

## Überregionale Versorgung von Notfallpatienten – Zukunftsorientierte Strategien der Luftrettung

### AG MedLO

Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Leiter der Luftrettungsorganisationen

J. Beneker, Ärztlicher Leiter „Christoph Berlin“ HDM Luftrettung

J. Braun, Ärztlicher Leiter DRF Luftrettung

K. Graf, Fachbereichsleiter Medizin/Luftrettung HDM Luftrettung

C. Probst, Ärztlicher Leiter „Christoph 4“

M. Ruppert, Leiter Medical Operations ADAC-Luftrettung

Th. Schlechtriemen, ADAC- Luftrettung

P. Stahl, Ärztlicher Koordinator der Luftrettungsstationen des Bundesministeriums des Innern

E. Stolpe, Medical Director ADAC-Luftrettung

Die Luftrettung in Deutschland beruht weitgehend auf historisch gewachsenen Strukturen, deren Grundlagen bis in die frühen sechziger Jahre zurückreichen. Sie hat sich mittlerweile durch ihre hohe Leistungsfähigkeit zu einem unverzichtbaren Bestandteil des bundesdeutschen Rettungswesens entwickelt.

Vor dem Hintergrund weit reichender Veränderungen im Gesundheitswesen wie

- Schließung, Konzentration und zunehmende Spezialisierung von Krankenhäusern,
- Wegfall von Notarztstandorten und lokaler Mangel an Notärzten
- kontinuierliche medizinische und technische Weiterentwicklung
- gestiegene Erwartungshaltung der Bevölkerung

erwächst jedoch zunehmend die Notwendigkeit, die Nutzung der Ressource Luftrettung kritisch zu bewerten und weiter zu optimieren.

Die Luftrettung hat sich inzwischen von der ursprünglich zugesetzten Ergänzungsfunktion hin zu einem integralen Bestandteil der Notfallrettung entwickelt. Die Vorgaben der medizinischen Fachgesellschaften zur Notfallversorgung<sup>1</sup> sind vielerorts nur durch die konsequente Einbindung der Luftrettung einzuhalten.

**Vor diesem Hintergrund muss der Stellenwert der Luftrettung in allen Bundesländern neu definiert werden.**

Die Luftrettung muss grundsätzlich im gesamten Bundesgebiet als überregionales arztbesetztes Rettungs- und Transportsystem in die Struktur- und Einsatzplanung der

Notfallversorgung und des Intensivtransports mit einbezogen werden. Hierzu müssen die medizinischen Verantwortungsträger der jeweiligen Luftrettungsstandorte in den regionalen Organisations- und Entscheidungsgremien vertreten sein. Eine enge Abstimmung mit den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) - auch auf Bundesebene - ist hierbei selbstverständlich.

Strukturplanung und Einsatz der Luftrettungsmittel dürfen nicht an Grenzen von Gebietskörperschaften gebunden sein. Hierfür müssen die rechtlichen und organisatorischen Grundlagen geschaffen werden.

Um die Möglichkeiten der Luftrettung und ihre Zeitvorteile optimal auszuschöpfen, bedarf es der kontinuierlichen Verbesserung infrastruktureller und organisatorischer Gegebenheiten, insbesondere an den Schnittstellen zu den Kliniken und zum bodengebundenen Rettungsdienst. Dies umfasst im Besonderen z.B. Parallelalarmierungen, integrierte Notfallaufnahmen, festgelegte, kompetente innerklinische Ansprechpartner, kurze innerklinische Wege, Landeplätze direkt an/auf Kliniken und damit Wegfall der häufig zusätzlich erforderlichen Bodentransporte.

Die Verfügbarkeit der Luftrettung muss insbesondere vor dem beschriebenen Hintergrund der veränderten Versorgungsstrukturen neu überdacht werden. In bestimmten Regionen erscheint bereits heute eine zeitliche Ausweitung erforderlich. Die einsatztaktischen Rahmenbedingungen bedürfen hierbei einer speziellen Anpassung.

Es erscheint in diesem Zusammenhang auch notwendig, dass Informationen über die Einsatzbereitschaft der verfügbaren Luftrettungsmittel jederzeit unmittelbar für jede Rettungsleitstelle verfügbar sein müssen.

Die Disposition verfügbarer Luftrettungsmittel muss nach objektiven Kriterien erfolgen:

- Krankheitsbild/ Verletzungsmuster des Patienten
- Eintreffzeit als arztbesetztes Rettungsmittel
- Transportdauer zur am besten geeigneten Zielklinik

Zur Einhaltung dieser Kriterien ist eine einheitliche, verbesserte Ausbildung von Leitstellenpersonal einhergehend mit der Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements für die Leitstellen zu fordern.

Im Sinne einer rein patientenorientierten Einsatztaktik darf die Entscheidungsfreiheit des Notarztes nicht eingeschränkt werden. Der Notarzt des Rettungs- und Intensivtransporthubschraubers muss auch künftig über die für den Patienten am besten geeignete Zielklinik entscheiden. Dies betrifft einerseits die optimale fachliche Eignung der Klinik und andererseits die Möglichkeit einer unverzüglichen Weiterversorgung des Patienten in Kenntnis der aktuell vorhandenen Kapazitäten.

Die Leitenden Ärzte und medizinisch Verantwortlichen von ADAC Luftrettung, DRF Luftrettung und der Luftrettungsstandorte des Bundesministeriums des Innern stellen sich den beschriebenen Aufgaben als Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Leiter der Luftrettungsorganisationen (AG MedLO). Sie haben sich zusammengeschlossen, um im Konsens Lösungen auch für komplexe Fragestellungen im Zusammenhang mit der Luftrettung zu erarbeiten, und übernehmen damit gemeinsam Verantwortung für die Zukunft der Luftrettung in Deutschland. Die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Leiter der Luftrettungsorganisationen (AG MedLO) ist damit auch der medizinisch fachkompetente Partner im Gespräch mit Politik und Gesetzgebern, Kostenträgern, allen anderen in der Notfallversorgung tätigen Organisationen und beteiligten Berufsgruppen sowie der Bevölkerung, um die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung unter Einbindung der Luftrettung als integralen Bestandteil der Daseinsfürsorge weiter zu optimieren.

<sup>1</sup> INM und AGSWN mit BÄK, BAND, DGU, DGCH, DGAI, DGK, DGNC, GNPI, ASB, BKS, DRK, JUH, MHD, SKRD (2008): Eckpunkte- Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik. Deutsches Ärzteblatt 105; 38: 1682-1684

Korrespondenzadresse:

**AG MedLO**

Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Leiter der Luftrettungsorganisationen

Axel- Springer- Str. 52, 10969 Berlin