SSAPM
Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine

Empfehlungen zur Prozeduralen Sedation

Version 3.6, 01.11.2026

Erarbeitet durch den Vorstand SSAPM und der Kommission für Struktur- und Prozessfragen

Unterstützt durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGG

Eine definitive Beurteilung der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie SGK und der Schweizerischen Gesellschaft der Pneumologie SGP ist ausstehend.

Ersetzt:
- Positionspapier: «Analgo-Sedierung», Version 2012
- Konsensuspapier der SGAR, SGG, SGK, SSVIT und SGP: «Empfehlungen und Standards für die Analgosedierung durch Nicht- Anästhesisten», Stand Minirevision April 2018

SSAPM
Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine

Inhalt

1 Einleitung 3
2 Grundlagen 4
2.1 Grundsätze: 4
2.2 Sedationsstufen 5
2.3 Risikopatient:innen 6
3 Anforderungen 7
3.1 Behandlungsteam 7
3.1.1 Teamstruktur 7
3.2 Patient:innen 8
3.3 Prozesse 8
3.3.1 Prä-Assessment und Aufklärung 8
3.3.2 Post-Assessment und Entlassung 8
3.4 Räumliche Anforderungen 9
3.5 Apparative und technische Anforderungen 9
3.6 Pharmakologie 10
3.7 Dokumentation 10
4 Komplikations- und Notfallmanagement 11
5 Qualitätssicherung 11
6 Praxis 12
6.1 Kompetenzen und Verantwortungen 12
7 Beispiel Prä-Assessment Fragebogen 13
8 Weiterführende Information zu rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen 14
8.1 Gesetzlicher Rahmen 14
8.2 Dokumentationspflicht 15
9 Referenzen: 16

1 Einleitung

Minimal-invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe werden in zahlreichen Fachgebieten – etwa in der Gastroenterologie, Kardiologie, Radiologie, Pneumologie oder Dermatologie – zunehmend durchgeführt. Für viele dieser Eingriffe ist eine prozedurale Sedation indiziert. Sie dient der Steigerung des Patientenkomforts durch Reduktion von Schmerz- und Stressbelastung und trägt zugleich zu optimalen Arbeitsbedingungen sowie zu einem reibungslosen Ablauf der Intervention bei.

Klinische Erfahrung und internationale Literatur[1,2,3] zeigen, dass es zu unvorhergesehenen Übergängen in tiefere Sedationsstufen kommen kann, die mit Atemwegs- und Kreislaufkomplikationen einhergehen. Neben angemessenen strukturellen und medizinischen Rahmenbedingungen ist auch eine sorgfältige Patientenselektion von zentraler Bedeutung. Das Risiko für Zwischenfälle liegt einerseits im Nichterkennen patientenspezifischer Risikofaktoren[19,20] und andererseits in einer zu tiefen Sedation[18].

Da eine vitale Gefährdung des/der Patient:in jederzeit auftreten kann, müssen stets geeignete Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung kardiopulmonaler Beeinträchtigungen oder einer zu tiefen Sedation sowie zur raschen Behandlung von Komplikationen gewährleistet sein.
Ein strukturierter Sicherheitsrahmen mit klar definierten Verantwortlichkeiten, geeigneter Infrastruktur und verbindlichen Ausbildungsanforderungen ist deshalb unerlässlich.

Angesichts der steigenden Zahl interventioneller Eingriffe, zunehmender Komorbiditäten der Patient:innen, neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, technischer Entwicklungen, der Verlagerung hin zu mehr ambulanten Eingriffen[4], Veränderungen im Skill-Grade-Mix auf der Anästhesieabteilung sowie nicht zuletzt unter dem Aspekt der Kostenoptimierung wurden die bestehenden Dokumente[5,6] einer umfassenden Revision unterzogen.

Die vorliegende Empfehlung definiert die Minimalanforderungen an die Durchführung der prozeduralen Sedation. Sie regelt insbesondere die Patientenselektion, Durchführung und Überwachung, Delegation, Dokumentation sowie Qualitätssicherung. Dabei berücksichtigt sie aktuelle internationale Sicherheits- und Qualitätsstandards (u. a. ASA[a], ESAIC[b], WHO[c]) ebenso wie den geltenden rechtlichen Rahmen[7] (2025), MedBG[d], GesBG[e] und OR[f] (siehe Kapitel 8).

Der Geltungsbereich erstreckt sich primär auf elektive Eingriffe im ambulanten und stationären Setting aller Fachrichtungen – einschliesslich Spitälern, Tageskliniken und Arztpraxen – in denen prozedurale Sedation durchgeführt wird. Er umfasst ausdrücklich auch sogenannte Non-OR-Settings wie Endoskopieeinheiten, radiologische Abteilungen, Katheterlabore oder Praxisräume.

Die Durchführung von Sedierungen obliegt üblicherweise Fachärzt:innen der Anästhesiologie.

Basierend auf wissenschaftlicher Evidenz[16,17] und klinischen Erfahrungen innerhalb der Schweiz seit Erstellung des ersten Konsensuspapier 2012[5], ist unter besonderen Rahmenbedingungen die Durchführung auch in der Verantwortung anderer Fachärzt:innen möglich.

[a] ASA (American Society of Anesthesiologists; https://www.asahq.org/)
[b] ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive Care; https://www.esaic.org/)
[c] WHO (World Health Organization; https://www.who.int/)
[d] MedBG (Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe; https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/537/de)
[e] GesBG (Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe; https://www.bag.admin.ch/de/gesetzgebung-gesundheitsberufe)
[f] OR (Obligationenrecht; https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/27/317_321_377/de)

2 Grundlagen

2.1 Grundsätze:

- Sedation ist eine ärztliche Tätigkeit mit potenziell vital bedrohlichen Komplikationen. Jedes Behandlungsteam, das Sedation anbietet, muss in der Lage sein, Komplikationen, speziell Atemwegs- und Kreislaufkomplikationen, unverzüglich zu erkennen und zu beherrschen. Dies betrifft sowohl die individuellen Kompetenzen der beteiligten Fachpersonen als auch die strukturellen Voraussetzungen.

Leitsatz: «**Wer sediert, muss in der Lage sein, Nebenwirkungen und Komplikationen einer Sedation zu erkennen und kompetent behandeln zu können.**»

- Die Risiken einer Sedation sind abhängig von der geplanten Sedationsstufe, der Eingriffsart, dem personellen und strukturellen Setting sowie den Risikofaktoren patient:innenseitig; diese müssen in ihrer Gesamtheit erfasst, einkalkuliert und durch ein entsprechendes Behandlungsteam berücksichtigt werden.

- Eine ärztliche Fachperson kann nicht gleichzeitig einen Eingriff und die dazugehörige Sedation durchführen.

- Die Durchführung einer Sedation erfolgt im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Ärztliche Verantwortung, Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie Aufklärungs- und Dokumentationspflichten richten sich nach den einschlägigen gesetzlichen Grundlagen (u. a. MedBG, GesBG und OR). Weiterführende Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen finden sich in Kapitel 8.

- Die Gesamtverantwortung liegt bei der delegierenden ärztlichen Person.

- Nach Berücksichtigung aller Einflussfaktoren, bleibt die Sedation durch ein nicht- anästhesiologisches Team eine Einzelfallentscheidung. Eine Anästhesiebeteiligung bleibt auf Wunsch sowohl der ärztlichen Fachperson wie auch der Patient:innen jederzeit möglich.

2.2 Sedationsstufen

Die Sedationsstufe[8] beschreibt den Grad der Beeinflussung von Bewusstsein, Reaktionsfähigkeit, Spontanatmung und Schutzreflexen, dabei sind die Übergänge fliessend.
Eine prozedurale Sedation kann unbeabsichtigt in tiefere Stadien übergehen, insbesondere wenn schnell titrierbare Medikamente verwendet werden. Für eine sichere Sedation ist entscheidend, dass unerwünschte Vertiefungen früh erkannt und behandelt werden.

Stufe	**Bewusstsein**	**Reaktion**	**Spontan-atmung**	**Schutzreflexe**	**Intervention**
I - Minimale Sedation	wach	normale Antwort	erhalten	erhalten	keine
II - Moderate Sedation	somnolent	auf Ansprache weckbar, adäquate Reaktion	adäquat	erhalten	keine
III - Tiefe Sedation	nur auf Schmerzreiz reagibel	verlangsamte oder eingeschränkte Reaktionen	gefährdet	gefährdet	Sicherung der Atemwege / Beatmung kann nötig werden
IV – Allgemeinanästhesie	bewusstlos	nicht erhalten	nicht adäquat	aufgehoben	Sicherung der Atemwege nötig

2.3 Risikopatient:innen

Nebst strukturellen Anforderungen und geplanter Sedationsstufe ist den patient: innenseitigen Risikofaktoren besondere Beachtung zu schenken: Zwischenfälle gründen oft auf dem Nichterkennen der Risikofaktoren der Patient:innen und dafür inadäquater Ausbildung des Behandlungsteams. Eine vorausgehende Risikobeurteilung der/des Patient:in mit Aktenstudium inklusive vorausgehender körperlicher Untersuchung, (Vitalparameter) und Anamnese beispielsweise beim Hausarzt muss durchgeführt und dokumentiert werden.

In der folgenden Tabelle sind beispielhaft häufige Risikofaktoren aufgeführt.

Risikofaktoren:

- Schwere Begleiterkrankungen / **ASA Klassifikation III** und mehr; z. Bsp.
  - koronare Herzkrankheit mit Angina pectoris
  - Herzinsuffizienz mit Orthopnoe
  - Therapiebedürftige pulmonale Hypertonie
  - relevante Pneumopathie, Dauersauerstoff oder O_2-Sättigung <90% unter Raumluft
- Aspirationsgefahr (z.B. Ileus)
- Schwere Schlaf-Apnoe
- Schwangerschaft
- Übelkeit und/oder Bewusstseinsstörung/Intoxikation
- Neuromuskuläre und -degenerative Erkrankungen
- Menschen mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen
- Nicht kompensierte psychisch-psychiatrische Erkrankung
- Adipositas (BMI ≥ 35 kg/m²)
- Kontraindikationen für die entsprechenden Sedativa und Analgetika
- Alter < 16 Jahre
- Hoher Frailty-Grad
- Schwere Nieren- und Leberfunktionsstörung

Bei Unsicherheiten bezüglich Risikofaktoren wird eine konsiliarische Anfrage an und/oder Zuzug von Fachärzt:innen für Anästhesiologie empfohlen.

Nüchternheitsgebot

Für eine elektive Intervention in Sedation müssen alle Patient:innen zur Aspirationsprophylaxe nüchtern sein, das heisst bei sonst gesunden Patient:innen, feste Nahrung bis höchstens sechs Stunden und klare Flüssigkeit bis höchstens zwei Stunden vor dem Eingriff.
Bei notfallmässigen Eingriffen ist eine Risikoabwägung des erhöhten Aspirationsrisikos bei nicht nüchternen Patient:innen gegenüber der zeitlichen Dringlichkeit vorzunehmen und der niederschwellige Zuzug von Fachärzt:innen für Anästhesiologie wird empfohlen.

3 Anforderungen

Voraussetzung für die Patientensicherheit sind ausreichende Erfahrung und Routine des durchführenden Behandlungsteams in der Sedation, ein adäquates Monitoring, sowie die verfügbare Infrastruktur, die eine rechtzeitige Erkennung von Problemen bei den Patient:innen und deren Behebung erlauben.
Im Folgenden werden die Anforderungen der verschiedenen Teilbereiche, welche eine erfolgreiche Sedation beeinflussen erklärt; dabei gilt:

muss = verpflichtender Standard (=Minimalanforderung)
soll = dringend empfohlen
kann = wünschenswert

3.1 Behandlungsteam

Eine Sedation wird durch ein Behandlungsteam durchgeführt, innerhalb dessen die Kompetenzen und Aufgabenverteilung[9] klar definiert werden.

muss Alle an der Sedation beteiligten Fachpersonen müssen grundlegende Kompetenzen im Atemwegsmanagement und in der Reanimation beherrschen.
Sie müssen in der Lage sein, Sedierungsstufen zuverlässig zu erkennen, um bei zu tiefer Sedation die Komplikationen entsprechend behandeln zu können.
Die Aufgabenverteilung innerhalb des Behandlungsteam muss klar definiert und allen Beteiligten bekannt sein.

soll Regelmässiges Training in Atemwegsmanagement, BLS[g] und ILS[h] für alle an der Sedation beteiligten Fachpersonen soll wahrgenommen werden.
Schulungen zu Sedationsprotokoll und sicherheitsrelevanter und patientenbezogener Kommunikation sollen besucht werden.

kann Die Teilnahme an interprofessionellen Simulationstrainings mit typischen Sedationsnotfällen und die Implementation von Qualitätssicherungsprozessen (z. B. interne Reviews von Komplikationen) sind wünschenswert.

3.1.1 Teamstruktur

Sedation erfordert mindestens zwei Personen, wovon eine ärztliche Person die Gesamtverantwortung trägt. Eine ärztliche Fachperson kann nicht gleichzeitig einen Eingriff und die dazugehörige Sedation durchführen.

muss Die ärztliche Fachperson trägt die Gesamtverantwortung.
Eine qualifizierte Fachperson muss für die Verabreichung der Sedativa und Analgetika sowie die Überwachung der Patient:innen zur Verfügung stehen.
Ein Mitglied des Behandlungsteams muss in der Lage sein, den Atemweg zu sichern und nötigenfalls zu beatmen.

soll Eine zusätzliche, mit der Umgebung und Abläufen vertraute Person, soll in der Nähe unmittelbar abrufbar sein, und bei Bedarf zur Unterstützung innert nützlicher Frist beigezogen werden.

kann Es ist wünschenswert, dass die sedierende Person neben der Sedation keine weiteren Aufgaben übernimmt.

[g] BLS: Basic Life Support
[h] ILS: Immediate Life Support

3.2 Patient:innen

Im Rahmen der Patient:innen-Evaluation sind, nebst der Risikofaktoren, folgende Eignungskriterien der Patient:innen abzuklären und für die Nachsorge abzusichern:

muss	Das Sprachverständnis muss für Patientenaufklärung und –einwilligung ausreichend sein. Die Möglichkeit zur Einhaltung der Nüchternzeiten (6 Stunden für Essen / 2 Stunden für klare Flüssigkeiten) muss bei geplanten Eingriffen gegeben sein.
soll	Patient:innen sollen kooperativ sein und sich in einem stabilen psychischen Zustand befinden.
kann	Ein soziales Umfeld mit Möglichkeit zur Betreuung nach der Sedation ist wünschenswert.

3.3 Prozesse

Vor jeder Sedation erfolgt eine strukturierte Anamnese, eine Risikobeurteilung sowie eine Erklärung der geplanten prozeduralen Sedation durch die verantwortliche ärztliche Fachperson und das Einholen der dafür notwendigen Patienteneinwilligung. Nach einer Sedation muss die Möglichkeit zu einer angemessenen Überwachung und sicheren Entlassung vorhanden sein.

3.3.1 Prä-Assessment und Aufklärung

Vor jeder Sedation erfolgt eine strukturierte Anamnese und Risikoevaluation (der unter 2.3 erwähnten Risikofaktoren) sowie eine Erklärung des Ablaufs, möglicher Alternativen und die Einholung der dazu gehörigen Patienteneinwilligung zur geplanten Sedation.
Zur sicheren Planung durch das Behandlungsteam und auch zur Sicherstellung einer ausreichenden Bedenkzeit patient:innenseitig soll dies möglichst nicht am Eingriffstag erfolgen.[10]

muss	Vorerkrankungen, Dauermedikation, Allergien, Körpergewicht und Grösse (BMI), frühere sedationsbedingter Ereignisse, kardiopulmonale Beurteilung und ASA-Klassifikation müssen erfasst werden. Die erfolgte Erklärung der einzuhaltenden Nüchternzeiten, die ärztliche Aufklärung über Ablauf und Risiken sowie die Eskalationsmöglichkeiten müssen dokumentiert sein. Es muss eine schriftliche Patienteneinwilligung vorliegen. Der Hinweis auf Karenzfrist für gewisse Tätigkeiten nach der Sedation (Bedienung von Maschinen, aktive Teilnahme am Strassenverkehr, Vertragsabschluss) muss vor dem Eingriff erfolgt sein.
soll	Das Prä-Assessment und die schriftliche Instruktion sollen auf standardisierten Formularen erfolgen (Beispiel: Fragebogen Kapitel 7).

3.3.2 Post-Assessment und Entlassung

Patient:innen werden nach jeder Sedation und vor Entlassung evaluiert. Die Entlassung erfolgt gemäss definierten Entlassungskriterien.

muss	Die klar definierten Entlassungskriterien müssen bei Entlassung dokumentiert werden. Patient:innen müssen darauf hingewiesen werden, dass sie nach der Sedation nicht aktiv am Strassenverkehr teilnehmen dürfen.
soll	Standardisierte Scores (z. Bsp. Aldrete[11]) sollen für die Beurteilung der Entlassungsfähigkeit verwendet werden. Die Instruktion von Patient:innen und Begleitpersonen, sowie die Angabe eines Notfallkontakts wird dringend empfohlen.

kann Ein telefonisches Follow-up innerhalb 24h ist wünschenswert.

Entlassungskriterien:

- Stabile Vitalparameter
- Subjektives Wohlbefinden
- Entlassungszeitpunkt wird durch verantwortliche ärztliche Fachperson festgelegt
- Eine Begleitperson nach Entlassung wird empfohlen
- Die/der Patient:in ist über das Procedere nach Entlassung informiert
- Die/der Patient:in ist über mögliche Komplikationen informiert
- Die/der Patient:in hat eine Kontaktadresse bei Fragen oder Komplikationen erhalten

3.4 Räumliche Anforderungen

Adäquate Arbeitsplatzverhältnisse müssen vorhanden sein.

muss Adäquate Arbeitsplatzverhältnisse zur Durchführung der Intervention (Raum, Licht, Infrastruktur, Kommunikationsmittel) müssen vorhanden sein.
Die Räumlichkeiten müssen die Behandlung von Komplikationen und die Durchführung einer Reanimation ermöglichen.
Ein Plan zur raschen und ungehinderten Evakuation liegender Patient:innen muss vorliegen.
Die Erholungsphase der Patient:innen muss in einer geeigneten Räumlichkeit mit Monitoring erfolgen.

soll Ein Vorbereitungsraum wird empfohlen.

3.5 Apparative und technische Anforderungen

Die apparativen und technischen Anforderungen unterstützen die Patientensicherheit. Die Geräte und Materialien müssen regelmässig auf Funktionsfähigkeit, Verfallsdatum und Vollständigkeit geprüft werden und die Kontrollen dokumentiert werden (es besteht eine Kontrolldokumentationspflicht, MepV[i]).

muss Diese Infrastruktur muss zur Verfügung stehen:

- Kontinuierliche Pulsoxymetrie [j, k]
- Sauerstoffversorgung (zentral oder mobil) [j, k]
- Beatmungsbeutel mit O_2-Anschluss und –Reservoir [j, k]
- Absaugung [j, k]
- Airway-Set: Material zur Sicherung der Atemwege (Maske, supraglottische Atemwege)
- Nicht invasive Blutdruckmessung
- Intravenöser Zugang
- Notfallmedikamente
- Defibrillator

[i] MepV: Medizinalprodukteverordnung
[j] Im Behandlungsraum
[k] Im Überwachungsraum

soll Ein ergänzendes Monitoring kann zur Detektion einer Hypoventilation und Apnoe je nach Eingriff nützlich sein und wird dringend empfohlen. (Sedationsstufe II, Verwendung von Propofol)

- Kapnographie
- Induktive Atemfrequenzmessung

kann Ein EKG ist je nach Risiko wünschenswert.

3.6 Pharmakologie

Die Auswahl der eingesetzten Medikamente zur Durchführung einer Sedation entspricht der präoperativen Risikobeurteilung.

muss Es müssen kurzwirksame und titrationsfähige Substanzen eingesetzt werden.

soll Die **Kombination von Sedativa und Opioiden der Stufe III gemäss WHO-Stufenschema (wie z.B. Morphin, Oxycodon oder Hydromorphon) (Analgo-Sedation) soll** aufgrund der sedativen Potenzierung und erhöhtem Risiko einer akzidentell zu tiefen Sedation und Atemdepression mit konsekutiven kardiopulmonalen Komplikationen **vermieden werden.**
Innerhalb einer Institution sollen nur wenige, dafür allen Beteiligten vertraute Verfahren und bekannte Medikamente zur Analgo-Sedation angewendet werden und diese in «Standard Operating Procedures (SOP)» klar definiert werden.
Der Einsatz von Propofol soll nur durch entsprechend geschultes Personal erfolgen.
Eine Kapnographie soll bei Kombination von Sedativa und Analgetika durchgeführt werden.
Spezifische Antagonisten von Benzodiazepinen (Flumazenil) und Opiaten (Naloxon) sollen vorgehalten werden.

3.7 Dokumentation

muss Die Erfassung von Vitalparametern erfolgt minimal alle 5 Minuten (SpO_2, Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz) und muss dokumentiert werden.
Die Art und Dauer des Eingriffs müssen dokumentiert werden (Beginn bis Ende, spezielle Manöver).
Die verabreichten Medikamente müssen dokumentiert werden (Zeit und Dosis).

soll Die Erfassung und Dokumentation von Sedationsscore (RASS[12]/OAA/S[13]-Scale) wird dringend empfohlen.

4 Komplikations- und Notfallmanagement

Da eine vitale Gefährdung der/des Patient:in jederzeit auftreten kann, müssen stets geeignete Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung kardiopulmonaler Beeinträchtigungen oder einer zu tiefen Sedation sowie zur raschen Behandlung von Komplikationen gewährleistet sein.
Ein strukturierter Sicherheitsrahmen mit klar definierten Verantwortlichkeiten, geeigneter Infrastruktur und verbindlichen Ausbildungsanforderungen ist deshalb unerlässlich.

muss Das Notfallmaterial und die Notfallmedikamente müssen vorrätig und regelmässig geprüft sein.
- Sauerstoff
- Absaugung
- Beatmungsbeutel
- Defibrillator
- Notfallmedikamente und spezifische Antagonisten

Es müssen klar definierte Notfallalgorithmen vorhanden und dem Team bekannt sein.

soll Es wird empfohlen, die Notfall-Algorithmen sichtbar auszuhängen.
Es wird empfohlen, jährliche Simulationstrainings durchzuführen.

kann Es ist wünschenswert, ein Ereignisregister zu führen.

5 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung wird durch einen strukturierten Sicherheitsrahmen mit klar definierten Verantwortlichkeiten, geeigneter Infrastruktur und verbindlichen Ausbildungsanforderungen gewährleistet. Ebenfalls gehört ein Komplikations- und Notfallmanagement und eine lückenlose Dokumentation zur Qualitätssicherung.
Ausbildungskonzepte werden von den Fachgesellschaften mit Unterstützung der SSAPM definiert.

muss Die von der entsprechenden Fachgesellschaft angebotenen Ausbildungen, wie z.B. der Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie[14] müssen von der verantwortlichen ärztlichen Person besucht werden.

soll Ereignisse wie Hypoxie-Rate (Ereignisse mit einer SpO_2 < 90 %), Reversal-Rate und Abbruchrate sollen monitorisiert werden.

6 Praxis

In der Praxis sind je nach Kompetenzen verschiedene Delegationsmodelle möglich oder sinnvoll. In der tabellarischen Übersicht sind die den Berufsgruppen zugehörigen Kompetenzen und Verantwortungen ersichtlich.

6.1 Kompetenzen und Verantwortungen

	Sedationsstufe	Einsatz Opioide	Betreuung Pat mit Risikofaktoren	Juristische Verantwortung	Patientenaufklärung	Definition von SOP und Entlassungskriterien	Abrechnung
Nicht-Anästhesie-Fachärzt:innen	I-II	limitiert[I]	Einzelfall-entscheid	ja	ja	ja	ja
Nicht- Anästhesie-Pflegepersonal	I-II	limitiert[I]	Einzelfall-entscheid	nein	nein	nein	nein
Anästhesie-Fachärzt:innen	I-IV	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Anästhesie-Fachpflegepersonal	I-IV	ja	ja	nein	nein	nein	nein

[I] Der Einsatz von Opioiden wird durch die erreichte Sedationsstufe limitiert.

SSAPM
Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine

7 Beispiel Prä-Assessment Fragebogen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Grösse	cm	Gewicht	kg
Geplante Intervention		Datum	

1. Haben Sie Mühe, ohne Pause 2 Stockwerke Treppen zu steigen?

2. Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit unter Erkrankungen folgender Organsysteme:
   - Kreislauf: Zu hoher/niedriger Blutdruck?
   - Herz: Angina pectoris, Infarkt, Rhythmusstörungen, Schrittmacher?
   - Lunge/Atmung: Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe?
   - Niere/Blase: Nieren-/Blasensteine, Nierenunterfunktion?
   - Leber: Hepatitis, Leberzirrhose?
   - Magen: Magengeschwür, Sodbrennen, saures Aufstossen?
   - Schilddrüse: Über-/Unterfunktion, Vergrösserung?
   - Stoffwechsel: Gicht, erhöhter Cholesterinspiegel?
   - Diabetes: Zuckerkrankheit, Therapie mit Insulin?
   - Skelett: Wirbelsäulen-/Gelenkbeschwerden?
   - Neurologie: Epilepsie, Parkinson, Hirnschlag/-blutung, Delir nach OP?
   - Psyche: Depression, Angststörung, Schizophrenie?
   - Gerinnung: Thrombose, Embolie? Vermehrte Blutung nach OP?

3. Wurde in den letzten 6 Monaten ein EKG geschrieben?

4. Wurde in den letzten 6 Monaten ein Röntgenbild der Lunge durchgeführt?

5. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

6. Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wieviel?

7. Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche und wieviel?

8. Kam es bei Ihnen oder Blutsverwandten jemals zu einem Narkosezwischenfall?

9. Frühere Operationen und angewandte Anästhesieverfahren

10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

11. Nehmen Sie Blutverdünnung?

12. Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

13. Allergien: Medikamente, Jod, Latex, Pollen, Pflaster, Nahrungsmittel

14. Tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz?

8 Weiterführende Information zu rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen

Bei der Durchführung prozeduraler Sedationen durch Nicht-Anästhesist:innen bilden gesetzliche und standesrechtliche Leitplanken die Grundlage für sichere, rechtlich tragfähige Praxis. Massgeblich sind insbesondere das **Medizinalberufegesetz (MedBG, SR 811.11)**, das **Gesundheitsberufegesetz (GesBG, SR 811.21)**, das **Obligationenrecht (OR)** zur Delegation sowie Patientenschutzbestimmungen des Zivil- und Strafrechts. Die Rechtsprechung des Bundesgerichts konkretisiert Pflichten bezüglich Aufklärung, Sorgfalt, Dokumentation und Delegation.

8.1 Gesetzlicher Rahmen

MedBG (Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe)**:**
Ärzt:innen müssen den Beruf „sorgfältig und gewissenhaft“ ausüben (Art. 40 Abs. 1 MedBG) und ihre berufliche Kompetenz pflegen (Art. 40 Abs. 2 lit. b MedBG). Für Sedationen bedeutet dies: präzise Indikationsstellung, Risikoabwägung, fachgerechte Durchführung sowie adäquate Überwachung und Notfallbereitschaft.
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/537/de

GesBG (Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe)**:** Nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen sind verpflichtet, Tätigkeiten fachgerecht und sicher auszuführen (Art. 16a GesBG). Delegierte Aufgaben wie Sedationen dürfen nur übernommen werden, wenn ausreichende Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrung nachweisbar sind (Art. 16c GesBG). Die Verantwortung liegt dabei sowohl beim delegierenden Arzt/bei der delegierenden Ärztin als auch bei der empfangenden Fachperson.
https://www.bag.admin.ch/de/gesetzgebung-gesundheitsberufe

Obligationenrecht: Bei Delegation ärztlicher Tätigkeiten bleibt die Ärztin oder der Arzt verantwortlich für sachgerechte Ausführung (Art. 398 OR). Nur bei klar nachgewiesener Kompetenz der empfangenden Person ist eine Delegation rechtlich tragfähig. Zudem gilt ein erhöhtes Sorgfaltsniveau für medizinische Fachpersonen, wie durch das Bundesgericht mehrfach bestätigt wurde. (z. B. BGer 4A_554/2011, E. 5.2).
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/27/317_321_377/de

Patientenrechte: Vor jeder Sedation ist eine umfassende, verständliche Aufklärung erforderlich, die Risiken (Atemwegsverlegung, Hypoxie, Aspiration, Hypotonie) und Alternativen darstellt. Ohne wirksame Einwilligung ist die Massnahme rechtswidrig (BGE 119 II 456; BGE 133 III 121).

Strafrecht: Fahrlässige Verstösse gegen Sorgfaltspflichten können strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (Art. 117–125 StGB). Das Bundesgericht betont ein erhöhtes Mass an Sorgfalt bei Tätigkeiten, die Fachkompetenz und Risikoabschätzung erfordern (BGE 135 IV 56, E. 2.1).

MepV: Medizinprodukteverordnung (https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/552/de)

8.2 Dokumentationspflicht

Lückenlose Dokumentation ist nicht nur medizinisch, sondern rechtlich essenziell.
Das Bundesgericht hat mehrfach festgehalten, dass fehlende Dokumentation **zu Lasten des Arztes** gehen kann (u. a. **BGE 133 III 121**, E. 4.1).

Die SSAPM hat in Zusammenarbeit mit der SIGA eine Empfehlung Empfehlungen und Standards für die Delegation anästhesiologisch-ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal unter medizinischen, juristischen, ethischen und vergütungsrelevanten Aspekten erarbeitet[7].

Quellen:

- MedBG, SR 811.11, Art. 40
- GesBG, SR 811.21, Art. 16a–16c
- OR, Art. 394–398
- StGB, Art. 117–125
- BGE 119 II 456; BGE 133 III 121; BGE 135 IV 56
- BGer 4A_554/2011
- BGer 2C_109/2021 (Notfalldienst-Ersatzabgabe)

9 Referenzen:

[1] Aktualisierte S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS); https://register.awmf.org/assets/guidelines/021014l_S3_Sedierung_in_der_gastrointestinalen_Endoskopie_2023-10.pdf
Juni 2023

[2] Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists, and Society of Interventional Radiology
March 2018

[3] American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology
2002

[4] BAG: Ambulant vor Stationär: https://www.bag.admin.ch/de/ambulant-vor-stationaer

[5] SGAR/SSAR «Analgo-Sedierung», Version 2012

[6] Konsensuspapier der SGAR, SGG, SGK, SSVIT und SGP: «Empfehlungen und Standards für die Analgosedierung durch Nicht- Anästhesisten», Stand Minirevision April 2018

[7] Konsensuserklärung der SSAPM, SIGA-FSIA, SPSA
Empfehlungen und Standards für die Delegation anästhesiologisch-ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal unter medizinischen, juristischen, ethischen und vergütungsrelevanten Aspekten);
https://www.ssapm.ch/fileadmin/user_upload/ssapm/public/Qualitaet/Struktur_Prozessfragen/Konsensuspapier_SSAPM-SIGA/SSAPM_SIGA_Empfehlungen_und_Standards_fuer_die_Delegation_anaesthesiologisch-aerztlicher_Taetigkeiten.pdf
2025

[8] Continuum of depth of sedation: Definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Committee of Origin: Quality Management and Departmental Administration (originally approved 1999, last ammended on October 23, 2024).
https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia

[9] Swiss Academies Reports, Vol. 12, No 2, 2017
Gina Atzeni, Christof Schmitz, Peter Berchtold
Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit, Studie im Auftrag der SAMW

[10] Praxisleitfaden Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften/ FMH, Kapitel 3.2 Aufklärung der Patienten und Patientinnen; https://leitfaden.samw.fmh.ch/rechtlicher-leitfaden/3-grundlagen-der-behandlung/32-patientenaufklaerung.cfm
2025

[11] Aldrete Scoring System; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594237/table/article-155763.table1/?report=objectonly

[12] RASS Richmond Agitation-Sedation Scale
[13] OAA Observer’s Assessment of Alertness/Sedation Scale
[14] Lehrgang für Propofol-Sedierung in der gastroenterologischen Praxis (non-anesthesiologist-administered propofol [NAAP]) der Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterology

[16] Gaisl T et al. Sedation during bronchoscopy: data from a nationwide sedation and monitoring survey. BMC Pulm Med. 2016; 16 (1):113. https://doi.org/10.1159/000271604

[17] Tilz R.R. et al. Analgosedierung in der Kardiologie. Konsensuspapier der DGK und DGAI 2024. Anästh Intensivmed 2024; 65:137–150. https://doi.org/10.19224/ai2024.137

[18] American Society of Anesthesiologists. Statement on Granting Privileges for Deep Sedation to Non-Anesthesiologist Physicians. Committee of Origin: Quality Management and Departmental Administration, zuletzt geändert Oktober 2022. https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-granting-privileges-for-deep-sedation-to-non-anesthesiologist-physicians

[19] Rebecca Jones, Antonogiannakis Anastasios, Roxaan Jappie, Omar Al-Rawi, Neil Coulson, Layth Al Tmimi, Airway management during procedural sedation: Strategies for prevention and complication management, Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, Volume 39, Issue 3, 2025, Pages 186-195, ISSN 1753-3740, https://doi.org/10.1016/j.bpa.2025.09.005.

[20] Felicia Ceban, Naomi Abayomi, Aparna Saripella, Jennita Ariaratnam, Glen Katsnelson, Ellene Yan, Marina Englesakis, Tong J. Gan, Girish P. Joshi, Frances Chung. Adverse events in patients with obstructive sleep apnea undergoing procedural sedation in ambulatory settings: An updated systematic review and meta-analysis, Sleep Medicine Reviews,Volume 80,2025,102029,
ISSN 1087-0792, https://doi.org/10.1016/j.smrv.2024.102029.