

Umsetzung der Leitlinie „Prähospitaler Airwaymanagement“ (2019) **AWMF-Register-Nr.:001 -040**

1. Umsetzung der Ausbildungsvorgaben

Der sich aus der Leitlinie ergebenden Aussage, dass zum Airwaymanagement eine umfassende praktische Ausbildung erforderlich ist, kann man nur uneingeschränkt zustimmen. Auch ist die Forderung nachvollziehbar, dass die extraglottische Atemwegshilfe, die später in der Präklinik verwendet wird, vorher mindestens 45 Mal unter Anleitung in einer Klinik angewendet werden soll.

Die Umsetzung im Alltag ist allerdings nicht einfach.

Eine Umfrage in den Krankenhäusern im Gebiet des Rettungszweckverbandes ergab, dass dort unterschiedliche Arten von Larynxmasken eingesetzt werden. Dabei sind gerade in den großen Kliniken mit hohen Fallzahlen regelhaft Larynxmasken der 1. Generation im Einsatz.

Ein kurzer Vergleich zeigt, dass es innerhalb der Larynxmasken deutliche Unterschiede in Form und Funktion gibt.



Man muss hinterfragen, ob die Übung mit einem Typ ausreicht, um auch die anderen Typen mit gleicher Sicherheit anwenden zu können.

Angesichts der aktuellen Mitarbeiterfluktuation wird es sich nicht einmal realisieren lassen, dass wenigstens je Standort alle Mitarbeiter am gleichen Typ Larynxmaske ausgebildet sind.

2. Bisherige Praxis

Es gibt für Deutschland keine verlässliche Übersicht, wie die Realität des Atemwegsmanagements in der Präklinik tatsächlich ist. Allgemein wird vermutet, dass ca. 50 % der Fälle im Rahmen von Reanimationen erfolgen. Somit können die Daten aus dem Deutschen Reanimationsregister immerhin einen Anhalt geben:

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	
Zahl Datensätze	4306	5577	7399	10130	5467	
orale ITN	2873	3915	4895	6433	3532	
Larynxmaske	173	136	214	354	254	
Larynxtubus	964	1411	2135	3070	1686	
Combitubus	31	27	25	35	13	
I-GEL	x	10	13	48	14	
andere EGA	x	31	29	57	14	

x = keine Eingabe möglich

Der Larynxtubus wird also in der Präklinik häufig angewendet, der Einsatz der Larynxmaske ist um nahezu eine Zehnerpotenz seltener. Daraus mag sich erklären, weshalb Komplikationen des Larynxtubus häufiger festgestellt werden.

Und jedenfalls kann man annehmen, dass doch über die Jahre bei Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern eine gewisse Expertise im Umgang mit dem Larynxtubus entstanden ist.

Dazu kommt, dass sich die Bedingungen im Rettungsdienst sehr deutlich von denen im OP unterscheiden. Im Rettungsdienst wird der Patient gerade bei einer Reanimation wesentlich mehr bewegt und auf das Atemwegssicherungsmittel wirken öfter und mehr Kräfte ein. Somit kann zwar die Larynxmaske mit der Erfahrung aus dem OP bestimmt sicher eingeführt werden. Daraus ergibt sich aber nicht, dass sie in der Anwendung über die Dauer eines Einsatzes genauso gut funktioniert wie der Larynxtubus.

3. Probleme in der Umstellungsphase

Unter den aktiven Notärzten und Rettungsdienstmitarbeitern wird ein großer Teil die geforderten Fallzahlen nicht erfüllen.

Sie alle zu schulen ist aufgrund der aktuellen Personalressourcen und fehlender Mittel kurzfristig nicht zu realisieren.

Fraglich ist zudem, ob die Kapazitäten der Krankenhäuser für die Ausbildung überhaupt reichen.

4. Zusammenfassung und Konsequenz

Für den Bereich Rettungszweckverband Chemnitz - Erzgebirge zeigen sich bei der praktischen Umsetzung der Leitlinie Probleme. Schon, weil der Aufwand, Ausbildungsbedarf zu ermitteln und diesen zu realisieren im gegebenen Personalschlüssel nicht zu leisten ist. In einer Umstellungsphase muss mit vermehrter Unsicherheit und Komplikationen gerechnet werden, ohne dass sicher ist, dass diese später durch bessere Ergebnisse aufgewogen werden.

Daher wird der Rettungszweckverband Chemnitz - Erzgebirge bis auf Weiteres den Larynxtubus als extraglottischen Atemweg beibehalten.

Chemnitz, 25.04.2019

Christian Lauchner
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst