

Einführung

Perioperativer Umgang mit Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten – Nüchternheit, Aspiration und Leitlinien

K. Zacharowski¹

► **Zitierweise:** Zacharowski K: Einführung: Perioperativer Umgang mit Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten – Nüchternheit, Aspiration und Leitlinien. *Anästh Intensivmed* 2026;67:92–93. DOI: 10.19224/ai2026.092

Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) stellen seit ihrer Einführung im Jahr 2005 eine wichtige Wirkstoffklasse in der Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus dar und haben sich inzwischen auch als zentrale Therapieoption bei Adipositas etabliert. Neben ihrer blutzuckersenkenden Wirkung tragen sie zur Gewichtsreduktion bei und werden zunehmend auch in weiteren Indikationsfeldern diskutiert. Gleichzeitig ist ihre Anwendung in den letzten Jahren stark angestiegen – teilweise auch als „Lifestyle“-Medikation außerhalb klassischer medizinischer Indikationen. Diese zunehmende Verbreitung führt dazu, dass Patientinnen und Patienten unter GLP-1-RA immer häufiger im perioperativen Setting auftreten, was neue Herausforderungen für Anästhesie und perioperatives Management mit sich bringt.

Aus anästhesiologischer Sicht liegt das Hauptproblem der GLP-1-RA in ihrer Wirkung auf die Magenentleerung: Durch zentrale (vagale) und periphere Mechanismen kann die Magenmotilität deutlich verlangsamt werden. In der Folge kann selbst bei regelgerechter Einhaltung der üblichen präoperativen Nüchternheitszeiten residualer Mageninhalt verbleiben. Dies erhöht potenziell das Risiko für Regurgitation und pulmonale Aspiration, insbesondere bei Allgemeinanästhesie oder Sedierung. Mehrere Studien zeigen konsistent eine erhöhte Prävalenz von Restmageninhalt unter GLP-1-RA – insbesondere während der Dosissteigerung oder bei zusätz-

lichen Risikofaktoren wie Adipositas, Diabetes oder begleitender Medikation mit motilitätshemmenden Substanzen.

Allerdings ist die klinische Bewertung dieses Befundes nicht eindeutig. Während GLP-1-RA mit deutlich erhöhtem residuellem Mageninhalt assoziiert sind, konnte bislang in großen retrospektiven Kohortenstudien kein klarer, statistisch signifikanter Anstieg perioperativer Aspirationsereignisse nachgewiesen werden. Die absolute Ereignisrate für Aspiration bleibt insgesamt sehr niedrig. In der Literatur wird daher betont, dass residualer Mageninhalt zwar ein relevanter Risikomarker ist, jedoch nur ein Surrogatparameter und nicht automatisch mit klinisch manifesten Aspirationen gleichzusetzen ist.

Die Diskussion spiegelt sich in teils unterschiedlichen Leitlinienempfehlungen wider. Nationale und internationale Fachgesellschaften (u. a. American Society of Anesthesiologists (ASA) und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)) empfehlen häufig eine präoperative Pausierung – typischerweise bei täglich applizierten Präparaten am Tag des Eingriffs und bei wöchentlichen Präparaten etwa sieben Tage vorher. Gleichzeitig wird zunehmend betont, dass eine evidenzbasierte, einheitliche Handlungsempfehlung derzeit nur eingeschränkt möglich ist und ein individualisiertes, risikostratifiziertes Vorgehen bevorzugt werden sollte. Besonders wichtig ist dabei die klinische Einschätzung individueller Risikofakto-

¹ Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Goethe-Universität Frankfurt
Universitätsmedizin Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
(Direktor: Prof. Dr. Dr. K. Zacharowski)

Schlüsselwörter

GLP-1-RA – Anästhesie – Perioperatives Management – Aspiration – Präoperative Nüchternheit – Leitlinien – Risikostratifikation

Keywords

GLP-1-RA – Anaesthesia – Perioperative management – Aspiration – Gastric emptying – Presurgical Fasting – Guidelines – Risk Stratification

ren sowie – wenn verfügbar – der Einsatz eines präoperativen Magenultraschalls zur Beurteilung des Mageninhalts.

In diesem Kontext existiert auch eine kontroverse Debatte über weitergehende Schutzmaßnahmen. Lier et al [1] schlagen angesichts von Fallberichten schwerer Regurgitationen und Aspirationen ein deutlich strengeres Vorgehen vor: Absetzen aller GLP-1-RA für mindestens drei Halbwertszeiten, 24-stündige klare Flüssigkeitsdiät und eine generelle Rapid Sequence Induction (RSI) ohne Sedierung oder supraglottische Atemwegssicherung. Diese Vorschläge beruhen jedoch überwiegend auf pharmakokinetischen Überlegungen und nicht auf robusten klinischen Endpunktdaten. Zöllner und Böhmer [2] argumentieren daher gegen pauschale Verschärfungen, da verlängerte Nahrungskarenz und lange Therapiepausen neue iatrogene Risiken verursachen können (z. B. Insulinresistenz, Volumenmangel, metabolische Instabilität oder bei Diabetikern Hyperglykämien). Ebenso wird eine generelle RSI kritisch gesehen, da sie selbst mit potenziellen Komplikationen verbunden ist.

Zusammenfassend zeigt die aktuelle Evidenz, dass GLP-1-RA perioperativ häufig mit verzögerter Magenentleerung und erhöhtem residuellem Mageninhalt

einhergehen. Ein eindeutiger Anstieg klinisch relevanter Aspirationseignisse konnte jedoch bisher nicht konsistent nachgewiesen werden. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Patientensicherheit und Vermeidung unnötiger Therapieunterbrechungen oder restriktiver Fastenregime. Der derzeitige internationale Konsens tendiert daher zu einem individualisierten Vorgehen mit Risikostratifikation, enger interdisziplinärer Abstimmung und – wo möglich – ergänzender Diagnostik wie Magenultraschall, statt pauschaler Verschärfungen für alle Patientinnen und Patienten unter GLP-1-RA.

Interessenkonflikt

Die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Frankfurt an der Goethe-Universität erhielt Unterstützung von B. Braun Melsungen, CSL Behring, Fresenius Kabi und Vifor Pharma für die Umsetzung des Frankfurter Patient Blood Management Programms.

KZ erhielt Honorare für die Teilnahme an Beiratssitzungen für Haemonetics, Paion und Vifor und erhielt Vortragshonorare von CSL Behring, Masimo, Pharmacosmos, Boston Scientific, Salus, iSEP, Ed-

wards, Hemosonics, Baxter Deutschland GmbH und GE Healthcare.

Er ist Principal Investigator des EU-Horizon 2020-Projekts ENVISION (Intelligentes digitales Plug-and-Play-Tool für die Echtzeit-Überwachung von COVID-19-Patienten und intelligente Entscheidungsfindung auf Intensivstationen) und des Horizon Europe 2021-Projekts COVend (Biomarker- und KI-gestützte FX06-Therapie zur Verhinderung des Fortschreitens von leichten und mittelschweren bis schweren Stadien von COVID-19). Partner für das EU Horizon 2023 Projekt EDiHTA.

KZ leitet als CEO die Christoph Lohfert Stiftung sowie die Stiftung für Gesundheit, Patientensicherheit und PBM.

Literatur

1. Lier H, Mellage H, Reichert D, Henneke-Minas, G: Perioperativer Umgang mit Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten bei elektiven Eingriffen. Ein wissenschaftlicher Kurzbeitrag. *Anästh Intensivmed* 2026;67:94–99
2. Zöllner C, Böhmer A: Perioperativer Umgang mit Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten – Präoperative Nüchternheit, Evidenzlage und Leitlinienkonsens. *Anästh Intensivmed* 2026;67:101–106.