

Leitlinie Anästhesiologische Versorgung bei Hund und Katze

Gründe für das Erstellen einer Leitlinie

Das Risiko, in einer Allgemeinanästhesie zu versterben, ist für anästhesierte Tiere ungleich höher als für den Menschen. So versterben 0,05 % der gesunden (ASA 1-2, Abbildung 3) und 1,33 % der kranken Hunde (ASA 3-5) im Rahmen einer Anästhesie¹ (Brodbelt, 2006). Für die Katze sind die Zahlen mit 0,11 % bzw. 1,4 % ähnlich schlecht. Die Veterinärmedizin liegt damit in einem Bereich, der in der Humanmedizin 1940 erreicht wurde.

Dort konnte in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Reduktion der Anästhesie-assoziierten Mortalität erreicht werden. So starben 1970-1980 noch 2 Patienten pro 10 000 Anästhesien (0,02 %), 1980-1990 hingegen nur noch 0,4 (0,004 %) und heute etwa 0,055-0,1 Patienten pro 10 000 Anästhesien (0,00055-0,001 %) (Renner et al., 2015).

Beim Menschen hat die Einführung einer eigenen Facharztausbildung für "Narkose und Anästhesie" (1952) und die daraus resultierende ständige Beschäftigung mit der Thematik zu einer rasanten Zunahme der Kenntnisse und Fähigkeiten geführt. So konnte eine Reduktion der anästhesiebedingten Mortalität trotz Anstieg des Alters und der Erkrankungshäufigkeit/-schwere der Patienten erreicht werden. Die in den 1980er Jahren beobachtete sprunghafte Reduktion der Anästhesiebedingten Mortalität wird der parallel erfolgten Entwicklung und Implementierung weiterer Sicherheitsstandards wie der Pulsoximetrie und der Kapnometrie zugeschrieben (Gottschalk et al., 2011; Renner et al., 2015).

Die Tiermedizin sollte danach streben, an den Erfolg der Humanmedizin anzuknüpfen. Ein wichtiger Schritt auf diesem Weg ist die Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung vor allem der Tierärzte (Aufwertung der Anästhesiologie im Studium, bundesweite Einführung eines entsprechenden Fachtierarztes, Schaffung einer Berufsperspektive für diesen), aber auch der tiermedizinischen Fachangestellten. Daneben ist die Schaffung von Leitlinien ein wichtiges Instrument zur Verbesserung und Gewährleistung der Qualität der anästhesiologischen Versorgung unserer Haustiere und zur Reduktion ihres Risikos, während einer Allgemeinanästhesie oder Sedation zu versterben.

Aus diesem Grund wurde von der Fachgruppe Veterinärmedizinische Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (VAINS) der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft e.V. die Erarbeitung einer Leitlinie zur Anästhesie von Hund und Katze initiiert.

Zweck und Verbindlichkeit einer Leitlinie

Leitlinien haben das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten zu verbessern und die gute klinische Praxis fördern.

¹ Definition *Anästhesie-assoziiertes Todesfall*: perioperativer Tod inklusive Euthanasie nach Prämedikation und innerhalb der ersten 48 h nach Ende der Prozedur, außer wenn Tod/Euthanasie ausschließlich durch den OP-Befund oder das schon existierende medizinische Problem bedingt war. Anteil der euthanasierten Tiere an den Anästhesie-assoziierten Todesfällen: ca. 5,5 % der toten Tiere

Anders als häufig gedacht, sind sie nicht rechtsverbindlich², sondern Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen auf der Basis eines fundierten klinischen Urteils abgewichen werden kann oder sogar muss (Beispiel für mögliche Gründe: klinischer Befund, aggressives Tier, fehlende Kostenübernahme). Ein solches begründetes Abweichen von der Leitlinie soll eine Tierärztin/ein Tierarzt in der Patientendokumentation festhalten, vor allem dann, wenn es um grundsätzliche Empfehlungen geht.

Ein generelles Abweichen von der Leitlinie oder Unterschreiten der dort gesetzten Empfehlungen bei allen Tierpatienten einer Praxis/Klinik ist nicht vorgesehen.

Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Um dies zu gewährleisten, wurde die vorliegende Leitlinie der Fachgruppe VAINS der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft e.V. von einer Arbeitsgruppe erarbeitet, in der neben den Vertretern des Faches an den veterinärmedizinischen Bildungsstätten und Mitgliedern der entsprechenden europäischen und amerikanischen Colleges (ECVAA/ACVAA) erfahrene Tierärztinnen und Tierärzte aus der Praxis vertreten waren.

Im Idealfall stützen sich Leitlinien auf eine systematische Suche nach der besten verfügbaren Evidenz, fassen das aktuelle Wissen zusammen und generieren daraus die Handlungsempfehlungen. Da in der Tiermedizin Untersuchungen mit einem hohen Evidenzgrad oder systematische Reviews für viele grundlegende Fragen fehlen, wird sich diese Leitlinie in vielen Fragen auf Expertenkonsens, rationale Überlegungen oder Übertragungen aus der Humanmedizin stützen müssen. Sie entspricht damit einer S1-Leitlinie³, die es auch in der Humanmedizin für viele Fragen aus eben diesen Gründen nur gibt. Trotzdem sehen die Autoren sie als wichtigen (ersten) Schritt auf dem Weg zu einer guten anästhesiologischen Praxis.

Wer darf eine Anästhesie bei Hund und Katze durchführen?

Die Durchführung einer Allgemeinanästhesie ist dem Tierarzt vorbehalten (§5 TierSchG). Unter Aufsicht und Anleitung eines Tierarztes kann eine sachkundige Person mit hinreichenden Fachkenntnissen diesen unterstützen.

Voraussetzungen zur Durchführung einer Allgemeinanästhesie

Die Association of Veterinary Anaesthetists (AVA) hat schon vor einigen Jahren Voraussetzungen formuliert, die bei der Durchführung einer Narkose/Allgemeinanästhesie erfüllt sein sollen. Diese haben das Ziel, die Anästhesietechnik ohne übermäßigen apparativen und finanziellen Aufwand zu verbessern, um so das relativ hohe Anästhesierisiko von Tierpatienten zu senken (Association of Veterinary Anaesthetists, 2008). Die Autoren der Leitlinie möchten sich diesen grundlegenden Forderungen (Abbildung 1) und den daraus folgenden Konsequenzen anschließen.

² *Richtlinien* hingegen sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. (Bundesärztekammer, 1997)

³ Klassen der Leitlinien bezogen auf Ihre Entwicklungsmethodik: S1-von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet, S2-eine formale Konsensfindung u./o. eine formale Evidenz-Recherche hat stattgefunden, S3-Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse) (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2010).

Jede Tierärztin/jeder Tierarzt, der eine Allgemeinanästhesie durchführt, muss in der Lage sein:

- den Atemweg des Tieres zu sichern (Intubation),
- Sauerstoff zu verabreichen,
- manuell eine kontrollierte Beatmung durchzuführen (z.B. durch Verwendung eines selbstfüllenden Beatmungsbeutels (z. B. Ambu®-Bag) oder eines Narkosegerätes),
- Medikamente und Infusionslösungen intravenös zu verabreichen, idealerweise über einen Venenkatheter,
- eine kardiopulmonale Wiederbelebung durchzuführen.

Abbildung 1: Empfohlene Voraussetzung zur Durchführung einer Allgemeinanästhesie (Association of Veterinary Anaesthetists, 2008)

Sollen diese fünf Empfehlungen erfüllt werden, muss die Tierärztin/der Tierarzt die Benutzung der dafür benötigten Materialien und Geräte sowie die notwendigen Techniken (Intubation, Legen eines Venenkatheters, manuelle Beatmung usw.) beherrschen. Diese Fertigkeiten und Techniken sind jedoch relativ leicht zu erlernen. Die genannten Voraussetzungen sollten ohne Ausnahme bei jedem Patienten, der eine Narkose/Allgemeinanästhesie bekommt, erfüllt sein. Das bedeutet, dass die Tierärztin/der Tierarzt vor jeder Allgemeinanästhesie die Fragen der Checkliste in Abbildung 2 positiv beantworten können muss.

Checkliste

- Habe ich alles, was ich brauche, um zu intubieren?
- Habe ich ausreichend Sauerstoff und eine Möglichkeit, diesen zu verabreichen?
- Habe ich alles, was ich brauche, um manuell eine kontrollierte Beatmung durchzuführen?
- Kann ich sofort intravenös Infusionslösungen und/oder Medikamente verabreichen bzw. ist ein funktionierender Venenkatheter gelegt? Falls dies nicht der Fall ist: habe ich alles vorbereitet, um nach der Einleitung der Anästhesie einen intravenösen Katheter zu legen?
- Kann ich Wiederbelebensmaßnahmen (Herzmassage/Thoraxkompression, Beatmung) durchführen und stehen die nötigen Notfallmedikamente zur Verfügung?

Abbildung 2: Checkliste zur Überprüfung der empfohlenen Voraussetzung vor einer Allgemeinanästhesie (Association of Veterinary Anaesthetists, 2008)

Auch die Sedation eines Tieres ist mit einem Risiko zu versterben verbunden. So konnte Brodbelt im Vergleich zu einer Allgemeinanästhesie beim Hund ein (nur) 30 % reduziertes Risiko bei einer Sedation des Tieres ermitteln (Brodbelt, 2006). Aus diesem Grund sollten die oben genannten Voraussetzungen auch bei der Sedation eines Tieres erfüllt sein.

Präanästhetische Untersuchung und Risikoeinschätzung

Brodbelt (2006) konnte auch für Hund und Katze bestätigen, dass das Risiko eines Patienten, im Rahmen einer Anästhesie zu versterben, sehr stark steigt, wenn eine Allgemeinerkrankung mit Leistungs-/Funktionseinschränkung vorliegt. So haben Tiere mit einer schweren Allgemeinerkrankung mit Funktionseinschränkung (ASA Klassifizierung 3-5, Abbildung 3) ein etwa 25-mal (Hund) bzw. 12-mal (Katze) höheres Risiko als gesunde Tiere und Tiere mit einer leichten Allgemeinerkrankung ohne Funktionseinschränkung (ASA Klassifizierung 1, 2).

ASA 1	Normaler, gesunder Patient
ASA 2	Patient mit leichter Allgemeinerkrankung (keine Leistungseinschränkung)
ASA 3	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung (mit Leistungseinschränkung)
ASA 4	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist
ASA 5	Moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird

Abbildung 3: Klassifikation zur präanästhetischen Einschätzung des Gesundheitsstatus nach der American Society of Anesthesiologists (ASA).

Dies impliziert, dass bei Patienten der ASA-Klassen 3-5 der Versuch unternommen werden muss, diese in einen besseren bzw. kompensierten Zustand zu überführen, wenn die Dringlichkeit der Anästhesie dies zulässt. Die genaue Einschätzung des Patienten ist somit Grundlage einer fundierten Besitzeraufklärung, der Planung einer präanästhetischen Therapie und des Zeitpunktes der Anästhesie/des Eingriffs sowie einer individuellen Anästhesie-Planung (Methoden, Medikamente, Überwachung).

Grundlage der präanästhetischen Untersuchung ist eine strukturierte, zielgerichtete Anamnese (Beispiel in Abbildung 4, Bogen zum Selbstauffüllen für die Tierhalter).

<p>Wurde bei Ihrem Tier zu einem früheren Zeitpunkt eine Anästhesie durchgeführt? Wenn ja, wann und warum?</p> <p>Gab es eventuell Komplikationen während oder nach der OP/Anästhesie? Wenn ja, welche?</p> <p>Sind Vorerkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?</p> <p>Geben Sie dem Tier momentan Medikamente? Hat Ihr Haustierarzt Medikamente verabreicht? Wenn ja, welche? (auch Dosis, Applikationsintervall und -art erfragen)</p> <p>Gibt es Auffälligkeiten bei Futter-/Wasseraufnahmen (z.B. vermehrter/verminderter Appetit/Durst)? Wenn ja, welche?</p> <p>Gibt es Auffälligkeiten bei Harn-/Kotabsatz (z.B. Durchfall, Blut im Kot/Harn o.ä.)? Wenn ja, welche?</p> <p>Ist eine Leistungsschwäche aufgefallen? Wenn ja, wie äußert sich diese?</p> <p>Ist Kurzatmigkeit, vermehrtes Hecheln, Schnarchen, Husten u.ä. aufgefallen? Wenn ja, was und in welcher Situation?</p> <p>Gibt es sonstige Auffälligkeiten? Wenn ja, welche?</p> <p>Wann ist Ihr Tier zuletzt gefüttert worden?</p>
--

Abbildung 4: Strukturierte Anamnese für die präanästhetische Untersuchung

Der zweite Schritt der Risikoeinschätzung ist eine Allgemeinuntersuchung mit Fokussierung auf Herz-Kreislauf-System und Atmung. Erfasst werden Herzfrequenz, Pulsfrequenz bzw. Vorhandensein eines Pulsdefizites, Pulsqualität, Schleimhautfarbe, kapilläre Rückfüllzeit, Atemfrequenz, innere Körpertemperatur. Außerdem erfolgt eine Auskultation von Herz und Lunge. Zusätzlich wird die aktuelle Körpermasse ermittelt.

Ergeben Signalement, Anamnese und/oder klinische Untersuchung Hinweise auf eine Allgemeinerkrankung des Patienten oder fehlen relevante anamnestische Informationen bzw. Untersuchungsbefunde, sollen zielgerichtete weiterführende Untersuchungen (Labor, Röntgenaufnahme des Thorax, kardiologische Untersuchung u.a.) eingeleitet werden. Deren Ziel ist es, Art und Umfang der Funktionseinschränkung des Patienten (→ Anstieg des Risikos im Rahmen der Anästhesie zu versterben) sowie die Therapiemöglichkeiten zu erkennen. Brodbelt (2006) konnte zeigen, dass kranke Tiere von weiterführenden Untersuchungen (diagnostische Laboruntersuchung) profitieren, gesunde jedoch nicht (ungerichtete Screening-Untersuchungen).

Verweigert der Besitzer medizinisch indizierte weiterführende Untersuchungen trotz entsprechender Aufklärung über deren Sinn und die möglichen Konsequenzen für den Patienten, muss dies dokumentiert werden.

Bei Notfall-Patienten können Anamnese und präanästhetische Untersuchung der Situation entsprechend so angepasst werden, dass für den Patienten keine Gefährdung durch die zeitliche Verzögerung oder den Stress der Untersuchung droht. Sachverhalte, die das weitere Vorgehen entscheidend beeinflussen, müssen jedoch erfasst werden.

Bei elektiven Eingriffen kann die präanästhetische Risikoeinschätzung einige Tage vor der geplanten Anästhesie erfolgen. Am Tag der Anästhesie wird vom Tierhalter die aktuelle Situation erfragt (Änderungen zum Tag der Risikoeinschätzung). Das Tier sollte noch einmal kurz evaluiert werden (Puls-, Atemfrequenz, Auskultation, innere Körpertemperatur, Schleimhautfarbe), unter anderem um Ausgangswerte an diesem Tag zu erhalten.

Bei widersetzlichen, aggressiven Tieren muss die präanästhetische Untersuchung auf den Umfang reduziert werden, der ohne Gefahr für Personal und Patient durchführbar ist. Diese Abweichung vom üblichen Vorgehen muss dokumentiert werden.

Aufklärung des Patientenbesitzers

Über das allgemeine Narkoserisiko (Risiko eines gesunden Patienten im Rahmen einer Anästhesie zu versterben) sollte der Tierhalter aufgeklärt werden, wenngleich die Rechtsprechung dies für Tiere nicht explizit fordert. Liegt durch eine Allgemeinerkrankung des Tieres oder andere Umstände (Notfalleingriff) ein erhöhtes Risiko vor, so muss der Halter über das individuelle Risiko explizit aufgeklärt werden. Dies umfasst auch mögliche Probleme in der Aufwachphase, wie sie bei brachyzephalen Tieren oder Patienten mit Trachealkollaps vorkommen. Die Information über das Anästhesierisiko ist zu dokumentieren. Der Halter muss über die Kosten der Anästhesie, mindestens jedoch über die Gesamtkosten der Behandlung/Diagnostik in Allgemeinanästhesie, informiert werden.

Beim Nicht-Notfall-Patienten werden die Themen Nüchternheit und (gegebenenfalls) Medikation am Tag der Anästhesie besprochen. Empfohlen wird, zusätzlich den Ablauf der Allgemein-anästhesie/Sedation in einem für den Tierhalter verständlichen Rahmen zu erklären. Beim ambulanten Patienten sollte der Zeitraum nach Entlassung nach Hause thematisiert werden. Informationen, was der Tierhalter zu beachten hat (Lagerung, Fütterung, Medikation, Körpertemperatur u.ä.), woran eine gestörte Erholung nach einer Allgemeinanästhesie/Sedation erkannt werden kann und wann eine Tierärztin/ein Tierarzt konsultiert werden soll, erscheinen

notwendig. So lassen sich postanästhetische Komplikationen vermeiden bzw. möglichst frühzeitig entdecken und behandeln.

Vorbereitung und Venenzugang

Patienten mit Allgemeinerkrankung mit Leistungseinschränkung (ASA 3-5) werden vor Einleitung der Anästhesie durch eine adäquate Therapie in einen besseren bzw. kompensierten Zustand überführt, wenn die Dringlichkeit der Anästhesie dies zulässt.

Die Studie von Brodbelt (2006) zeigt, dass präoperatives Fasten bei Hund und Katze das Risiko für einen Todesfall deutlich reduziert (statistisch gesichert). Aus diesem Grund wird für adulte Patienten bei elektiven Eingriffen eine Nahrungskarenz (6-12 h) empfohlen, Wasser darf ad libitum aufgenommen werden. Bei Welpen und Tieren mit metabolischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) wird das Fütterungsregime situationsgemäß angepasst.

Hunde scheinen von einer sedativen Prämedikation zu profitieren. So konnte bei sedierten Tieren, vor allem bei gesunden, aber auch bei kranken Hunden, ein geringeres Risiko zu Versterben nachgewiesen werden (Brodbelt, 2006). Bei Katzen konnte der positive Effekt der Sedation zwar statistisch nicht gesichert werden, doch trägt sie zum Komfort der Tiere bei und vermindert stressbedingte hohe endogene Katecholamin-Spiegel. Diese stehen im Verdacht, Zwischenfälle zu fördern. Aus diesem Grund wird eine patienten- und situationsangepasste sedative Prämedikation empfohlen.

Sobald eine schmerzhafte Erkrankung diagnostiziert wird, muss eine adäquate Schmerztherapie auch schon im Vorfeld einer Allgemeinanästhesie/Operation erfolgen (siehe auch Abschnitt Anästhesieführung).

Ein peripherer Venenverweilkatheter ist heute obligat, wenn eine Allgemeinanästhesie oder eine tiefe Sedation bei Hund und Katze durchgeführt werden. Das Legen eines solchen kann nur bei Routineverrichtungen von wenigen Minuten Dauer mit geringem anästhesiologischem und operativem Risiko bei gesunden Patienten unterbleiben, z.B. bei der Kastration eines gesunden Katers. Jedoch muss auch in diesen Fällen alles Notwendige patienten- und zeitnah zur Verfügung stehen, um im Notfall einen Venenkatheter legen zu können.

Im Falle eines Zwischenfalls oder einer Narkosekomplikation verschenkt man wertvolle Zeit und riskiert das Leben des Patienten, wenn kein Venenzugang vorhanden ist und dieser erst noch etabliert werden muss. Entwickelt sich eine Herz-Kreislauf-Insuffizienz oder ein Herzstillstand gelingt dies oft nicht mehr. Die Chance des Patienten zu überleben reduziert sich damit dramatisch.

Anästhesieführung

Analgesie

Aus ethischen und tierschutzrechtlichen Gründen und da Schmerzen eine Reihe von negativen Folgen haben (verminderte Futteraufnahme, verlängerte Rekonvaleszenz, Entwicklung eines Schmerzsyndroms, Automutilation, schlechtere Wundheilung und –durchblutung, höhere Infektionsrate), ist eine der Erkrankung bzw. dem Eingriff angepasste perioperative analgetische Versorgung unbedingt erforderlich. Diese wird als präventive (präemptive) Schmerzbehandlung vor

dem Schmerzreiz bzw. der chirurgischen Inzision begonnen, um so nicht nur die bestehenden Schmerzen zu lindern, sondern auch die Entstehung eines Schmerzgedächtnisses zu verhindern und die postoperativen Schmerzen zu reduzieren.

Bei der Konzeption der Schmerztherapie sind Art, Intensität und Dauer der zu erwartenden Schmerzen, Wirkstärke und -dauer der Medikamente, deren Kontraindikationen, der optimale Applikationszeitpunkt sowie Dosierungsintervall und –dauer zu beachten.

Basis der intraoperativen Analgesie sind die systemische Verabreichung von Opioiden und/oder Techniken der regionale/lokalen Anästhesie bzw. Analgesie. Ergänzt werden können diese durch andere analgetisch wirkende Substanzen wie zum Beispiel Ketamin, α_2 -Rezeptor-Agonisten (primär sedativ mit analgetischer Wirkung), systemisch verabreichtes Lidocain. Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAIDs) oder Metamizol leiten die postoperative Analgesie ein und potenzieren die analgetische Wirkung der Opiode, reichen bei schmerzhaften Eingriffen intraoperativ oft jedoch nicht als alleinige Analgetika aus. Angaben, ob eine über die Verabreichung eines nicht-steroidalen Analgetikums hinausgehende Schmerzausschaltung nötig ist, finden sich in der Literatur (z.B. www.l-tis.de), alternativ kann das Vorgehen bei analogen Eingriffen beim Menschen als Orientierung dienen.

Einleitung und Erhaltung der Narkose

Die Einleitung der Narkose erfolgt bei Hund und Katze in der Regel als Injektionsanästhesie. Bei der Einleitung per Inhalation (Maske, Kammer) sind der Stress der Tiere und die Belastung der Mitarbeiter zu beachten (siehe auch Technische Regeln für Gefahrstoffe TRGS 525). Sie ist deswegen dem Einzelfall vorbehalten. Brodbelt (2006) konnte für den Hund ein erhöhtes Narkoserisiko bei Einleitung über die Maske nachweisen (bei der Katze nicht untersucht).

Die Verlängerung der Narkose kann als Injektions- oder Inhalationsanästhesie erfolgen. Mit beiden Verfahren kann eine qualitativ gute Allgemeinanästhesie erreicht werden. Die Nutzung kurzwirkender Injektionspräparate und deren kontinuierliche intravenöse Applikation ermöglicht eine steuerbare Narkosedauer und gleichmäßige Allgemeinanästhesie.

Die Inhalationsanästhesie wird als Intubationsnarkose gestaltet und hat den Vorteil, dass durch die Intubation des Patienten, die Verabreichung einer erhöhten inspiratorischen Sauerstoffkonzentration und die Möglichkeit, jederzeit beatmen zu können, gute Bedingungen für den Patienten geschaffen werden. Auch sind Narkosetiefe und –dauer gut steuerbar (abhängig von Prämedikation, Narkoseeinleitung). Ähnlich gute Bedingungen können auch bei einer Injektionsanästhesie erreicht werden, wenn entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden (Nutzung kurzwirkender Präparate, kontinuierliche Applikation (totale intravenöse Anästhesie = TIVA), Intubation, Sauerstoffapplikation).

Für alle Allgemeinanästhesien gilt die Forderung, dass ein Verfahren gewählt wird, welches hinsichtlich der Narkosetiefe- und länge adäquat für die durchgeführte Prozedur ist. Während der Narkose ist auf Hinweise unzureichender Analgesie und/oder Narkosetiefe zu achten (Anstieg von Herzfrequenz, Atemfrequenz und/oder Blutdruck, Nachlassen der Relaxation, Zunahme der Reflexaktivität am Auge, Spontanbewegungen) und die Narkose gegebenenfalls zu vertiefen. Die Narkose ist ausreichend lange zu erhalten.

Sicherung der Atemwege

Ein Endotrachealtubus sichert den Atemweg, verhindert eine Aspiration, ist Voraussetzung für eine sichere Inhalationsanästhesie und ermöglicht die Beatmung des Patienten. Alle Patienten, bei denen der Atemweg möglicherweise eingeengt ist (brachyzephe Tiere) oder eine Aspiration droht (Zahnbehandlung, Eingriffe in der Mundhöhle, Oesophagus-, Magen-Darm-Erkrankungen, nicht nüchterne Tiere), sollen intubiert werden, unabhängig davon, ob eine Inhalations- oder Injektionsanästhesie durchgeführt wird. Auch für andere Risikopatienten wird eine Intubation empfohlen. Da ein Endotrachealtubus gewisse Risiken birgt (Verlegung des Atemwegs durch Schleim oder Abknicken), ist dieser während der Narkose sorgfältig zu überwachen.

Bei Nutzung einer Larynxmaske ist eine sichere Abdichtung nicht garantiert. Es besteht somit kein sicherer Aspirationsschutz. Das möglicherweise bestehende Luftleck erschwert eine suffiziente Beatmung, vor allem dann, wenn hohe Beatmungsdrücke nötig sind, wie bei der kardiopulmonalen Reanimation. Da durch Rotation der Larynxmaske der Atemweg verlegt werden kann, ist deren Lage sorgfältig zu überwachen. Zur Überwachung der richtigen Platzierung und Lage einer Larynxmaske wird ausdrücklich Kapnographie empfohlen.

Gabe von Sauerstoff, Beatmung

Nahezu alle Anästhesieprotokolle wirken atemdepressiv. Sie führen in der Regel zu einem reduzierten Atemminutenvolumen mit einer unzureichenden Kohlendioxidabgabe und verminderten Sauerstoffaufnahme (Globalinsuffizienz). Durch das Erhöhen der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration kann die Sauerstoffaufnahme bei den meisten Patienten normalisiert werden (→ Partialinsuffizienz). Eine Beatmung kann die Hypoventilation korrigieren.

Für Risikopatienten, bei längerer Narkosedauer oder einem umfangreichen Eingriff wird mindestens die Applikation von Sauerstoff empfohlen (bei der Inhalationsanästhesie automatisch gegeben). Optimal erscheint die Normalisierung des Atemminutenvolumens durch Beatmung. Eine nicht nur kurzfristige Beatmung muss allerdings adäquat überwacht werden (Kapnographie, Blutgasanalyse), da sowohl Hypo- als auch Hyperventilation Vitalfunktionen des Patienten negativ beeinflussen können. Bei einem Atemstillstand muss als Notfalltherapie auch ohne die geforderte Überwachung beatmet werden.

Sonstige intraanästhetische Versorgung

Während der Allgemeinanästhesie werden dem Patienten intravenös 3 (Katze) - 5 (Hund) ml/kg KM/h einer Vollelektrolytlösung appliziert. Prinzipiell sollte die Infusionsrate an den hämodynamischen Zustand des Patienten angepasst werden (weitere Informationen siehe Davis et al., 2013). Liegen Veränderungen von Blutparametern oder spezielle Erkrankung, wie z.B. eine Herzinsuffizienz, vor, wird eine individuelle an diesen Veränderungen ausgerichtete Infusionstherapie durchgeführt, ebenfalls bei einer prä- oder intraoperativen Hypovolämie. Während der OP-Vorbereitungen (Scheren, Säubern) oder in Transportphasen kann eine Infusionstherapie unterbleiben, wenn diese Zeiträume nur von kurzer Dauer sind, ebenso bei sehr kurzer Anästhesiedauer.

Da ein Abfall der Körpertemperatur umfangreiche negative Konsequenzen hat (verlangsamtes Erwachen, Kreislaufdepression, Atemdepression, Förderung von Infektionen u.a.) beginnen ebenfalls unmittelbar nach der Narkoseeinleitung wärmeerhaltende bzw. -zuführende Maßnahmen. Durch Lagerung auf Zellstoff oder Decken, Beschränkung der Schür und der Desinfektionsmaßnahmen auf

das Notwendige, Einsatz von Wärmedecken, -flaschen, isolierenden Materialien (Luftpolsterfolie) und warmer Infusionslösung wird versucht, die Körpertemperatur zu stabilisieren. Da sowohl Hypo- als auch Hyperthermie auftreten können, muss die innere Körpertemperatur regelmäßig gemessen und die Wärmetherapie entsprechend angepasst werden.

Sobald das Tier anästhesiert ist, muss die Hornhaut durch regelmäßige Anwendung einer geeigneten Augensalbe oder eines Augengels geschützt werden. Bei ophthalmologischen Patienten wird abhängig von der geplanten Maßnahme verfahren.

Narkoseüberwachung

Ziel der Narkoseüberwachung ist es, Veränderungen möglichst früh zu entdecken, um rechtzeitig korrigierend eingreifen zu können und so eine Schädigung des Patienten zu verhindern oder zu minimieren. Narkoseüberwachung geht über die reine Patientenüberwachung hinaus, da auch die Funktion der eingesetzten Geräte⁴, die Infusion und die Lagerung überwacht werden müssen.

Die Überwachung wird dem Zustand des Patienten angepasst. Je schlechter der Zustand des Patienten und je schwerwiegender und länger der Eingriff ist, umso intensiver muss überwacht werden. Eine Intensivierung kann in der Praxis durch die Verkürzung der Zeitintervalle bei der klinischen Überwachung erreicht werden. Auch können zusätzlich mehr apparative Verfahren angewendet und mehr Parameter überwacht werden. So kann ein gesunder Kater zur Kastration rein klinisch überwacht werden, während bei einem kranken Tier (angeborene Herzerkrankung, verschluckter Wildfang) Pulsoximetrie und EKG die Überwachung ergänzen sollten.

Damit eine kontinuierliche Überwachung gewährleistet wird, muss diese durch eine sachkundige Person erfolgen, die nicht als Operateur oder steriler Assistent auf den Eingriff konzentriert ist. Weitere Aufgaben der überwachenden Person (z.B. Zureichen von Material) dürfen diese nicht substantiell von der Überwachungstätigkeit ablenken. Bei Routineverrichtungen von wenigen Minuten Dauer mit geringem anästhesiologischem und operativem Risiko bei gesunden Patienten darf vom Prinzip der primär überwachenden Person abgewichen werden.

Obligat ist die klinische Patientenüberwachung. Im Abstand von 5-10 Minuten werden regelmäßig Herz-/Pulsfrequenz, Schleimhautfarbe, kapilläre Rückfüllzeit, Atemfrequenz, Narkosetiefe (→ Reflexe am Auge, Muskeltonus, Herz-/Atemfrequenz, Pulsdruckamplitude) und innere Körpertemperatur erfasst. Bei Lagerung und Abdeckung des Patienten muss deshalb darauf geachtet werden, dass der Zugang zu diesem nur soweit eingeschränkt wird, wie unbedingt nötig.

Brodgelt (2006) konnte für Hund und Katze eine Reduktion des Anästhesierisikos aufzeigen, wenn die Atemfrequenz überwacht wurde (Risikoreduktion um 30 bis 50 %, statistisch nicht gesichert). Bei Katzen wirkte sich auch die Überwachung der Pulsfrequenz (Pulspalpation u./o. Pulsoximetrie) deutlich positiv aus (Reduktion bis zu 60 %, statistisch gesichert).

Da viele Komplikationen mit klinischen Methoden nicht sicher erfasst werden können (z.B. Atemdepression, Rhythmusstörungen, Blutdruckabfall), ist eine Ergänzung durch apparative Verfahren sinnvoll. Jeder Patient sollte mittels Pulsoximetrie überwacht werden, auch die Ableitung

⁴ Die Funktionsfähigkeit aller während der Anästhesie genutzten Geräte muss gewährleistet sein (→ Funktionsprobe vor Verwendung, regelmäßige Wartung)

eines Elektrokardiogramms wird empfohlen. Ausnahmen können eine sehr kurze Dauer der Allgemeinanästhesie, Transportphasen oder diagnostischen Prozeduren, bei denen die Kabel stören, sein. Bei Narkosen über 30 min Dauer und vor allem bei der Inhalationsanästhesie (blutdrucksenkende Wirkung der Inhalationsanästhetika) muss der Blutdruck gemessen werden.

Da nahezu alle Anästhetika atemdepressiv wirken, ist die Pulsoximetrie als einfach anwendbares, nicht-invasives Verfahren zur Überwachung der arteriellen Sauerstoffsättigung, der Pulsfrequenz und des Pulsrhythmus ein ausgesprochen sinnvolles Verfahren. In der Humanmedizin wird der Pulsoximetrie, ebenso wie der Kapnometrie/-graphie, großes Potenzial hinsichtlich der Vermeidung von Narkosezwischenfällen zugeschrieben (Tinker et al., 1989). Beim Kleintier konnte für die meisten apparativen Verfahren ein direkter Einfluss auf die Höhe des Narkoserisikos bislang nicht gesichert werden. Für die Pulsoximetrie konnte beim kranken Hund eine positive Tendenz berechnet werden (statistisch nicht gesichert). Bei kranken Katzen reduziert die Kombination von Pulsoximetrie und klinischer Überwachung des Pulses das Risiko zu Versterben um mehr als 50 % (Brodbelt, 2006).

In Abhängigkeit von vorliegender Erkrankung oder operativer Situation (Blutverlust) sollten während der Anästhesie entsprechende Laboruntersuchungen (Hämatokrit, Gesamteiweiß, Blutglukose-, Elektrolytkonzentrationen, Säure-Basen-Status) durchgeführt werden, wenn diese indiziert erscheinen.

Beim intubierten Patienten ermöglicht die Kapnographie eine Quantifizierung der Atemdepression und die Steuerung einer Beatmung. Sie gibt darüber hinaus Hinweise auf die Herz-Kreislauffunktion und eine Reihe von technischen Problemen (Undichtigkeit, Atemwegsobstruktion). Die Autoren empfehlen sie aus diesen Gründen ausdrücklich vor allem für längere Narkosen. Bei routinemäßiger Beatmung ist sie Pflicht (Alternative: Blutgasanalyse). Für Kapnographie (nur ASA 3-5) wurde eine geringe Risikoreduktion (10-20 %) bei Katzen ermittelt, die jedoch statistisch nicht gesichert werden konnte (Brodbelt, 2006).

Blutgasanalysen zeigen das Ausmaß einer Atemdepression sehr genau und informieren zusätzlich über den Säure-Basen-Status des Patienten. Sie sind deswegen gerade für Risikopatienten zu empfehlen, erfordern jedoch eine arterielle Punktion/einen arteriellen Katheter und ein entsprechendes Gerät. Die Messung der inspiratorischen Konzentration von Sauerstoff und Inhalationsanästhetikum zeigt Dosierungsfehler und technische Störungen an und trägt so zur Patientensicherheit bei. Die Messung der expiratorischen Narkosegaskonzentration erleichtert außerdem die Steuerung einer Inhalationsnarkose. Auch diese Verfahren sind damit empfehlenswert (in der Humanmedizin obligat).

Zur postanästhetischen Überwachung s.u.

Dokumentation der Narkose (Narkoseprotokoll)

Der tierärztlichen Pflicht zur Dokumentation (Berufsordnung) muss auch in Bezug auf die Anästhesie Genüge getan werden. Eine schriftliche Dokumentation des Narkoseverlaufs kann in Streitfällen als Beweisgrundlage und bei weiteren Narkosen des Patienten als Entscheidungsgrundlage dienen.

Vermerkt werden das Ergebnis der präanästhetischen Untersuchung (inkl. aktueller Körpermasse und Einschätzung des Gesundheitsstatus, z.B. ASA-Klassifizierung), sowie die Dosis, der Zeitpunkt und die Art der Applikation aller in der peri-anästhetischen Periode verabreichten Medikamente und

Infusionen. Daneben sollten mögliche Nebenwirkungen, die beobachtet wurden, notiert werden. Alle Komplikationen, ungewöhnlichen Effekte, Vorkommnisse und Begleitumstände werden ebenfalls dokumentiert.

Durch die wünschenswerte Ausweitung der Dokumentation auf die überwachten Parameter werden die Erkennung ungewöhnlicher Werte und die Einschätzung von Veränderungen im Verlaufe der Narkose erleichtert. Zusätzlich ermöglicht dies die Beurteilung der Effekte von Interventionen, wie der Gabe von Medikamenten, der Beatmung oder der Korrektur von Fehleinstellungen. Ein solches Verlaufsprotokoll fördert das Erkennen von Zusammenhängen und ist so ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der anästhesiologischen Fähigkeiten. Allerdings muss beim Führen eines Verlaufsprotokolls gewährleistet sein, dass die primäre Aufmerksamkeit dem Patient gilt und der Protokollierende nicht durch die Dokumentationstätigkeit abgelenkt wird.

Überwachte Parameter sollen in einem Verlaufsprotokoll regelmäßig im Abstand von 5 bis 10 Minuten aufgezeichnet werden. Dokumentiert werden zum Beispiel Herz- und Atemfrequenz, Oxygenierungsstatus (Schleimhautfarbe, pulsoximetrisch gemessene Sättigung), kapilläre Rückfüllzeit, Blutdruck, innere Körpertemperatur, Narkosetiefe und andere Ergebnisse der Überwachung.

Die Dokumentation weiterer Sachverhalte, wie der Effekt einer Sedation, der Qualität der Narkoseeinleitung, der Größe des Endotrachealtubus, Zeitpunkt der Extubation u.a., steigert Informationsgehalt und Aussagekraft des Protokolls, bleibt jedoch fakultativ. Die Aufzeichnung der Einstellungen an Narkosegerät (Gasflüsse, Verdampfeinstellung) und Beatmungsgerät (Beatmungsmodus, Atemfrequenz, Atemzug-/Atemminutenvolumen u.a.) ist ebenfalls nützlich.

Postanästhetische Versorgung

Analgesie

Postanästhetisch muss eine adäquate Analgesie ausreichend lange gewährleistet sein. Diese greift je nach Schmerzintensität auf die Kombination eines Opioids (ausreichende Wirkstärke bei den unterschiedlichen Opioid-Gruppen beachten) mit einem NSAID oder Metamizol zurück (hoch- bis mittelgradige Schmerzen) oder kann sich bei geringgradigen Schmerzen auf die Gabe eines NSAIDs oder Metamizol beschränken. Auch lokale/regionale Techniken der Anästhesie und Analgesie können angewendet werden. Empfehlungen hinsichtlich der zu erwartenden Schmerzintensität und Dauer gibt u.a. die Initiative tiermedizinischer Schmerztherapie (www.i-tis.de).

Überwachung und Protokollierung

Da mehr als 50 % aller Todesfälle bei Hund und Katze in der postoperativen Phase auftreten (Brodgelt, 2006), muss die Überwachung auf diese ausgedehnt werden. Die Intensität der Überwachung richtet sich wiederum nach dem Gesundheitsstatus des Patienten, Länge und Verlauf der Anästhesie, Schwere der Operation und dem Verlauf der Aufwachphase.

In der frühen Aufwachphase werden Herz- und Atemfrequenz sowie die Körperinnentemperatur regelmäßig bestimmt, die Narkosetiefe beurteilt und auf Störungen der Aufwachphase (Exzitationen, Atemwegsobstruktion) geachtet. Erwacht das Tier zunehmend, kann die Intensität der Überwachung reduziert werden, überwacht wird jedoch mindestens bis das Tier sich sicher in Brust-Bauchlage

halten kann. Herz- und Atemfrequenz sowie die Körperinnentemperatur sollen in der frühen Aufwachphase auch protokolliert werden, ebenso Störungen der Aufwachphase.

Bei Risikopatienten sollte postoperativ die klinische Überwachung durch EKG, Pulsoximeter, Blutdruckmessung, Kapnometrie/-graphie und/oder Laboruntersuchungen (in Abhängigkeit von der Grunderkrankung) ergänzt werden und die Protokollierung der Aufwachphase entsprechend ausgeweitet werden.

Obligat ist die Dokumentation des Zustandes des Patienten bei Entlassung.

Sonstige pflegerische Maßnahmen

Eine ruhige Umgebung, ein weiches, trockenes Lager und liebevoller Umgang mit dem Patienten sind Voraussetzungen für eine ungestörte Aufwachphase. Abhängig von der ermittelten Körpertemperatur wird eine Wärmetherapie durchgeführt. Die Kornea wird erneut mit geeigneter Augensalbe/-gel geschützt. Mindestens bei Risikopatienten, nach langen Anästhesien und aufwändigen Eingriffen wird eine situationsangepasste Infusionstherapie bis zum Erwachen fortgesetzt. Bei Risikopatienten sollte die Fortsetzung der Sauerstoffapplikation erwogen werden.

Entlassen wird der Patient, wenn er sicher stehfähig, besser gehfähig, ist. Der Tierhalter wird über das weitere Vorgehen und mögliche Störungen der Aufwachphase informiert, ebenso wann eine Tierärztin/ein Tierarzt kontaktiert werden soll.

Notfallmedikamente, -ausrüstung und kardiopulmonale Wiederbelebung

Allgemeinanästhesie und Sedation bergen stets das Risiko eines Herzkreislaufstillstandes. Aus diesem Grund muss jeder Tierarzt, welcher eine Allgemeinanästhesie oder Sedation durchführt, in der Lage sein, einen Patienten suffizient zu reanimieren. Die dazu benötigten Fertigkeiten (Intubation, Beatmung, Thoraxkompression, Legen eines Venenkatheters) müssen sicher beherrscht werden. Die erforderliche Ausstattung (Endotrachealtuben, selbstfüllender Beatmungsbeutel, Venenkatheter, Verbrauchsmaterial Injektion, Infusion) und die notwendigen Medikamente (Sauerstoff, Adrenalin, siehe auch weiter unten) müssen vorhanden, einsatzbereit und schnell erreichbar sein.

Die kardiopulmonale Wiederbelebung folgt den Empfehlungen der RECOVER Initiative (Fletcher et al., 2012; Rohwedder u. Alef, 2014). Um den Erfolg der Wiederbelebungsmaßnahmen zu verbessern, soll das gesamte Praxis-/Klinikteam mit dem Ablauf einer Reanimation vertraut sein und die notwendigen Handgriffe beherrschen. Eine Unterweisung in die kardiopulmonale Wiederbelebung und eine Übung der Reanimationsmaßnahmen sollen mindestens einmal pro Jahr erfolgen.

Auch für andere regelmäßig vorkommende Komplikationen, wie z.B. Atemdepression, -stillstand, Arrhythmien, Hypovolämie, Hypotonie, müssen entsprechende Ressourcen für eine suffiziente Behandlung zur Verfügung stehen. Abbildung 5 zeigt die mindestens vorzuhaltenden Notfallmedikamente. Es wird empfohlen, selbst erstellte oder aus der Literatur entnommene Dosierungstabellen (siehe z.B. Fletcher et al., 2012; Rohwedder u. Alef, 2014) für die Notfallmedikamente deutlich sichtbar an sinnvoller Stelle zu platzieren.

Obligate Notfallmedikamente für den Bereich Anästhesie

- Adrenalin
- Atropin
- Lidocain
- kristalloide Infusionslösung (Vollelektrolytlsg.)
- Glukoselösung
- Atipamezol, wenn alpha₂-Agonisten verwendet werden
- Naloxon, wenn Opioide verwendet werden
- Furosemid

Zusätzlich empfohlene Notfallmedikamente

- Hydroxyethylstärke-Infusionslösung (HES)
- Dopamin und/oder Dobutamin und/oder Noradrenalin
- Weitere Antiarrhythmika (z.B. Amiodaron)
- Natriumbikarbonat
- Mannitol
- Hypertone Kochsalzlösung
- Diazepam, Phenobarbital

Abbildung 5: Notfallmedikamente, die verfügbar sein müssen bzw. sollten, wenn eine Allgemeinanästhesie oder Sedation bei Hund oder Katze durchgeführt wird.

Mitarbeiterschulung

Interne Mitarbeiterschulungen zur vorliegenden Leitlinie und deren Umsetzung, den praxisinternen anästhesie-relevanten Abläufen und anderen anästhesiologischen Themen sollten mindestens einmal jährlich durchgeführt und dokumentiert werden (Beispiele für Themen gibt Abbildung 6). Eine zusätzliche externe Fortbildung wird ausdrücklich empfohlen. Eine regelmäßige anästhesiologische Fortbildung der verantwortlichen Tierärzte/Tierärztinnen und des beteiligten tiermedizinischen Fachpersonals wird vorausgesetzt.

Theoretische Unterweisung

- Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente in der Anästhesie
- Indikation, Dosis, Applikationsweise der Notfallmedikamente
- Grundlagen der Infusionstherapie
- Aufbau, Funktion und Wartung der vorhandenen Narkosegeräte
- Klinische Überwachung: Parameter, Technik, physiologische Werte, Reaktion bei Abweichung
- Pulsoximetrie: Funktionsweise, Aussage, physiologische Werte, Reaktion bei Abweichung
- EKG: Funktionsweise, Aussage, pathologische Befunde, Reaktion bei Abweichung
- Kapnographie: Funktionsweise, Aussage, pathologische Befunde, Reaktion bei Abweichung
- Blutdruckmessung: Funktionsweise, Aussage, physiologische Werte, Reaktion bei Abweichung
- Hypo-/Hyperthermie: Folgen, Vermeidung bzw. Therapie
- Durchsprechen der Abläufe im Rahmen der Anästhesie mit dem Ziel der Standardisierung
- Grundlagen der Beatmung
- Ablauf einer Reanimation
- Narkosekomplikationen und –zwischenfälle: Erkennen, Ursache, Reaktion

Praktische Übungen

- Intubation
- Legen eines Venenzugangs
- Aufbau und Anschluss der vorhandenen Narkosegeräte
- Anschluss des Patienten an das Narkosegerät/an die Beatmung und das Entkoppeln davon
- Manuelle Beatmung (mit dem selbstfüllenden Beatmungsbeutel, am Narkosegerät)
- Thoraxkompression/“Herzmassage“
- Blutdruckmessung
- Tipps und Tricks bei EKG, Pulsoximetrie, Blutdruckmessung
- Anschluss eines Patienten an ein Beatmungsgerät und die Entwöhnung davon

Abbildung 6: Mögliche Schwerpunkte der praxisinternen und/oder -externen Mitarbeiterschulung im Bereich Anästhesie, Notfallmanagement und Reanimation.

Schlussbemerkung

Ist die in dieser Leitlinie für (Risiko-)Patienten als verpflichtend eingestufte Versorgung nicht gesichert (z.B. weil eine entsprechende Ausstattung fehlt), muss kritisch unter Einbeziehung der Indikation für die Anästhesie und deren Dringlichkeit geprüft werden, ob dieser Patient nicht an eine Praxis oder Klinik überwiesen werden muss, die die geforderte Versorgungsqualität gewährleisten kann. Alternativ ist die konsiliarische Hinzuziehung eines Fachtierarztes/einer Fachtierärztin für Anästhesiologie oder eines Dipl. ECVAA/ACVAA.

Zusammenfassung

Damit schnell ersichtlich ist, was für jede Allgemeinanästhesie (Spalte 1) verpflichtend und was für Patienten mit erhöhtem Risiko/längere Anästhesie (Spalte 2) obligat ist, fasst die folgende Tabelle die Leitlinie stichwortartig zusammen. Einzelheiten sind dem Text zu entnehmen. In Spalte 3 finden sich darüber hinausgehende Empfehlungen, die im Sinne der Patientensicherheit bei möglichst vielen Patienten umgesetzt werden sollten, jedoch nicht Pflicht sind.

	Verpflichtend bei jeder Narkose (mögliche Ausnahmen siehe Text)	Zusätzlich verpflichtend für Tiere mit erhöhtem Risiko (ASA 3-5) und/oder einer Anästhesiedauer > 60 min	Darüber hinaus empfohlen (auch als Standard für Kliniken oder spezialisierte Praxen)
Verantwortlicher Anästhesieführende	Tierarzt/Tierärztin		Fachtierarzt für Anästhesiologie und/oder Dipl. ECVAA/ACVAA
Unterstützendes Personal	Personelle Ausstattung muss eine adäquate Überwachung gewährleisten, siehe unten		Zusätzliche sachkundige Person mit hinreichenden anästhesiologischen Fachkenntnissen (z.B. Tiermedizinische Fachangestellte (TFA) mit Zusatzqualifikation)
Präanästhetische Untersuchung	Zielgerichtete Anamnese Allgemeinuntersuchung mit Fokussierung auf Herz-Kreislauf u. Atmung Zielgerichtete weiterführende Untersuchungen bei Risikohinweisen		
Aufklärung des Patientenbesitzers	Individuelles Narkoserisiko Futterentzug Aktuelle Medikation Verhalten nach Entlassung Anzeichen von Störungen in der		Allgemeines Narkoserisiko Ablauf der Anästhesie

	Aufwach- und Erholungsphase		
Vorbereitung des Patienten	Nahrungskarenz 6 - 12 h (elektive Eingriffe, adulter Patient) Schmerztherapie bei schmerzhaften Zuständen Peripherer Venenzugang	Präanästhetische Therapie bei ASA 3-5, wenn zeitlich möglich (→ Indikation)	Sedative Prämedikation
Narkoseführung	Adäquate perioperative Analgesie Einleitung als Injektionsanästhesie Erhaltung als Inhalations- oder Injektionsanästhesie Nutzung adäquat steuerbarer Verfahren Überwachung der Narkosetiefe Endotracheale Intubation bei gefährdeten Patienten Sauerstoffsupplementierung bei gefährdeten Patienten Augensalbe/-gel Infusionstherapie Wärmetherapie	Endotracheale Intubation Sauerstoffsupplementierung	Endotracheale Intubation, Sauerstoffsupplementierung routinemäßig bei Injektions- und Inhalationsanästhesien ebenso Beatmung, wenn indiziert
Überwachung	Primär mit Überwachung betraute sachkundige (!) Person (Tierarzt/Tierärztin oder TFA) Herz-/Pulsfrequenz, Pulsqualität, Schleimhautfarbe, kapilläre Rückfüllzeit, Atemfrequenz, innere Körpertemperatur,	Elektrokardiogramm Labor (indikationsgebunden)	Kapnographie (bei routinemäßiger Beatmung verpflichtend, alternativ Blutgasanalyse) Messung der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration Messung der in- und expiratorischen Narkosegaskonzentrationen

	Narkosetiefe alle 5-10 min Pulsoximetrie Blutdruck bei längeren Eingriffen/Inhalationsanästhesie		Blutgasanalyse
Dokumentation	Ergebnisse der präanästhetischen Untersuchung Aktuelle Körpermasse Dosis, Zeitpunkt und Art der Applikation aller verabreichten Medikamente und Infusionen Wichtige Vitalparameter (Atem-, Herz-, Pulsfrequenz, Herzrhythmus; arterielle Sauerstoffsättigung) Nebenwirkungen, Komplikationen, ungewöhnliche Effekte, Vorkommnisse und Begleitumstände Störungen der Aufwachphase Zustand bei Entlassung		Verlaufsprotokoll klinisch und apparativ erfasster Parameter und Geräteeinstellungen im Abstand von 5-10 min Herz-, Puls- und Atemfrequenz, Pulsqualität, Schleimhautfarbe, Körpertemperatur in der frühen Aufwachphase
Postanästhetische Versorgung	Ausreichend lange, adäquate Analgesie Überwachung von Herz-, Puls-, Atemfrequenz, Körpertemperatur, Beurteilung der Narkosetiefe, Störungen der Aufwachphase Überwachung bis sich das Tier sicher in Brust-Bauchlage hält	Fortsetzen der Infusionstherapie (indikationsgebunden)	Bei Risikopatienten Überwachung mit EKG, Pulsoximetrie, Kapnographie, Blutdruckmessung, Laboruntersuchung Ausweitung der Dokumentation (s.o.) Infusionstherapie bis zum vollständigen Erwachen Bei Risikopatienten Sauerstoffsupplementation

	<p>Protokollierung der frühen Aufwachphase Wärmetherapie Augensalbe/-gel Dokumentation des Entlassungsbefundes Entlassung, wenn der Patient sicher steh-, besser gehfähig ist</p>	<p>Entlassung erst, wenn der Patient sicher steh-, besser gehfähig ist</p>
Notfallausrüstung	<p>Endotrachealtuben Zubehör Intubation Selbstfüllender Beatmungsbeutel Sauerstoffquelle, betriebsbereit Medikamente, s. Abbildung 5</p>	<p>Inhalationsnarkosegerät Respirator Weitere Medikamente; s. Abbildung 5 Dosierungstabellen für gängige Notfallmedikamente</p>
Wiederbelebung	<p>Vorgehen nach RECOVER-Leitlinie Unterweisung des Praxisteam und Übung der Reanimation 1mal/Jahr</p>	<p>Häufigere Reanimations- und Notfall-Übung im Team</p>
Schulung, Fortbildung	<p>Jährlich theoretische und/oder praktische Unterweisungen zu anästhesiolog. Themen Dokumentation derselben Regelmäßige interne und externe anästhesiologische Fortbildung des tierärztlichen Personals und der TFAs</p>	<p>Ausweitung der Schulungen QM-System</p>
Prinzipielle Forderung	<p>Überweisung von Tierpatienten, deren adäquate Versorgung nicht gesichert ist oder</p>	

Hinzuziehung eines
Veterinärnästhesisten als
Konsiliar

Sonstiges

Für die Pflege und Überarbeitung der Leitlinie ist die Fachgruppe Veterinärmedizinische Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (VAINS) der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft e.V. verantwortlich. Eine Prüfung und Überarbeitung ist im 3-Jahres-Rhythmus vorgesehen.

Die Leitlinie steht online auf der Webseite der Fachgruppe zur Verfügung. Auf Änderungen der Leitlinie wird dort hingewiesen. Angestrebt wird eine breite Verbreitung über Print- und Online-Medien der Berufsverbände, Tierärztekammern und der Fachpresse.

Verfasser

Fachgruppe Veterinärmedizinische Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (VAINS) der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft e.V.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. Julia Tünsmeier, Hannover und Berlin
Prof. Dr. Sabine Tacke, Gießen
Dr. Thomas Steidl, Tübingen
Dr. Helene Rohrbach, Bern
Dr. Christin Poller, Norderstedt
Dr. Korbinian Pieper, München
Dr. Heide Klöppel, Hitchin, GB
Prof. Dr. Sabine Kästner, Hannover
PD Dr. Gregor Hauschild, Münster
Prof. Dr. Bernd Driessen, Pennsylvania, USA
Prof. Dr. Michael Alef, Leipzig

Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010). *Leitlinie.de*. Abgerufen am 12. Mai 2015 von <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/klassifizierung-von-leitlinie>

Association of Veterinary Anaesthetists (AVA). (2008). Empfohlene Voraussetzungen zur Durchführung einer Vollnarkose bei Hunden, Katzen und Pferden. Abgerufen am 13. Mai 2015 von <http://www.ava.eu.com/recommendations/AVAd.pdf>

Brodelt DC (2006). The Confidential Enquiry into Perioperative Small Animal Fatalities. PhD Thesis, Royal Veterinary College, University of London. Royal Veterinary College, University of London, and The Animal Health Trust

Bundesärztekammer (BÄK) (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Dtsch Ärztebl 94: 2154-2155

Davis H, Jensen T, Johnson A et al. (2013). 2013 AAHA/AAFP Fluid Therapy Guidelines for Dogs and Cats. JAAHA 49: 149-159

Fletcher DJ, Boller M, Brainard BM et al. (2012). RECOVER evidence and knowledge gap analysis on veterinary CPR. Part 7: Clinical guidelines. J Vet Emerg Crit Care (San Antonio) 22, Suppl 1: 102-113

Gottschalk A, Van Aken H, Zenz M et al. (2011). Ist Anästhesie gefährlich. Dtsch Ärztebl Int108 (27): 469-474

Renner J, Grünewald M, Bein B (2015). Patientensicherheit in der Anästhesie - Kann der Anästhesist das Outcome verbessern? Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 50: 314-321 (DOI: 10.1055/s-0040-100222)

Rohwedder L, Alef M (2014). Evidenzbasierte Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation bei Hund und Katze. Tierärztl Prax 42 (K): 263-271

Tinker JH, Dull DL, Caplan RA, Ward RJ, Cheney FW (1989). Role of Monitoring Devices in Prevention of Anesthetic Mishaps: A Closed Claims Analysis. Anesthesiology 7: 541-546