Anaesthesist 2018 · 67:380
<https://doi.org/10.1007/s00101-018-0426-5>
 Online publiziert: 26. März 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

R. Rossi

Herrieden, Deutschland

Ist ein supraglottischer Atemweg bei der Reanimation wirklich zu vermeiden?

Leserbrief zu

Bernhard M, Behrens NH, Wnent J et al (2018) Out-of-hospital airway management during manual compression or automated chest compression devices. Anaesthesist 67:109–117. <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0401-6>

Erwiderung: Bernhard M, Behrens NH, Fischer M (2018) Hypothesen müssen auf den Prüfstand. Anaesthesist, <https://doi.org/10.1007/s00101-018-0432-7>

Die notfallmedizinische Gemeinschaft ist den Autoren für die immense Arbeit bei der Erfassung, Strukturierung und Auswertung derartig umfangreicher Datenmengen sehr zu Dank verpflichtet. Dagegen ist es viel leichter, Defizite und kritische Punkte anzusprechen, dennoch sollten wir uns hüten, voreilig weitreichende Empfehlungen zu formulieren.

Schaut man sich in der Tabelle 1 die Gruppe mCC an und analysiert dort die Ausgangssituation der 3 „Ventilationsgruppen“, fällt auf, dass die Patienten mit supraglottischem Atemweg („SAD only“) die bekanntermaßen schlechtesten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Reanimation haben (am seltensten beobachteter Kreislaufstillstand, niedrigster Anteil an schockbaren Rhythmen, daneben auch Alter und geringere Bystander-CPR-Rate [Häufigkeit der Ersthelfer-Wiederbelebung]).

Damit ergibt sich die Frage, ob in dieser Gruppe nicht ein erheblicher Anteil von Patienten mit irreversiblen Kreislaufstillstand enthalten ist, die, entsprechend der in Deutschland herrschenden Rechtssituation, vom ersteingetroffenen RTW-Team Wiederbelebungsmaßnahmen

unternommen wurden, die erwartungsgemäß nicht zum Erfolg führen können, unabhängig vom gewählten Ventilationsweg. Könnte also hier eine Umkehrung von Ursache und Wirkung vorliegen, also die Patienten mit der schlechten Prognose nur über supraglottische Atemwege beatmet werden und nicht, wie unterstellt, der Beatmungsweg deren schlechte Prognose bedingt?

Anders stellt es sich in den beiden anderen Gruppen dar.

In der Gruppe der primär (wohl häufig durch Notarzt) endotracheal Intubierten fallen Patienten mit von ihm zu erfassenden Hinweisen auf eine aussichtslose Situation heraus, und es kann bei indizierten Wiederbelebungsversuchen trotz geringer Bystander-CPR-Rate ein „besseres“ Ergebnis erzielt werden, was vielleicht unabhängig vom gewählten Beatmungshilfsmittel ist (?)

Die Gruppe SAD/ETI hat die höchste Beobachtungsrate, die höchste Bystander-CPR-Quote, den höchsten Anteil an Patienten mit schockbaren Rhythmen und schon deshalb die besten Aussichten auf eine erfolgreiche CPR. Womöglich völlig unabhängig vom Ventilationsweg? Sind nicht gerade hier die Patienten zu finden, bei denen das Team vor Ort eine Chance auf eine letztlich erfolgreiche Reanimation sieht und aufwendig weitertherapiert?

Dabei könnte auch die Regressionsanalyse mit anscheinend deutlich unterschiedlichem RACA Score durch „Hebeleffekte“ gleichgerichteter, also nicht unabhängiger Komponenten das Ergebnis Delta RACA gravierend beeinflussen.

Inwiefern wir auf der Basis der vorliegenden Daten der Hypothese der Autoren in der Zusammenfassung: „... die alleinige Anwendung von SGA vermeiden und dass SGA in eine endotracheale Intubation überführt werden sollten“ folgen und angesichts des (Zeit-)Aufwands und der mit einer Umintubation verbundenen Risiken unser Vorgehen umstellen sollten, könnte bezweifelt werden. Auch die Auswirkungen derartiger Hypothesen auf das Vorgehen der (zukünftigen) Notfallsanitäter muss mitbeachtet werden.

Korrespondenzadresse

Dr. R. Rossi

Herrieden, Deutschland
 rolando.rossi@web.de

Interessenkonflikt. R. Rossi gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.