

Notfall Rettungsmed 2008 · 11:79–80
 DOI 10.1007/s10049-008-1027-7
 Online publiziert: 15. Februar 2008
 © Springer Medizin Verlag 2008

Redaktion

B. Dirks, Ulm
 C.K. Lackner, München

B. Dirks¹ · C. K. Lackner²

¹ Sektion Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum, Ulm

² Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM),
 Klinikum der Universität, München

ERC-Leitlinien 2005 – 2 Jahre danach

Rückblick

Im November 2005 erschien zeitgleich in „Resuscitation“ und „Circulation“ der *Consensus on Science des ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation)*, kurz darauf, Anfang Dezember 2005 veröffentlichten der ERC (European Resuscitation Council) und die AHA (American Heart Association) die Leitlinien zur Reanimation 2005 für den jeweiligen Kontinent. Im ersten Heft von „Notfall + Rettungsmedizin“ 2006 erschien die bis dato einzige autorisierte deutsche Übersetzung der Leitlinien.

Diese Leitlinienrevision war zwar, wie diejenigen zuvor, für diesen Zeitpunkt geplant. Man muss jedoch konstatieren, dass die Leitlinienkonferenz an einem Wendepunkt der Konzeptionen der Wiederbelebung stattfand. So sind auch die Änderungen umfangreicher als bei den Revisionen zuvor, sie führten zu einem Paradigmenwechsel.

Die Ergebnisse der Reanimationsbemühungen waren 2005 ungeachtet der Einführung besserer Defibrillationsverfahren (AED, biphasische Defibrillation) deutlich hinter den Erwartungen zurückgeblieben. In den Jahren unmittelbar vor der Leitlinienkonferenz erschienen in dichter Folge Publikationen, die darauf hinwiesen, dass ein Grund dafür in der ungenügenden Qualität der Basismaßnahmen liegen könnte, die gerade durch AED und Co. vernachlässigt wurden. Konsequenterweise versuchte die Leitlinienrevision, diesem Trend auf allen Gebieten entgegenzuwirken (Diagnostik, Kompressionsverhältnis, Defibrillation).

Zwei Jahre danach müssen wir uns fragen: Und? – Was haben wir erreicht?

In dieser Ausgabe von „Notfall + Rettungsmedizin“ gehen wir dieser Frage nach und versuchen darzustellen, was aus den Leitlinien geworden ist:

- Wie hat sich die wissenschaftliche Erkenntnis weiterentwickelt?
- Wie lief die Umsetzung in Deutschland in Klinik, Präklinik und studentischer Lehre?
- Welche Fragen stehen für die Leitlinienkonferenz 2010 an, die jetzt vorbereitet wird?

U. Kreimeier, B. Dirks und M. Rössler beschreiben die Umsetzung exemplarisch für ihren Themenbereich. Diese Darstellungen können selbstverständlich nicht auf alle Einsatzbereiche und jede einzelne Struktur Bezug nehmen. U. Kreimeier beschreibt für die Hypothermietherapie auch den Konflikt zwischen Nutzen, Machbarkeit und Kosten. Insgesamt bleibt als Fazit:

Wir müssen (leider) konstatieren, dass sich bisher die Reanimationsergebnisse in Deutschland nicht messbar verbessert haben!

Woran liegt das?

An den Leitlinien selbst?

Wir können das nicht ausschließen.

Die SOS-Kanto Study Group berichtete für neurologisch intaktes 30-Tage-Überleben folgende Erfolgsraten: ohne Laienreanimation („no bystander CPR“) 2,2%, bei konventioneller Laien-CPR 3,1%, bei abschließlicher Herzdruckmassage („conti-

nous chest compression“) 6,2%. Noch interessanter ist das Ergebnis bei Patienten mit Kammerflimmern bzw. ventrikulärer Tachykardie (VF/VT): hier stehen 11,2% erfolgreiche Reanimation mit konventioneller CPR gegen 19,4% Erfolg bei ausschließlicher Herzdruckmassage. Der Schönheitsfehler: konventionelle CPR hieß noch nicht „nach den Leitlinien von 2005“.

Auf dem diesjährigen Kongress der American Heart Association stellte Gordon Ewy Eckpunkte der gültigen Leitlinien radikal in Frage und warb für die „continuous chest compression“ bei Sauerstoffsufflation unter dem Titel „cardiocerebral resuscitation“. Wer könnte etwas gegen die Wiederbelebung des Gehirns haben? Und tatsächlich kann Ewy Daten einiger Standorte vorzeigen, bei denen sich die Häufigkeit neurologisch intakten Überlebens bei VF/VT verdreifachte, allerdings mit dem Schönheitsfehler, dass dies an historischen Kontrollen gemessen wurde. Aber, diese entsprachen durchaus dem europäischen Durchschnitt.

Sein stärkstes Argument war auch Richtschnur der Leitlinienkonferenz 2005: Wir können im Alltag keine ideale Reanimation erwarten, wenn die Leitlinien zu kompliziert sind. Das ist 2005 viel besser geworden aber – zugegeben – „continuous compression only“ ist noch einfacher.

An den Umsetzungsdefiziten der Leitlinien?

Wenn Leitlinien nicht umgesetzt werden, so ist eine mögliche Konsequenz, sie zu ver-

einfachen – die andere ist, sie besser zu implementieren. Über die Implementierung in Deutschland berichten wir in diesem Heft. Bei der erfolgreichen Implementierung berichten Kollegen immer wieder über die hilfreiche Rolle der Kurse des European Resuscitation Council.

— Die Leitlinienumsetzung ist zwar auf dem Wege, hat aber noch deutlich wahrnehmbares Potenzial.

Die Umsetzung der Leitlinien muss 2 Jahre nach ihrer Publikation nach wie vor als nicht abgeschlossen konstatiert werden. Auf Grund der unterschiedlich intensiv verfolgten Implementierungsbemühungen stellt dies bis zum heutigen Tage im tatsächlichen Reanimationsfall ein Fehlerpotenzial dar.

Lässt man sich von den verschiedenen Eindrücken leiten, die berichtet werden, so liegt der Schluss nahe, dass insbesondere an den Universitäten innerhalb der Notfallkurse, somit bei den Studierenden und dem entsprechenden Lehrpersonal, die Umsetzung weitgehend vollständig und seit längerem bundesweit erfolgt ist. Dies lässt für die Zukunft hoffen.

Die Umsetzung der Leitlinien beim Rettungsdienstpersonal scheint auf einem guten Weg, wobei hier das hauptamtliche nicht-ärztliche Personal im Vergleich zu den Notärzten und dem Ehrenamt die Implementierung in den vergangenen 2 Jahren schneller erreicht zu haben scheint.

Im klinischen Bereich ist bei Pflegepersonal und ärztlichen Mitarbeitern gleichermaßen Kenntnis- und Implementierungskompetenz sehr stark abhängig von der Innovationskraft der einzelnen Bereiche/Abteilungen und dem Fortbildungsengagement der dort aktiven Kollegen. Hier bleibt ein deutlich heterogenes Bild zurück.

Erhebliches Nachholpotenzial scheint insbesondere bei den Erste-Hilfe-Kursen zu herrschen. Hier sind die Umsetzungsbemühungen der Kursverantwortlichen bisweilen ausgesprochen zögerlich bzw. verzögert initiiert worden. Nach unserer Wahrnehmung ist die Defibrillation im Erste-Hilfe-Bereich bis zum heutigen Tag keineswegs eine routinemäßig implementierte Maßnahme der Basisreanimation.

Dies war/ist begleitet von einer gleichsinnig zögerlichen Umsetzung im Bereich der Medizintechnologie. Es gibt bis zum

heutigen Tage AED-Hersteller, denen es noch nicht gelungen ist, ihre im Markt befindlichen Geräte auf die aktuellen Leitlinien umzustellen. Anwendergruppen werden nach wie vor auf technische Probleme oder unterschiedliche Service-Intervalle verwiesen. Dies ist wenig nachvollziehbar und ausgesprochen ärgerlich. Ein AED, der gerade dem Laienhelfer ständig „dazwischen quatscht“, verhindert jede effektive Basisreanimation im Keim.

Weiterentwicklung der Leitlinien

Der Leitlinienprozess selbst hat eine ganz erstaunliche Evolution der Prozeduren erfahren. Jerry Nolan beschreibt in der vorliegenden Ausgabe von „Notfall + Rettungsmedizin“ als Insider – er ist Vice Chairman des Consensus-of-Science-Prozesses und Herausgeber der europäischen Leitlinien – die Wandlung der Reanimation zur evidenzbasierten Notfallmedizin. Hans-Richard Arntz stellt in einem hervorragenden Überblick die jetzt bereits laufenden Vorarbeiten für die ILCOR Consensus of Science Conference 2010 dar.

Neben den standardisierten Prozeduren im Rahmen von Worksheetbearbeitungen und einer deutlich vereinheitlichten Formulierung von Fragestellungen (sog. PICO-Format) ist von ganz besonderem Interesse, dass mittlerweile eine sehr umfassende Sammlung von De-facto-Wissens- bzw. Erkenntnislücken definiert und publiziert wurde, die den internationalen Arbeitsgruppen auf diesem Sektor als Anregung und Motivation für ihre Arbeit dienen werden. Hierbei werden auch seit langer Zeit etablierte Verfahrensschritte/Empfehlungen nochmals auf ihren tatsächlichen Erkenntnisgrad kritisch hinterfragt. Dies ist ein ganz zentraler Schritt für die Weiterentwicklung der Leitlinien der Zukunft.



B. Dirks



C. K. Lackner

Korrespondenzadresse

Dr. rer.nat. Dr. B. Dirks
Sektion Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum
89070 Ulm
burkhard.dirks@uni-ulm.de

Literatur

1. European Resuscitation Council (2005) Consensus on science and treatment recommendations (CoSTR). Resuscitation 67: 157–341
2. European Resuscitation Council (2006) Kardiopulmonale Reanimation – Leitlinien des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed 9: 4–170
3. Ewy GA (2007) Cardiac arrest – guideline changes urgently needed. Lancet 369: 882–884
4. Ewy GA, Kern KB, Sanders AB et al. (2006) Cardiocerebral resuscitation for cardiac arrest. Am J Med 119: 6–9
5. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K et al. (2005) European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult BLS and use of automated external defibrillators. Resuscitation 67 (Suppl 1): S7–23
6. Kellum MJ, Kennedy KW, Ewy GA (2006) Cardiocerebral resuscitation improves survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. Am J Med 119: 335–340
7. SOS-KANTO Study Group (2007) Continuous-chest-compression cardiopulmonary resuscitation for cardiac arrest. Lancet 369: 920–926



- Kongressnews
 - Spannendes aus der Welt der Medizin
 - Interviews
- Jeden Monat neu!

Jetzt kostenlos downloaden unter
www.springer.de/podcast