

Anaesthetist 2019 · 68:389–390

<https://doi.org/10.1007/s00101-019-0607-x>

Online publiziert: 3. Juni 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

A. Timmermann¹ · V. Wenzel² · A. Gries³¹ Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie, Intensiv- und Notfallmedizin Berlin, DRK Kliniken Berlin Westend und Mitte, Berlin, Deutschland² Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Medizin Campus Bodensee, Friedrichshafen, Deutschland³ Zentrale Notaufnahme/Notaufnahmestation, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland

Von Leitlinien, Empfehlungen und der Konsequenz!

Editorial zu

Trimmel H, Halmich M, Paal P (2019) Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) zum Einsatz des Larynx-tubus durch Rettungs- und Notfallsanitäter. *Anaesthetist*. <https://doi.org/10.1007/s00101-019-0606-y>

Vor dem Hintergrund der neuen AWMF-Leitlinie „Prähospitales Atemwegsmanagement“ [1] nehmen in dieser Ausgabe Trimmel et al. für die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) zum Einsatz des Larynx-tubus durch Rettungs- und Notfallsanitäter Stellung [2]. Die ÖGARI empfiehlt, die Anwendung des Larynx-tubus (LT) nicht mehr als gleichwertig bzw. überlegen zur Beutel-Masken-Beatmung bzw. anderen Atemwegsmanagementverfahren zu bewerten. Unter Berücksichtigung der Ausbildungssituation und der gesetzlichen Grundlagen in Österreich wird weiter empfohlen, die Notfallkompetenz „Intubation für Notfallsanitäter“ in eine „Notfallkompetenz zur Anwendung extraglottischer Atemwege bei erwachsenen Notfallpatienten im Rahmen der Reanimation“ umzuwandeln.

Dies stellt nach Jahren von im Wesentlichen auf Fallberichten basierenden Empfehlungen und einer durch z. T. kritikloses Marketing geprägten weiten Verbreitung und Bewerbung des LT und der hiermit gerade im nichtärztlichen Bereich erreichten sehr großen Popularität einen Paradigmenwechsel dar. So hatten die Landesärzte des Deutschen Roten

Kreuz (DRK) in Deutschland im November 2018 beschlossen, basierend auf der S1-Leitlinie, aber auch aktuellen Publikationen, die eine ganze Reihe von Komplikationen und Problemen bei der Anwendung des LT zeigen, den Einsatz des LT im Sanitätsdienst nicht mehr vorzusehen. Es überrascht nicht, dass die Umsetzung des Beschlusses nicht ohne Empörung und Widerstand in den Verbänden erfolgt.

Mit der neuen S1-Leitlinie wird die Bedeutung der praktischen Ausbildung und der notwendigen regelmäßigen Anwendungen zur Aufrechterhaltung der Kenntnisse deutlich unterstrichen. Die in der Regel – vor dem Hintergrund der Anwendungs- und Einsatzrealität – nicht mögliche Umsetzung entsprechender Schulungs- und Trainingsmaßnahmen führt zwangsläufig zu Limitationen beim Einsatz des LT insgesamt [3, 4]. Nüchtern betrachtet, stellt sich der Sachverhalt mit der aktuellen S1-Leitlinie dabei pragmatisch und unabhängig von der Anwendergruppe dar: Kann die notwendige Ausbildung für die Anwendung eines Verfahrens sichergestellt werden und erfolgen in der täglichen Praxis ausreichend viele Anwendungen, kann der Einsatz des Verfahrens erfolgen, ansonsten kann die Anwendung nicht empfohlen bzw. schon gar nicht als überlegen bewertet werden.

In diesem Zusammenhang sollte aber konsequent geblieben werden: Nichtverfügbarkeit von Ausbildung bzw. ausreichend qualifizierten Mitarbeitern darf nicht dazu führen, als sinnvoll erachtete Mindestzahlen zur sicheren Erlernung eines Verfahrens zu reduzieren, son-

dern erfordert eine Neubewertung des Verfahrens bzw. des Managements an sich. Andernfalls bewegen wir uns auf unsicherem Eis, und Kompromisse bei der Patientensicherheit scheinen unvermeidbar. Todesfälle durch gut gemeintes, aber katastrophal misslungenes Atemwegsmanagement sind jedoch auch im deutschen Sprachraum gut dokumentiert und müssen unbedingt vermieden werden [5–7]. In diesem Zusammenhang bleibt unklar, warum die ÖGARI in ihrer wichtigen Stellungnahme mit der Empfehlung von zumindest „20 erfolgreichen klinischen Anwendungen unter ärztlicher Aufsicht“ deutlich unter den in der S1-Leitlinie dargestellten erforderlichen 45 Anwendungen extraglottischer Atemwege bleibt. Berücksichtigt man dabei, dass Leitlinien das Ergebnis eines langen Einigungsprozesses unter den Experten sind und damit oft auch einen gewissen Kompromiss widerspiegeln, liegen tatsächlich sinnvolle Zahlen wahrscheinlich sogar noch höher [8]!

Die ÖGARI bewertet den Einsatz eines LT gegenüber der Maskenbeatmung aufgrund seiner vielfältigen Komplikationen als nicht länger gleichwertig oder sogar überlegen. Die offene Frage bleibt, was anstelle des LT treten soll. Auch die Maskenbeatmung ist schwer zu erlernen, und deren Wiedereinführung zum Einsatz bei der primären Atemwegssicherung darf keinen Rückschritt bedeuten. Der immer noch geltende „Goldstandard“ der Intubation, zu deren Ausbildung mindestens 100 innerklinisch supervidierte Anwendungen erforderlich sind, stellt für nichtnot-



Bodensee Symposium Anästhesie Notfall Intensiv

19. – 20.07.2019 in Friedrichshafen

Das diesjährige Bodensee-Symposium für Anästhesie, Notfallmedizin und Intensivmedizin (BANIS) findet erneut im Kultur- und Congress-Centrum Graf-Zepelin-Haus in Friedrichshafen vom 19. – 20.07.2019 statt.

Es wird ein abwechslungsreiches Programm geboten mit einem Pflege- und Rettungsdienstsymposium. Im Fokus stehen die Hauptsitzungen zu den Themen Neues aus AINS, Pro und Con: Brauchen wir einen Kinder-, Kardio-, Neuroanästhesisten sowie Präklinische Extrakorporale Reanimation, Best of AINS 2019 und Aktuelle Kontroversen in der Anästhesie. Daneben werden Seminare zu den Themen Ambulante Anästhesie und Kommunikationstraining angeboten, sowie Workshops mit den Inhalten Kinderanästhesie (mit praktischen Übungen), Management und Ökonomie, Invasive Notfalltechniken und Praxisrelevante Blockaden für den klinischen Alltag und Rettungsmedizin.

Abgerundet wird das Programm durch die interdisziplinäre multiprofessionelle **Get-together-Party** am 19.07.2019 ab 18:00 Uhr im Graf-Zepelin-Haus.

Das Symposium steht unter der Schirmherrschaft des BDA, der DAAF, DGAI, ÖGARI, SGAR, und der SSAR. Die wissenschaftliche Leitung liegt bei Herrn Prof. Dr. G. Geldner, Ludwigsburg und Prof. Dr. V. Wenzel, MSc, FERC, Friedrichshafen

Informationen, auch zur Anmeldung, finden Sie auf www.banis-online.eu

Veranstalter und Organisation:

Anne-Christine Veith
MCN Medizinische Congressorganisation
Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg

Tel.: +49 (0) 911 / 3 93 16 16

E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de

Literatur

1. Timmermann et al (2019) S1 Leitlinie
2. Trimmel et al (2019) Stellungnahme ÖGAR
3. Gries A, Zink W, Bernhard M, Messelken M, Schlechtriemen T (2006) Realistic assessment of the physician-staffed emergency services in Germany. *Anaesthesist* 55:1080–1086
4. Bernhard M, Beres W, Timmermann A, Stepan R, Greim CA, Kaisers UX, Gries A (2014) Prehospital airway management using the laryngeal tube. An emergency department point of view. *Anaesthesist* 63:589–596
5. von Goedecke A, Herff H, Paal P, Dörjes V, Wenzel V (2007) Field airway management disasters. *Anesth Analg* 104:481–483
6. Timmermann A, Russo SG, Eich C, Roessler M, Braun U, Rosenblatt WH, Quintel M (2007) The out-of-hospital esophageal and endobronchial intubations performed by emergency physicians. *Anesth Analg* 104:619–623
7. Bernhard M, Becker TK, Gries A, Knapp J, Wenzel V (2015) The first shot is often the best shot: first-pass intubation success in emergency airway management. *Anesth Analg* 121:1389–1393
8. Lechleuthner A (2014) Der Pyramidenprozess. *Notarzt* 30:112–117
9. Timmermann A, Russo SG (2019) Gesichtsmaske oder Extraglottischer Atemweg? Was sollen Laienhelfer bei der Reanimation verwenden? *Notarzt* 35:13–15

ärztliches Personal wahrscheinlich keine realistische Alternative dar. Mit dem extraglottischen Atemweg (EGA) vom Larynxmaskentyp besteht eine deutlich höhere innerklinische Erfahrung nicht nur bei elektiven Anwendungen, sondern auch in Notfallsituationen. Es sollte daher genau beobachtet werden, ob sich diese Erfahrungen auf die prähospitalen Situation übertragen lassen [9].

Konsequenz bedeutet bei entsprechenden Neubewertungen bzw. Empfehlungen allerdings auch, dass diese zunächst unabhängig von der Anwendungsgruppe erfolgen: Ob im nicht-ärztlichen Rettungsdienst oder im Notarztendienst spielt zunächst keine Rolle. Mindestvorgaben in Bezug auf Ausbildung, Aufrechterhaltung der erlangten Kenntnisse und ein entsprechendes Qualitätsmanagement müssen grundsätzlich Gültigkeit haben. Die zitierte Empfehlung des DRK im November 2018 betrifft ausdrücklich den Sanitätsdienst, da für die in der Regel ehrenamtlich tätigen Helfer außerhalb des professionellen Rettungsdienstes in der Regel nie eine ausreichende klinisch-praktische Ausbildung und Aufrechterhaltung der Kenntnisse zu erwarten war. Schauen wir uns andere in der Notfallmedizin Beteiligte an, drängt sich der – politisch sicherlich kaum umzusetzende – Gedanke auf, die Empfehlung sogar erweitern zu müssen. Nicht nur im nichtärztlichen, in Deutschland mit Einführung des Notfallsanitätärgesetzes weiter professionalisierten Rettungsdienstfachpersonal gelten Mindestzahlen, sondern – zunächst ergebnisoffen – auch im notärztlichen Bereich.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. A. Gries, DEAA

Zentrale Notaufnahme/Notaufnahme-Station,
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Leipzig, Deutschland
andre.gries@medizin.uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. A. Gries und V. Wenzel sind Herausgeber der Rubrik „Notfallmedizin“ in *Der Anaesthesist*. A. Timmermann ist Leitlinien-Koordinator „Prähospitaler Atemwegsmanagement“.