

## Stellungnahme der agsw.n zur Videolaryngoskopie in der Notfallmedizin

Bei Patienten mit schwerer Bewusstseinsstörung, bei Ateminsuffizienz oder schwerer Kreislaufinsuffizienz sowie beim Polytrauma gehört die endotracheale Intubation und Beatmung zu den zentralen therapeutischen Maßnahmen in der Notfallmedizin. Dabei muss in der Notfallmedizin deutlich häufiger mit einem schwierigen Atemweg gerechnet werden.

Die Intubation wird normalerweise unter direkter Sicht mit dem Macintosh-Spatel ausgeführt. Unter den besonderen Bedingungen der Präklinik, bei eingeschränkter Reklination des Kopfes, eingeschränkter Mundöffnung oder anderen anatomischen Besonderheiten sowie bei Traumapatienten kann diese direkte Sicht häufiger nicht hergestellt werden. Ein blindes Vorschieben des Tubus kann zu schwerwiegenden Verletzungen des Hypopharynx führen, eine oesophageale Fehlintubation zu nachfolgender Hypoxie. Die fiberoptische Wachintubation, die innerklinisch bei vorhersehbaren Intubationsproblemen bevorzugt zum Einsatz kommt, ist präklinisch nicht optimal einsetzbar. Neben dem Zeitaufwand und den Kosten limitiert der hohe Ausbildungsbedarf den präklinischen Einsatz von Fiberoptiken, der deshalb praktisch nicht erfolgt.

Alternativen zur Atemwegssicherung wie supraglottische Atemwegshilfen (SGA) ermöglichen im Notfall häufig eine Beatmung, wenn Schwierigkeiten bei der Intubation und/oder Maskenbeatmung auftreten. Sie können überbrückend eingesetzt werden, doch sollte aufgrund des höheren Sicherheitsstandards eine endotracheale Intubation zur definitiven Sicherung des Atemwegs angestrebt werden.

Durch die Entwicklung leistungsfähiger und robuster Videolaryngoskope hat sich in den letzten Jahren eine weitere Option zur Erhöhung der Sicherheit und der Erfolgsraten bei der (schwierigen) Intubation aufgetan. Durch integrierten Kamerachip und kleinen Monitor wird ein direkter Blick auf den Kehlkopf ermöglicht und sowohl mit normalen Macintosh-Spateln als auch mit stärker gekrümmten Spezialspateln die Sicht auf den Kehlkopf verbessert. Normal geformte Spatel verbessern die Sicht in den meisten Fällen, während die stärker gekrümmten Spatel in besonders schwierigen Fällen hilfreich sein können.

Den Notärzten stehen damit hervorragende Hilfsmittel zur Verfügung, um präklinisch in schwierigen Situationen die Atemwegssicherung zu erreichen und eine Oxygenierung sicherzustellen. Gemäß S1-Leitlinie Atemwegsmanagement der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) stellt die Videolaryngoskopie einen wichtigen Baustein in der Beherrschung des schwierigen Atemwegs dar und entspricht dem Stand der Wissenschaft.

Beachtet werden muss, dass die reine Implementierung einer zusätzlichen Gerätetechnologie wie der Videolaryngoskopie alleine nicht per se zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen der zeitkritischen Maßnahme „definitive Atemwegssicherung im Notfall“ führt. Elementar ist die anwenderbezogene Schulung auf die vorgehaltenen Systeme im klinischen Bereich. Dann ist als Ergebnis der Kombination von Ausbildung und Vorhaltung der Technik eine Erhöhung der Sicherheit bei der Patientenversorgung zu erwarten.

Die agsw.n e.V. empfiehlt die Beschaffung und Einführung von Videolaryngoskopie-Systemen für alle arztbesetzten Rettungsmittel, da sie vor dem Hintergrund einschlägiger Empfehlungen der Fachgesellschaften den Stand des Wissens und der Technik darstellen.

S3 – Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung, AWMF-Register Nr. 012/019

S1-Leitlinie Atemwegsmanagement, AWMF-Register Nr.: 001/028

S1-Leitlinie Handlungsempfehlung zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen, AWMF-Register Nr. 001/030

Erweiterte Reanimationsmaßnahmen für Erwachsene („adult advanced life support“), Kapitel 3 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council