

Luftrettung in Deutschland - Entwicklung und Perspektiven -

Dr. M. Helm, Abteilung für Anaesthesiologie und Intensivmedizin, RTH-Station „Christoph 22“, Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Historisches

- Initiierung des Luftrettungsdienstes stand in den 60er Jahren vor großen Problemen.
- erst militärische Operationen in Kriegsgebieten (z.B. Vietnam) hat die Luftrettung verbreitet etabliert.
- erste Rettungshubschrauber im Einsatz:
 - November 1970 „Christoph 1“ in München
 - November 1971 „Christoph 22/SAR Ulm 75“ in Ulm
 - August 1972 „Christoph 2“ in Frankfurt
- keine bedarfsorientierte Neuordnung der LRZ in (Ost-) Deutschland mit der Wiedervereinigung – möglicherweise heute zu hohe Vorhaltung in manchen Regionen

Luftrettungsmittel

- Primärrettungsmittel (Rettungshubschrauber (RTH) zur primären Rettung von Notfallpatienten)
- Sekundärrettungsmittel (Intensivtransporthubschrauber (ITH) zur sekundären luftgebundenen Verlegung von intensivpflichtigen Patienten)
- Ambulanzhubschrauber (RTH von dritten Trägerschaften, div. Nutzung, Auslands-Rückholtransporte)
- „Dual use“: RTH und ITH mit einem Luftrettungsmittel an einem Standort, mancherorts auch Primäreinsätze bei Nacht
- Trägerschaften: ADAC-Luftrettung, Katastrophenschutz (BGS), Bundeswehr, Deutsche Rettungsflugwacht (DRF), Team DRF mit Partnerorganisationen, Internationale Flugambulanz, sonstige
- Einsatzstatistik: zwischen 210 und 2176 Einsätze pro LRZ im Jahr 2002
- Reichweite/Disposition: bis zu 50 km Radius, oft von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang
- Einsatzspektrum: früher hauptsächlich traumatologisch, heute vermehrt internistisch

Zukunftsperspektiven

- *Organisatorische Rahmenbedingungen* (Effizienzsteigerung der Luftrettungsstruktur notwendig!)
 - zentrale Disposition zur optimalen kostengünstigen Ausnutzung
 - Aufhebung des „50km Radius“ zugunsten lokalspezifischer Einsatztaktik (in notarztarmen Gebieten)
 - ggf. Ausweitung auf primäre Nachteinsätze (Sinnhaftigkeit aktuell kontrovers diskutiert)
 - ggf. Optimierung der Ausnutzung durch Vorhaltung eines „2. RTH-Notarztes“
 - Optimierung der Einsatzbereiche durch koordiniert flächendeckende Standorte an Schwerpunktkliniken
 - grenzüberschreitende RTH-Einsätze
 - Etablierung eines umfassenden Qualitätsmanagement
- *Technische Entwicklung:*
 - zukünftig Vorhaltung von speziellen Flugmuster aus Kosten-Nutzen-Gründen und Einsatzfähigkeit
 - Implementierung einer Hindernisdetektion in Luftrettungsmitteln
 - Optimierung der Klinik-Landeplätze (nach aktueller Norm sehr schwierig umsetzbar)
- *Medizinische Erfordernisse:*
 - Personal (u.a. hohe Qualifikation)
 - Flugmuster (z.B. Nachflugtauglichkeit)
 - Im Zeitalter der DRG's: ist „dual use“ in der Luftrettung notwendig, d.h. sowohl Primärrettung als auch sekundäre intensivmedizinische Verlegungen muß möglich sein!