

Anaesthesist 2018 · 67:723–724
<https://doi.org/10.1007/s00101-018-0495-5>
 Online publiziert: 27. September 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



Tim Piepho

Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Trier, Deutschland

Das Leid mit den Leitlinien

Die Anzahl von Leitlinien innerhalb der einzelnen Fachgebiete hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Diese Zunahme macht auch nicht vor der Anästhesie halt: So sind bis dato über 20 Leitlinien unter Federführung der DGAI entstanden, und bei über 35 Leitlinien ist die DGAI beteiligt. Hierdurch soll eine hohe Patientensicherheit gewährleistet und gleichzeitig dem behandelnden Anästhesisten ein Handlungskorridor empfohlen werden. Dabei ist die rechtliche Einordnung von Leitlinien vielen Ärzten nicht klar. Die Ansichten schwanken zwischen „rechtlich verbindlich“ und „aufwendig produzierter Übersichtsartikel“. Grundsätzlich sind Leitlinien nicht aus sich heraus rechtlich verbindlich, da die Fachgesellschaften als private Institution agieren und nur unverbindliche Empfehlungen aussprechen dürfen. Dennoch haben die Leitlinien oftmals einen hohen Stellenwert: Vor Gericht ist das Gutachten des Sachverständigen relevant, in dem die medizinische Versorgung überprüft und mit dem medizinischen Standard zum Zeitpunkt der Behandlung verglichen wird. Hierzu werden vom Sachverständigen unterschiedliche Quellen bemüht. Hierzu zählen selbstverständlich auch bestehende Leitlinien. Durch den insgesamt sehr hohen Stellenwert von Leitlinien in der Ärzteschaft erhalten sie somit auch eine hohe rechtliche Relevanz.

Auch für den Bereich „Sicherung der Atemwege“ als Kernkompetenz der Anästhesiologie ist unter Federführung der DGAI 2015 eine neue Leitlinie veröffentlicht worden. Mit dieser steht eine Empfehlung zu Verfügung, die sowohl aktuelle Literatur als auch moderne Versorgungsstrategien berücksichtigt.

Aber auch andere internationale Gesellschaften haben Leitlinien zum Atemwegsmanagement publiziert. Die vorlie-

gende Arbeit von *Schäuble und Heidegger* befasst sich mit verschiedenen Leitlinien und vergleicht diese [3]. Und obwohl alle Leitlinien das gleiche Ziel haben: erfolgreiche Sicherung der Atemwege und Ventilation des Patienten, gibt es doch deutliche Unterschiede. Dabei stellt sich unweigerlich die Frage, wie ausführlich eine Leitlinie eigentlich sein soll oder sein darf. Klare Empfehlungen zu jeder denkbaren Situation oder doch eher nur eine Definition der Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns? Vor allem im Bereich des Atemwegsmanagements gibt es für viele Bereiche keine großen randomisierten Studien, die einen Vorteil für ein Hilfsmittel oder eine Technik beschreiben. Die Durchführung solcher Studien ist auch unter ethischen Aspekten oft schwierig oder unmöglich; nicht selten sind auch die berichteten Fallzahlen für bestimmte Techniken zu gering, um hieraus valide Aussagen abzuleiten.

Ist es dann aber sinnvoll, wenn von einer Expertengruppe z. B. für den Fall einer „Cannot-ventilate, cannot-intubate“-Situation grundsätzlich eine klassische Koniotomie mit Skalpell und Schere oder Spekulum empfohlen wird? Oder ist es besser, auch den Kollegen einen Handlungskorridor vorzugeben, die sich eben, weil sie nicht chirurgisch tätig werden können oder möchten, für das Fachgebiet der Anästhesiologie entschieden haben? Wie auch immer die Antwort auf diese Frage lautet:

- Sinnvoll und notwendig ist es, die jeweiligen Leitlinien an den eigenen Alltag und die vorhandenen Bedingungen anzupassen.

Hierzu können und sollen die als Vorlage gedachten Algorithmen modifiziert und das jeweilige Material eingefügt werden. Doch auch die Gestaltung eines Algorith-

mus kann sehr unterschiedlich erfolgen. Neben der Ausführlichkeit ist für viele v. a. die Übersichtlichkeit ein wichtiges Kriterium. Diese wird jedoch von unterschiedlichen Lesern sehr unterschiedlich bewertet und interpretiert.

Evidenz oder Tradition?

Manche Empfehlungen in Leitlinien sind überraschend. So empfiehlt die im November 2015 erstmals vorgestellte Leitlinie der Difficult Airway Society weiterhin den Krikoiddruck bei aspirationsgefährdeten Patienten [1]. Dabei ist dessen Sinnhaftigkeit mehr als zweifelhaft, weswegen er von anderen Gesellschaften auch nicht mehr empfohlen wird. An diesem Beispiel zeigt sich, dass Empfehlungen in Leitlinien nicht unbedingt nur auf Evidenz gebaut sind: Vielmehr scheint auch Tradition eine Rolle zu spielen. Allerdings fällt es dann immer wieder schwer, den anderen Empfehlungen einer Leitlinie zu folgen, wenn zuvor eine fragwürdige Aussage getroffen wurde.

Ein weiterer Aspekt, der auch bei Leitlinien mit niedrigem Evidenzlevel berücksichtigt werden muss und Empfehlungen beeinflusst, ist der Gebrauch von (vermeintlicher) Logik. Oft zitiert, schon ein paar Jahre alt, aber immer noch aktuell ist eine Arbeit aus dem *British Medical Journal*, die der Frage nachging, ob sich die Rate an Todesfällen oder schweren Verletzungen bei einem Sprung aus einem Flugzeug durch den Gebrauch eines Fallschirms reduzieren lässt [4]. Korrekterweise stellen die Autoren fest, dass hierzu keine randomisierten und kontrollierten Studien verfügbar sind und die Frage nach strengen Kriterien der „evidence based medicine“ demnach nicht beantwortet werden kann. So einleuchtend dieses Beispiel ist, so schwierig

wird es an anderer Stelle. Denn, wo hört Logik auf, und wo sind Studien definitiv für eine Empfehlung notwendig? Ein Beispiel: Wäre es legitim, in einer Leitlinie zur Sicherung der Atemwege eine Lagerung des adipösen und/oder aspirationsgefährdeten Patienten – also Oberkörperhoch-, Oberkörper-tief- oder Flachlagerung – zu formulieren, wenn die hinzugezogenen Experten einheitlich davon überzeugt sind, dass eine der Positionierungen definitiv sicherer ist? Wahrscheinlich wird es klug sein, das Werkzeug „Logik“ zur Begründung einer Empfehlung sehr restriktiv einzusetzen.

Wünschenswert ist es, dass mit der nächsten Aktualisierung der DGAI-Leitlinie „Atemwegsmanagement“ auch Empfehlungen für den Bereich der Intensivmedizin formuliert werden. Viel zu oft gibt es hier „schicksalhafte Verläufe“, die durch Vorhaltung von modernen Instrumenten durchaus anders hätten verlaufen können. Defizite in der Ausstattung sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bestehen auch auf anästhesiologisch geführten Stationen [2]. Es ist zu hoffen, dass durch einen klaren Handlungskorridor die Patientensicherheit erhöht werden kann.

T. Piepho

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Tim Piepho

Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
Nordallee 1, 54292 Trier, Deutschland
t.piepho@bk-trier.de

Interessenkonflikt. T. Piepho gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, Mendonca C, Bhagrath R, Patel A, O'Sullivan EP, Woodall NM, Ahmad I (2015) Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *BJA* 115:827–848
2. Piepho T, Härer T, Ellermann L et al (2017) Atemwegssicherung auf Intensivstationen in Rheinland-Pfalz. Entwicklung über fünf Jahre. *Anaesthesist* 66:333–339
3. Schäuble JC, Heidegger T (2018) Management des schwierigen Atemweges. Übersicht über die aktuellen Leitlinien. *Anaesthesist*. <https://doi.org/10.1007/s00101-018-0492-8>

4. Smith GC, Pell JP (2003) Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 20;327(7429):1459–1461

Ankündigung

LIFEMED

Leipziger Interdisziplinäres Forum für Notaufnahme und Notfallmedizin 2018

09.-11. November 2018

Bereits zum sechsten Mal findet in Leipzig vom 09.-11. November 2018 das Leipziger Interdisziplinäre Forum für Notaufnahme und Notfallmedizin (LIFEMED) statt. Auch 2018 erwarten wir wieder rund 400 Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet und dem deutschsprachigen Ausland. Zusammen mit den Kollegen aus dem Universitätsklinikum Düsseldorf richtet sich auch LIFEMED 2018 wieder an alle notfallmedizinisch eingebundenen Teammitglieder aus dem ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich und greift relevante Themenschwerpunkte auf: „Amoklage München 2016“ aus Sicht der Polizei, sowie der präklinischen und klinischen Notfallversorgung steht am ersten Veranstaltungstag im Vordergrund.

Weitere relevante Themen sind u.a.: „Zukunftsperspektive Notfallmedizin“, „Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin“, „Notfallpflege“ und „Notfallmedizin ist Teamarbeit!“. „Cardiac Arrest Center“, zahlreiche Fallpräsentationen und Hands-on-Workshops ergänzen das Programm 2018. Das Come-Together am ersten Veranstaltungsabend wird Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und direktem Dialog mit den Referenten und Teilnehmern geben. Leipzig an sich ist immer einen Besuch wert und bietet gerade auch am LIFEMED-Wochenende mit zahlreichen kulturellen Veranstaltungen einen angenehmen Rahmen.

Informationen unter

www.lifemed-zna.de

Kontakt:

Prof. Dr. med. André Gries

Zentrale Notaufnahme
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstrasse 20
04103 Leipzig
Tel.: 0341-9717080
Fax.: 03419717969
Email: mb-zna@medizin.uni-leipzig.de