



Invasive Techniken in der Notfallmedizin

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

diese Ausgabe der *Notfall + Rettungsmedizin* beschäftigt sich mit dem Leitthema „Invasive Techniken in der Notfallmedizin“. Die prähospitale Notfallmedizin und die diagnostischen und therapeutischen Optionen haben sich in den letzten Jahren erheblich und rasant weiterentwickelt. Noch vor 10 Jahren hätten viele Akteure gewisse Behandlungsoptionen nicht für möglich gehalten, die heute auf breiter Ebene diskutiert werden. Auch die sich weiterentwickelnde Medizintechnik lässt immer mehr therapeutische Möglichkeiten zu und viele vormals ausschließlich in Kliniken verwendete Techniken beschäftigen uns zunehmend auch in der prähospitalen Notfallmedizin.

Die vorliegende Ausgabe der *Notfall + Rettungsmedizin* widmet daher diesen „neuen“ und auch invasiven Maßnahmen einen Schwerpunkt. In insgesamt 4 Beiträgen zu den Themen Chirurgischer Atemweg, REBOA, Thorakotomie und eCPR beschreiben Experten auf ihrem Gebiet die relevanten Techniken, Voraussetzungen und Limitationen dieser neuen Behandlungsoptionen. *Schneider et al.* geben in ihrem Beitrag „Invasive Notfalltechniken Advanced“ eine wertvolle Übersicht zu den Themen REBOA, Perikardiozentese und Clamshell-Thorakotomie und einer neuen Trainingsmöglichkeit für diese Verfahren. *Wortmann et al.* beschreiben in ihrem Artikel zur endovaskulären Aortenokklusion sehr genau die notwendigen Techniken und beantworten auch die Frage, ob wir dieses Verfahren wirklich prähospital brauchen. *Mohr et al.* ge-

hen in ihrem Beitrag zum chirurgischen Atemwegszugang der Frage nach, welche Form der invasiven Atemwegssicherung der Vorzug gegeben werden sollte. Zu guter Letzt stellen *Damjanovic et al.* die eCPR in ihrem Beitrag vor, die bei gewissen Formen des therapierefraktären Kreislaufstillstands eine zunehmende Bedeutung gewinnen wird. Der Beitrag fokussiert dabei auf den Notarzt und den Notfallsanitäter und beleuchtet bewusst die Seite des Nicht-Ecmologen¹.

Sicher ist, dass diese speziellen Verfahren mit unterschiedlichsten Anforderungen diverse Kompetenzen und Training erfordern, die bei der derzeitigen Aus-, Fort- und Weiterbildung und des sich zunehmend veränderten Einsatzprofils von Notärzten und Notfallsanitätern mit Nichten von jedem Teammitglied zu erwarten sind. Notfallmedizin und die diagnostischen und therapeutischen Optionen werden zunehmend komplexer. Dem dürfen wir uns bei den Diskussionen nicht verschließen.

» Die regelhafte und sichere Anwendung dieser komplexen Techniken bedarf eines speziellen Trainings

Die beste Technik und das beste Verfahren sind nur dann geeignet, wenn sie auch beim richtigen Patienten, rechtzeitig und sinnvoll eingesetzt, ankommen. Das erfordert ein Umdenken und eine Weiterentwicklung der jetzigen geliebten

¹ ECMO: „extracorporeal membrane oxygenation“

Strategien in unserem Rettungssystem. Es braucht ein System um Leben zu retten [1], sicher keine Strohfeuer und isolierten Betrachtungsweisen! Alle Beteiligten im notfallmedizinischen Versorgungssystem sind hierbei zu vernetzen und durch eine moderne Leitstelle für alle Hilfesuchenden mit speziell ausgebildeten und trainierten Disponenten zielgerichtet einzusetzen. Die Generalisten in der Notfallmedizin, die alle Situationen sicher beherrschen, wird es vielleicht nicht mehr geben können. Dafür ist die gesamte präklinische Notfallmedizin bereits heute zu komplex. Die Medizin in der Klinik öffnet uns hier die Augen: Viele Behandlungen können nur – lege artis – vom zuständigen Facharzt durchgeführt werden. Keineswegs sollte jedoch jeder Notfallpatient präklinisch „seinen“ Facharzt erhalten. Trotzdem muss in diesem Kontext möglicherweise auch darüber nachgedacht werden, spezielle Teams mit speziellen Fähigkeiten und einem speziellen Training zu diesen sehr speziellen und insgesamt seltenen Situationen zu entsenden – Teams, die dann auch in der Lage sind, bei gegebener Indikation die diversen Therapieoptionen sicher zum Einsatz zu bringen, sodass der Patient auch einen Nutzen hat.

Wir wollen mit dieser Einführung zum Thema auch eine Diskussion über Notwendigkeit und Machbarkeit verschiedener Therapieoptionen anstoßen. Ein *immer weiter so* wird möglicherweise dazu führen, dass zunehmend mehr regionale Unterschiede zu differrenten Behandlungen führen könnten. Das wiederum mag perspektivisch noch mehr dazu führen, dass Patienten ungleich behandelt werden könnten. Hier müssen alle Experten und Entscheider in der Notfallmedizin kluge Wege finden, damit alle Notfallpatienten auch von neuen Therapien partizipieren, und dies unabhängig ihres Wohnorts. Die Idee von der Initiative „Choosing Wisely“, auf deutsch „klug Entscheiden“ [2], muss nach unserem Erachten auch in der präklinischen Notfallmedizin etabliert werden, um den großartigen Möglichkeiten einer modernen Notfallmedizin gerecht zu werden, und um einer Unter- bzw. ggf. auch Überversorgung entgegen zu wirken.

Herzlichst
Ihre



Bernhard Gliwitzky



Prof. Dr. med. Erik Popp

Korrespondenzadresse



B. Gliwitzky, FERC
MegaMed GbR
Weideweg 50, 67487 Maim-
kammer, Deutschland
gliwitzky@megamed.net



Prof. Dr. med. E. Popp
Sektion Notfallmedizin,
Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsklinikum
Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 110,
69120 Heidelberg,
Deutschland
erik.popp@uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. B. Gliwitzky erklärt, dass er Geschäftsführer von MegaMed Notfallmanagement GbR und Geschäftsführer der GRC Akademie GmbH ist. E. Popp gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Eisenberg M (2013) It takes a system to save a victim. *Resuscitation* 84(201):1013–1014
2. <http://www.choosingwisely.org>. Zugegriffen: 1. Aug. 2018

Wer länger Urlaub macht, lebt länger

Wer sich Urlaub nimmt, kann damit sein Leben verlängern, kürzere Urlaube sind mit einer höheren Sterblichkeit verknüpft. Zu diesen Ergebnissen kommen die Autoren der „Helsinki Businessmen Study“.

Die Studie umfasst 1222 männliche Manager, die zwischen 1919 und 1934 geboren wurden. Die Teilnehmer hatten zumindest einen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Ergebnisse bezogen ein verlängertes Follow-up von 40 Jahren mit ein, bei dem auch Faktoren wie Arbeitszeiten, Schlafdauer und Urlaubszeiten berücksichtigt wurden. In einer Interventionsgruppe wurden Teilnehmer fünf Jahre lang alle vier Monate mündlich und schriftlich zu einem gesunden Lebensstil aufgefordert und bekamen bei Bedarf Medikamente gegen Risikofaktoren. Mitglieder der Kontrollgruppe erhielten eine übliche Behandlung.

In der Interventionsgruppe zeigte sich, dass kürzere Urlaube mit einer höheren Sterblichkeit verknüpft waren. Studienteilnehmer mit drei Wochen oder weniger Jahresurlaub hatten ein um 37 % erhöhtes Risiko, zwischen 1974 und 2004 zu versterben, als Studienteilnehmer mit längerer Urlaubszeit. Laut der Autoren arbeiteten Studienteilnehmer mit kürzeren Urlauben länger und schliefen weniger. Dieser stressreiche Lebensstil hat vermutlich einen stärkeren Einfluss, als die Gesundheits-Interventionen Vorteile bringen. Stressreduktion sollte ein wesentlicher Bestandteil von Programmen sein, die auf eine Verringerung der Risiken für kardiovaskuläre Krankheiten abzielen.

Originalpublikation: Strandberg, T.E., Räikkönen, K., Salomaa, V. et al. *J Nutr Health Aging* (2018) 2:885, <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1099-0>

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V., <https://dgk.org/>