskelrelaxanzien mit verzögertem Wirkungseintritt (bspw. Atracurium) sowie die Anwendung von Kriokiddruck sollen vermieden werden.

### 2. Videolaryngoskopie



Muss jederzeit verfügbar sein.

### 3. Modifizierte / Kontrollierte RSI



Bei erhöhtem Hypoxämie- oder Kreislaufisiko stellt die mRSI eine Alternative zur klassischen RSI dar. Wesentliche Komponenten bleiben gleich: Oberkörperhochlagerung, Vorbereitung von Material, Medikamenten und Personal sowie Muskelrelaxanzien-Dosierung. Zusätzlich kann eine positive Druckbeatmung bis maximal 15 mbar angewendet werden.

## BEI REGURGITATION ODER PULMONALER ASPIRATION



### 1. Management

Sofortige endotracheale Intubation oder alternativ Kopftieflagerung mit anschließender Intubation. Bronchoskopie nach relevanter Aspiration. Postinterventionelle Extubation bei fehlender Gasaustauschstörung möglich. Antibiotika und Steroide werden nicht routinemässig empfohlen.

### 2. Überwachung



Nach einer Regurgitation beziehungsweise einer pulmonalen Aspiration kann ein asymptomatischer Patient nach dreistündiger, klinisch unauffälliger Überwachung auf die Normalstation verlegt werden. Eine intensivmedizinische Überwachung ist nicht routinemässig erforderlich.

**SPSA**

Stiftung für  
Patientensicherheit  
in der Anästhesie

**SSAPM**  
Swiss Society for Anaesthesiology  
and Perioperative Medicine

**Referenzen:** 1. Baettig SJ, Filipovic MG, Giroud M, Bomberg H, Hofer CK, Eichenberger U, Ganter MT. *SAFE anaesthesia for patients at risk of pulmonary aspiration: A nationwide survey.* Eur J Anaesthesiol Intensive Care. 2025 Mar 10;4(2):e0070. 2. Baettig SJ, Filipovic MG, Bomberg H, Hofer CK, Ganter MT. *SSAPM practical recommendations for the perioperative management of pulmonary aspiration: a Swiss consensus.* BMC Anesthesiol., 2026 Apr 20; 26 (1): 339.