

Warum wurden die Richtlinien für die Reanimation so oft geändert?

Die Notfallmedizin, explizit die Rettungsmedizin ist eine sehr junge Disziplin. In kaum einer deutschen Universität wird sie überhaupt gelehrt; und in keiner ihrer Bedeutung entsprechend ausreichend als Basisausbildung für angehende Ärzte. Auch die Ausbildung zum Notarzt bleibt in weiten Bereichen völlig auf der Strecke. In Kursen läßt sich nicht erreichen, was eigentlich als essentielles Fach mindestens 4 Semester des Studiums begleiten sollte.

Forschungen finden erst seit einigen Jahren statt, so können Richtlinien auch erst seit kurzem herausgegeben werden. Da die Forschung hier rasche Fortschritte macht, wird auch in kurzen Abständen eine Aktualisierung der Leitlinien erforderlich. So weit - so gut.

Um unterschiedliche Leitlinien unter einen Hut zu bringen, wurde die ILCOR gegründet. Gerade unter den Streßbedingungen einer Notfallsituation ist Geschwindigkeit und zielgerichtetes Handeln aller Beteiligten Erfolgsvoraussetzung. Das ist nur möglich, wenn alle zu einem Notfall Hinzutretenden nach dem gleichen Ablaufschema handeln und schnell, nein: SOFORT ihren Platz im Team einnehmen können. Betrachtungen von Vor- und Nachteilen der einen oder anderen Therapieform beeinflussen das Ergebnis einer Rettung kaum und sind daher zurückzustellen.

Eine der Organisationen, die - gerade auf dem Gebiet der Herznotfälle und der Reanimation

- die meisten Versuche
- die meisten Feldversuche
- die Versuche mit den meisten Probanden vorzuweisen hat, ist die American Heart Association (AHA). Aus unnachvollziehbaren Gründen glaubten einige Mediziner in Europa wohl, der Europäer unterschiede sich physiologisch vom Amerikaner und gründeten das European Resuscitation Committee (ERC). Man einigte sich mit der AHA auf ein Konzept und legte einen ILCOR-Standard fest. Alles war gut. Fast alles: man hatte nicht hinreichend bedacht, daß, erziehungsbedingt, der Nordamerikaner besser und bereitwilliger bei Notfällen hilft als der Europäer. Und man vergaß, in Europa in der Breitenausbildung dem durch adäquate Ausbildung Rechnung zu tragen. Ähnliches gilt für die Notfallkompetenz der europäischen Ärzte im Vergleich mit ihren amerikanischen Kollegen.

Exkurs: Rettung war lange Zeit in Europa ausschließlich Sache der Hilfsorganisationen. Diese entstanden während der Kreuzzüge als Anhängsel der christlichen Orden oder als Laiengruppierung im 19. Jahrhundert. Beide beschäftigten sich anlaßgemäß mit den Folgen kriegerischer Auseinandersetzung. Das wurde noch verstärkt durch die Einrichtung organisierter Hilfsdienste in die Streitkräfte. In einer Kultur, in der der Umgang mit Blut, Eiter und Exkrementen niedrige Arbeit, Feldscher und Barbieri ohne Ausbildung oft Angehörige der untersten sozialen Schichten waren, wurde den Hilfsdiensten dasjenige Personal zugeteilt, das man nicht für "bessere" Aufgaben brauchen konnte. Auch der soziale Aufstieg des Arztberufs änderte hieran nichts - im Gegenteil: Bis in unsere Zeit werden in Deutschland Angehörige der medizinischen Assistenzberufe als unverständige Handlanger des Arztes betrachtet. Und weil diese Berufe hier nicht an ihrer Aufgabe wachsen können wie in anderen Ländern, wird diese Betrachtung durch manche Angehörige der Assistenzberufe scheinbar bestätigt. Dem entsprechen die Rettungsorganisationen in vieler Hinsicht: Sie sind - mangels Bereitschaft der Gesellschaft zur Bezahlung von Leistungen - als gemeinnützige Vereine organisiert. Gerade in den Führungsebenen tummeln sich vermehrt Funktionsträger, denen eine sie befähigende Ausbildung fehlt. Obwohl also die Hilfsorganisationen den Großteil des empirischen Wissens über Notfallmedizin beeinhalteten, kann dieses Wissen aufgrund der Führungsstrukturen und Personalpolitik nur schwer weitergegeben werden. Erst in den letzten Jahren wurden durch nachhaltiges Engagement von Fachjournalen, Berufsverbänden und herausragenden Einzelpersonen erste Verbesserungen

erzielt. Wissenschaftliche Institute verzichteten dennoch zu oft auf den Zugriff auf diese Kenntnisquellen und erreichten so oft nur eine Elfenbeinturmposition.

So wundert es kaum, daß in Europa in den letzten Jahren neue notfallmedizinisch bedeutsame Erkenntnisse nur über mehrere Jahre hinweg ihren Eingang in die Ausbildungsleitlinien, die sich zudem nahezu ausschließlich mit der Laien-Erste-Hilfe befassen, fanden. Hinzu kommt, daß die hochqualifizierten Praktiker, die den Rettungsdiensten zur Verfügung stehen, zu selten sind, um in der Breitenausbildung "verheizt" zu werden und die Betreffenden meist selbst mit ihrem Talent Besseres vorhaben, als Führerscheinbewerber auszubilden. Diese Leute werden an vorderster Front gebraucht; sie sind kaum in der Ausbildung oder Führungsetagen zu finden. Erst seit für das Rettungspersonal mit der Schaffung eines Berufsbilds eine Ausbildungspflicht geschaffen wurde, wächst die Nachfrage nach einheitlichen Richtlinien. Gleichzeitig findet erst seit wenigen Jahren eine Beobachtung und Auswertung der präklinischen Notfalltherapie statt. Um die Jahrtausendwende wurde die grundlegendste Änderung der Richtlinien einheitlich eingeführt. Bis 2005 registrierte man jedoch, daß viele Reanimationen trotz wissenschaftlich fundierter Leitlinien und Ablaufschemata wegen ungenügender Herzdruckmassage erfolglos blieben. Ebenfalls in dieser Zeit wurde ein neues Medikament erforscht, das in der Reanimation neue Chancen eröffnete: das Vasopressin. Es ist in seiner Wirkung nicht bestreitbar. Auch einer der größten Feldversuche der Universität Innsbruck behauptet als eine der seltenen wirklich bedeutsamen europäischen Leistungen in diesem Gebiet die Bedeutung des Vasopressin. Trotzdem wurde Vasopressin von der ERC nun plötzlich (ganz anders noch 2000!) nicht mehr empfohlen - in Deutschland ist es noch nicht einmal zugelassen. Aus wirtschaftlicher Betrachtung ließe sich hierfür eine plausible Erklärung finden, die hier jedoch zu weit führen würde; aus medizinischer Sicht ist die Haltung der ERC nicht nachvollziehbar und unwissenschaftlich. Nicht genug dessen, trennte sich die ERC in ihren Empfehlungen (auch die kindergartenhaften Hintergründe hierfür zu erläutern, ist hier nicht angebracht) noch in anderen Punkten von den Leitlinien der AHA.

Zum Inhaltlichen der neuen Leitlinien: Reanimationen blieben erfolglos, weil nicht entsprechend der Leitlinien gearbeitet wurde. **WOHLGEMERKT, DIE AUSFÜHRUNG WAR FEHLERHAFT, NICHT DIE LEITLINIE!!!** Dennoch wurde die Leitlinie zur Herzmassage verändert, nicht die Ausbildungsmethode. Ausbilder und Ausbildungseinrichtungen, die auf die gründliche Umsetzung der wirklich wichtigen Teile der Leitlinien ihr Augenmerk gerichtet hatten, konnten hingegen beobachten, daß die Befolgung der neuen Leitlinien (von 2000) mehr erfolgreiche Reanimationen brachte. Das zeigt, das man weitaus wirksamer die Ausbildungsschwerpunkte verbessert hätte. (Aber im Zeitalter des Automobils verschrottet man ja auch das Auto und nicht den Fahrer, der es gegen den Baum gesteuert hat). Nun denn: ob man zwischen 15 oder 30 Herzmassagen zweimal beatmet, ist nebensächlich. Wer früher schlecht herzmassiert hat, wird es weiter tun, nun eben 30mal, und die, die mit Nebensächlichkeiten die Herzmassage ausbremsten, werden auch weiterhin ihre Vorwände hierfür finden. Aber manche behandeln ja Herzinfarkte auch mit Essigumschlägen!

Schwerwiegender wirkt sich aus, daß die ERC-Leitlinien nicht in ausreichendem Maße berücksichtigen, daß Hilfspersonal, das nicht ständig mit Notfallsituationen konfrontiert wird, dem Streßfaktor "Unsicherheit" ausgesetzt ist. Zwingt man diese Menschen zu schnellerem Handeln, als sie sich innerlich zutrauen, verlängert man die Blockadephase. Somit dauert es bei eben diesen Menschen, und dazu gehören auch Mediziner, deutlich länger, bis sie tätig werden und zögerlich ihre Maßnahmen aufnehmen. Die Änderungen im Diagnostikalgorithmus der ERC erreichen also genau das Gegenteil dessen, was sie beabsichtigen. Vor allem aus diesem Grund, aber auch hinsichtlich der ERC-Haltung zu Vasopressin, lehrt Orgafin Consult die AHA-Leitlinien und unterhält auch keinen link mehr zur ERC-Internetseite oder ihren Befürwortern. Dennoch wird die ERC-Variante, solange sie es gibt, in den Kursen bekanntgegeben. Schließlich sind die Leitlinien nur Empfehlungen und keineswegs

verbindliche Vorschriften. Jeder Berufsretter, der die AHA-Leitlinien beachtet, erfüllt damit auch in vollem Umfang seine Sorgfaltspflicht.

Für das wirksame Zusammenspiel der Mitwirkenden an einer Reanimation ist es unerheblich, ob nach AHA- oder ERC- Schema gearbeitet wird. Die Unterschiede betreffen den Diagnostikblock, der bei ERC deutlich verkürzt ist und die Medikation. Im ersten Fall ist der Helfer meist allein und daher ist es nicht von Bedeutung, ob er 2 Sekunden lang seine Checks macht oder 10 Sekunden lang überlegt, ob er überhaupt etwas machen soll. Die Entscheidung der Medikation ist nicht mehr dringlich. Wenn die Basismaßnahmen korrekt durchgeführt werden, kann man sogar im Notfall-Handbuch nachschlagen, ob man Vasopressin einsetzt oder nur Adrenalin oder auch darauf verzichtet. Schließlich ist die Wirkung des Adrenalin nicht nachgewiesen, weshalb es zur Empfehlungsklasse "indeterminate" gehört.