Med Klin Intensivmed Notfmed 2012 · 107:514–514
DOI 10.1007/s00063-012-0086-1
Online publiziert: 10. Oktober 2012
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

S. Kluge¹ · G. Marx²

¹ Klinik für Intensivmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

² Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

„Airwaymanagement“

Historisch betrachtet wurden Intubation und Tracheotomie bereits vor Jahrhunderten (Intubation) und Jahrtausenden (Tracheotomie) beschrieben. Doch erst in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts, mit Beginn der modernen Intensivmedizin und Implementierung der Positivdruckbeatmung, wurden diese beiden Prozeduren immer häufiger bei Intensivpatienten durchgeführt. Heute ist die Sicherung der Atemwege eine der Grundaufgaben der modernen Intensiv- und Notfallmedizin. Indikationen sind im Wesentlichen Störungen respiratorischer, kardiozirkulatorischer und/oder neurologischer Organfunktionen sowie die Durchführung einer sicheren Beatmung während einer Narkose.

In den letzten Jahren haben sich immer wieder Neuentwicklungen auf dem Gebiet der Atemwegssicherung gezeigt. Zu nennen sind hier die Einführung von supraglottischen Atemhilfen sowie von Videolaryngoskopen. Die perkutane Dilatationstracheotomie, die vom Intensivmediziner jederzeit selbstständig bettseitig durchgeführt werden kann, hat sich mittlerweile zum Standardverfahren auf den Stationen entwickelt.

» Jede Atemwegssicherung in der Intensiv- und Notfallmedizin ist eine Hochrisiko-Prozedur

Nicht oft genug betont werden kann aber, dass jede Atemwegssicherung in der Intensiv- und Notfallmedizin (außerhalb des Operationssaales) eine Hochrisiko-Prozedur darstellt. Die vermeintlichen Routineinterventionen „Intubation“ und „Tracheotomie“ bergen im Einzelfall erhebliche Risiken. Aktuelle Publikationen beschrei-

ben Fälle mit vermeidbarer Morbidität und Mortalität, dabei kommt der notwendigen Ausbildung des Personals, der adäquaten Ausstattung und dem Monitoring eine wichtige Bedeutung zu [1, 2]. Zu Recht gibt es heute eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Atemwegssicherung am „Modell“ zu trainieren. So gibt es mittlerweile zahlreiche Kurse mit praktischen Übungen (u. a. bei jedem größeren Kongress) zu dem Thema. Zum Thema Monitoring muss betont werden, dass die Verwendung der Kapnographie bei jeder Intubation eine „conditio sine qua non“ ist. Insofern ist nur schwer zu verstehen, warum dieses relativ einfache Instrument noch nicht flächendeckend implementiert ist.

Der instabile Patient mit Atemwegsverlust und schwerer Hypoxämie ist eine der größten Herausforderungen für jeden Intensiv- und Notfallmediziner. Um jede unnötige Morbidität und Mortalität bei der Atemwegssicherung zu minimieren, muss die Durchführung von fachkompetentem Personal, unter optimalen Bedingungen und unter Beachtung aller Sicherheitsstandards erfolgen.

Hier sind wir alle aufgefordert, die diesbezüglichen Prozesse in unseren Arbeitsbereichen zu reevaluieren. Dazu sollen die Beiträge in diesem Heft beitragen.

PD Dr. S. Kluge

Prof. Dr. G. Marx

Korrespondenzadressen

PD Dr. S. Kluge
Klinik für Intensivmedizin,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52,
20246 Hamburg
skluge@uke.de

Prof. Dr. G. Marx
Klinik für Operative
Intensivmedizin und
Intermediate Care,
Universitätsklinikum der
RWTH Aachen
Pauwelstraße 30,
52074 Aachen
gmarx@ukaachen.de

Literatur

1. Cook T, Behringer EC, Bengner J. Airway management outside the operating room: hazardous and incompletely studied. Curr Opin Anaesthesiol 2012; 25(4):461–469.
2. Das P, Zhu H, Shah RK, Roberson DW, Berry J, Skinner ML. Tracheotomy-related catastrophic events: results of a national survey. Laryngoscope 2012; 122(1):30–37.