

Stellungnahme der Sektion „Schock“ der DIVI zur Schocklage

H.A. Adams, G. Baumann, I. Cascorbi, M. Emmel, D. Fischer, D. Fries, A. Gänsslen,
A.R. Heller, F. Hildebrand, E. Klar, H. J. Klippe, W. T. Knoefel, C. Krettek, L. Lampl, H. Maul,
H. Prange, U. Rolle, A. Sarrafzadeh, M. Sasse, T. Standl, W. Teske, H.R. Zerkowski

Prof. Dr. med. Hans Anton Adams
Sprecher der Sektion Schock der DIVI
Stabsstelle für Interdisziplinäre Notfall- und Katastrophenmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Tel.: (0511) 532-3495
E-Mail: adams.ha@mh-hannover.de

Die Sektion „Schock“ der DIVI hat sich in einer ausführlichen Stellungnahme [1] mit dem Beitrag „Schocklage - das Ende einer Legende?“ von F. Scheinichen und F. Kühl in „Rettungsdienst“ 2011 [2] befasst und erlaubt sich, diese in Kurzform den Lesern des ursprünglichen Publikationsorgans zur Kenntnis zu bringen, wofür der Redaktion herzlich gedankt wird. Im genannten Beitrag heißt es:

„Patienten im Schock sollten flach gelagert werden. Die Schocklage kann zur Behandlung des Schockgeschehens im hämorrhagischen Schock zurzeit nicht empfohlen werden. Sie hat keinen nachweislichen Nutzen und ist bei diesen Patienten vielleicht schädlich“ [2].

Diese Aussagen halten aus Sicht der Sektion „Schock“ der DIVI einer Nachprüfung nicht stand und werden von der zitierten Literatur nicht gedeckt, die darüber hinaus teils unkorrekt und sekundär zitiert und vor allem einseitig interpretiert wird.

Wo keine Evidenz zu erlangen ist, müssen angewandte Physiologie und Pharmakologie - und klinische Erfahrung - aushelfen. Weiter gilt: *„Absence of evidence is not evidence of absence“* [3]. Pathophysiologisch ist davon auszugehen, dass durch die Schocklage die Füllung der unteren Hohlvene und damit die Vorlast - im Rahmen des Möglichen, das heißt des vorhandenen intravasalen Volumens - verbessert wird. Dabei sind auch kurzfristige Effekte wertvoll und sollten nicht ungenutzt bleiben, zumal die Schocklage nur eine - und keineswegs entscheidende - Maßnahme zur Schockbekämpfung ist. Die Schocklage kann potentiell nutzen, aber kaum schaden, ist einfach und rasch zu bewerkstelligen und verzögert die Versorgung nicht. Daher lautet die Empfehlung der Sektion „Schock“ der DIVI zur Schocklage [4]:

- Patienten im *manifesten hypovolämischen, anaphylaktischen, septischen und neurogenen Schock* sind - ob spontan atmend oder nach Atemwegssicherung analgosediert und beatmet - im Rahmen der Erstversorgung in die Schocklage zu bringen. Es handelt sich um eine überbrückende additive Maßnahme, die andere Therapiemaßnahmen nicht ersetzen kann. Situationsgerecht werden die Beine um 60° angehoben oder die Trage in 15°-Kopftieflage gebracht.
- Im *kardiogenen Schock* soll die Schocklage im Rahmen der Erstversorgung nur im Einzelfall und probatorisch eingesetzt werden. Wache Patienten nehmen regelmäßig spontan eine Position mit erhöhtem Oberkörper ein. Um eine Verstärkung der häufigen Angstreaktion zu vermeiden, ist eine Schocklagerung daher

allenfalls bei beatmeten analgosedierten Patienten zu erwägen. Ein Nutzen ist vor allem bei Patienten mit Rechtsherzversagen (z. B. Hinterwandinfarkt) zu erwarten, da diese von einer erhöhten Vorlast profitieren. Patienten mit Linksherzversagen profitieren dagegen regelmäßig von einer Senkung der Nachlast, so dass die Schocklage hier unterbleiben soll.

1. Adams HA, Baumann G, Cascorbi I, Emmel M, Fischer D et al: Stellungnahme der Sektion „Schock“ der DIVI zur Schocklage. Notarzt 2012; 28: 12-16
2. Scheinichen F, Kühl F: Schocklage - das Ende einer Legende? Rettungsdienst 2011, 34: 540-546
3. Altman DG, Bland JM: Absence of evidence is not evidence of absence. BMJ 1995; 311: 485
4. Adams HA, Baumann G, Cascorbi I, Dodt C, Ebener-Rothärmel C et al: Interdisziplinäre Behandlungspfade Hypovolämischer Schock - Eine Empfehlung der IAG Schock der DIVI unter Berücksichtigung von spezifischen Arzneimittelwirkungen und -interaktionen in der Akuttherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2010