IDEEN ENTWICKELN. | IMPULSE SETZEN. | ZUKUNFT GESTALTEN.

LUFTRETTUNG DER ZUKUNFT

GEMEINSAM GESTALTEN
GEMEINSAM VERANTWORTEN
GEMEINSAM WEITERENTWICKELN



THESEN & ANTWORTEN
ZUR AKTUELLEN REFORMDISKUSSION
» LUFTRETTUNG UND KRANKENHAUSREFORM «
ERGEBNISSE DES SATELLITENWORKSHOPS | SWS2024

SWS2024
TEGERNSEE XV.-XVI. SEPTEMBER

LUFTRETTUNG DER ZUKUNFT GEMEINSAM GESTALTEN

GEMEINSAM GESTALTEN | GEMEINSAM VERANTWORTEN | GEMEINSAM WEITERENTWICKELN

THESEN & ANTWORTEN
ZUR AKTUELLEN REFORMDISKUSSION
» LUFTRETTUNG UND KRANKENHAUSREFORM «
ERGEBNISSE DES SATELLITENWORKSHOPS | SWS2024

CLAUS ENNEKER STIFTUNG | MÜNCHEN

HERZLICHER DANK

Herzlicher Dank an alle Teilnehmenden, ModeratorInnen und Impuls-Vortragende.

Ein ganz besonders herzlicher Dank geht an die Mitglieder der engeren Berichtsredaktion:
Priv.-Doz. Dr. Stephan Prückner, Bernhard Gliwitzky, Dr. Erwin Stolpe.

© 2024/2025 | V.I.S.P. CLAUS ENNEKER STIFTUNG | MÜNCHEN | CK LACKNER
PIC-CREDIT | CKL

ANLASS

Die gesamte Landschaft der akutklinischen und ambulanten Versorgungsstrukturen, der Rettungsdienst zu Boden und zu Luft, die Leitstellen – mithin das gesamte aktuelle System der Notfallversorgung in Deutschland steht vor großen **Herausforderungen und einer tiefgreifenden Anpassung und Weiterentwicklung der notwendigen Strukturen und zielführenden Prozesse.**

Um den Impuls zu nun notwendigen Innovationen zu fördern, Strategiediskussionen auf Expertenebene zu führen und die Erarbeitung von konkreten Lösungsansätzen zu induzieren, veranstaltet die Claus-Enneker-Stiftung (CES) | München regelmäßig Think-Tank-Veranstaltungen und Entscheidertreffen.

Am 16.09.24 trafen sich auf Einladung der Claus-Enneker-Stiftung, Vertreter **aller deutschen Luftrettungsbetreiber, Vertreter von Leitstellen, Ministerien**, sowie weitere der Luftrettung nahestehende Experten am Tegernsee.

In einem **Satelliten-Workshop zum Thema „Luftrettung und Krankenhausreform“** anlässlich des Enneker Forums Tegernsee 2024 (EFT2024), diskutierten 20 Experten die damit verbundenen Herausforderungen. Erstmalig nahmen **alle Betreiber mit Ihren Leitungsebenen** an einem derartigen Treffen teil.

Es wurden im Vorfeld zunächst sechs Themenfelder identifiziert, die in Kleingruppen bearbeitet und anschließend im Plenum (Round Table A und Round Table B) diskutiert wurden.

Nach Begrüßung durch Dr. Erwin Stolpe und Professor Dr. Christian Lackner moderierten PD Dr. Stephan Prückner und Bernhard Gliwitzky die Veranstaltung, mit der Zielsetzung **gemeinsame Themen und Handlungsfelder zu identifizieren** und **eine Fachvorlage für Verantwortliche in Ministerien, bei den Kostenträgern und den Partnern der Luftrettung** zu erstellen.

Es bestand Einvernehmen, dass dieser erste Workshop nur der Auftakt zu einem kontinuierlichen Prozess der gemeinsamen Meinungsbildung sein kann.
Die durch die Claus-Enneker-Stiftung initiierte Veranstaltung soll/kann den Rahmen und eine neutrale Plattform für einen offenen und konstruktiven Austausch zu diesem Thema bieten.

Im Hauptteil des Enneker-Forum-Tegernsee |EFT2024 wurde ein weiterer Punkt erarbeitet. Es wurde festgestellt, dass die Übertragung des Notarztprotokolls (mit dem einheitlichen minimalen Notarztdatensatz - MIND) in das weiterbehandelnde Krankenhaus für alle am Rettungsdienst Beteiligten, so auch die Luftrettung mit erheblichen Herausforderungen verbunden ist. Daher wird dieses Thema unter Punkt 4 mitaufgenommen

Themenfelder der gemeinsamen Diskussion:

Round Table A:

1. Rollenanpassung Luftrettung
   (Frühzeitige und passgenaue Indikation, Zeitliche Vorhaltung und Zuständigkeiten)
2. Einsatzsteuerung/ Einsatzprofile
   (Patiententransporte versus Notarztzubringer/ Interhospitaltransfer)
3. Finanzierungsmodelle / Ausschreibungen

Round Table B:

4. Herausforderungen Personal, Qualität, Routineauswertung QM-Daten
5. Fachspezifische Luftrettung am Beispiel „Flying Intervention Team“
6. Pilotprojekte und Machbarkeitsstudien.

FÜR EILIGE
EIN ÜBERBLICK

» ZIEL | SCHLUSSFOLGERUNG «

DIE LUFTRETTUNG STELLT IN IHRER GESAMTHEIT EINEN WESENTLICHEN BESTANDTEIL DER NOTFALLMEDIZINISCHEN VERSORGUNG DAR.
WIE ALLE ANDEREN ASPEKTE DER PRÄHOSPITALEN NOTFALLMEDIZIN MUSS AUCH DIE LUFTRETTUNG AN DIE SICH VEÄNDERNDEN GEGEBENHEITEN ADAPTIERT WERDEN.

» KONSEQUENT «

GEMEINSAM GESTALTEN
GEMEINSAM VERANTWORTEN
GEMEINSAM WEITERENTWICKELN.

» ZIELGERICHTET «

LUFTRETTUNG MUSS ALL DIE PATIENTEN ERREICHEN, DIE VON EINEM GEZIELTEN EINSATZ PROFITIEREN.

» VERLÄSSLICH «

LUFTRETUNG MUSS AUCH BEI SCHWIERIGEN BEDINGUNGEN DER BEVÖLKERUNG VERLÄSSLICH ZUR VERFÜGUNG STEHEN.
DAHER SIND MODERNE UND SICHERE VERFAHREN ZU ETABLIEREN.

» INNOVATIV «

ZEITNAHE IMPLEMENTIERUNG NEUER TECHNOLOGIEN FÜR MEHR WITTERUNGSUNABHÄNGIGE EINSATZOPTIONEN.

» SPEZIELL «

BUNDESWEITER EINSATZ
BEI SONDER- UND SPEZIAL-LAGEN.

» ABGESTIMMT «

WIRTSCHAFTLICHE INDIKATIONSSTELLUNG IN ENGER ABSTIMMUNG MIT DEN RESSOURCEN DER BODENGEBUNDENEN RETTUNGSDIENSTE.

» UNVERZICHTBAR «

BEI DER ERWARTBAREN & REFORM-INDUZIERTEN AUSDÜNNUNG DER ZIELKLINIKEN
UND AKUTKLINISCHEN RESSOURCEN IN DEUTSCHLAND WIRD
DIE LUFTRETTUNG ZUM ÜBERREGIONALEN STÜTZPFEILER DER VERSORGUNG.

» ÜBERREGIONAL «

DIE DNA DER LUFTRETTUNG
IST IMMER ÜBERREGIONAL.

REGIONEN- UND LÄNDERÜBERGREIFENDE
PLANUNG UND KOORDINATION
DER LUFTRETTUNGSMITTEL.

» VERFÜGBAR «

LUFTRETTUNG SOLLTE GEMÄSS DEM
VERLAUF DES EINSATZGESCHEHENS
AUCH AUSSERHALB DER
TAGESLICHTZEITEN IN
TAGESRANDZEITEN UND NACHTS
ZUM EINSATZ KOMMEN.

» VERNETZT «

DISPOSITION UND NUTZUNG
DER RESSOURCE LUFTRETTUNG
STETS STRATEGISCH UND GEZIELT.

» DIFFERENZIERT «

DIFFERENZIERTE UND ÜBERLEGTE INDIKATIONS-
STELLUNG ZUM EINSATZ DER LUFTRETTUNG.

» REGIONAL & NATIONAL «

ZUSTÄNDIGKEIT BEI DEN BUNDESLÄNDERN MIT NATIONALEM BLICK.

ÜBERREGIONAL ABGESTIMMT AUF
GEOGRAPHISCHE GEGEBENHEITEN, POPULATIONSDICHTE,
AKUTMEDIZINISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUR,
INFRASTRUKTUR DER BODENRETTUNG & ZIELKLINIKEN.



» Rollenanpassung der Luftrettung der Zukunft «

Die Teilnehmenden stimmen überein, dass eine **differenzierte und überlegte Indikationsstellung zum Einsatz der Luftrettung** erfolgen muss, um die Vorteile eines **agilen, hochqualifizierten und überregional einsetzbaren** Rettungsmittels voll ausschöpfen zu können.

Diese betrifft nicht nur die medizinischen Indikationen, sondern muss auch topographische und einsatztaktische Gesichtspunkte berücksichtigen.

Man muss wegkommen vom Narrativ „Luftrettung nur für die schweren Fälle“ hin zu **„richtiger Patient im richtigen Rettungsmittel in die am besten geeignete Zielklinik“**.

Dies macht es an verschiedenen Positionen erforderlich das existierende Rollenbild der Luftrettung sowohl für die Leitstellen, die anderen Rettungsmittel (NEF, RTW), aber auch für die Luftrettung selbst zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen.

Es gibt z.B. wissenschaftliche Erkenntnisse die darauf hinweisen, dass **schwerstverletzte Patienten von einem standardmäßigen Einsatz der Luftrettung profitieren**.

Grundsätzlich scheint es medizinisch sinnvoll zu Meldebildern mit Verdacht auf Tracerdiagnosen auch die **Luftrettung primär zusätzlich zu alarmieren**.

» Differenzierte und überlegte Indikationsstellung zum Einsatz der Luftrettung. «

–

» Luftrettung sollte gemäß dem Verlauf des Einsatzgeschehens auch außerhalb der Tageslichtzeiten flächendeckend zum Einsatz kommen. «

Unstrittig war, dass die Luftrettung bei den heutigen technischen Möglichkeiten, nicht mehr nur von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang verfügbar sein sollte, sondern gemäß dem Verlauf des Einsatzgeschehens auch **außerhalb der Tageslichtzeiten im gesamten Bundesgebiet flächendeckend zum Einsatz kommen** sollte.

Eine einsatztaktisch sinnvolle Ausweitung der Tagesrandzeiten und ggf. an bestimmten Standorten eine **Ausdehnung der Einsatzbereitschaft auf 24 Stunden ist daher sinnvoll**.

Es sollte hierfür und für die Struktur von spezifischen Intensivtransporthubschraubern eine **abgestimmte länderübergreifende Planung** für diese hochspezialisierten Rettungsmittel angestrebt werden. (siehe auch ITH 2.0 | Seite 7)

» Einsatzsteuerung / Einsatzprofile «

Es bestand Konsens unter den Teilnehmern, dass die **Leitstellen als wesentliches Steuerinstrument eng miteinzubeziehen und bei allen Überlegungen zu berücksichtigen** sind.
Zur passgenauen Alarmierung wurde auch von Seiten der Luftrettung gefordert, in allen Leitstellen eine **standardisierte Notrufabfrage** einzusetzen, um die Abfragequalität für ein Luftrettungsmittel auf einem einheitlichen Qualitätsniveau zu halten.
Zudem sollten die in den Leitstellen eingesetzten Einsatzleitsysteme bei der Disponierung von für die Luftrettung relevanten Meldebildern auch **Aspekte relevanter Zielkliniken** mit **integriert** sein, um die Transportfunktion dieser Einsatzmittel effizient einzusetzen.
Die **Transportfunktion** in die geeignete Zielklinik (v.a. **über größere Distanzen**) durch die Luftrettung ist hier von erfolgskritischer und **prognosebestimmender Bedeutung**.
Zukünftig kann möglicherweise **KI bei der Notrufabfrage** und bei der anschließenden **Disposition** der Luftrettung unterstützen, um diese noch **zielgenauer und effizienter** einsetzen zu können. Georeferenzierte Disposition von Luftrettungsmitteln und deren medienbruchfreie Alarmierung sollte umgesetzt werden.
Ein weiterer Aspekt ist die **leitstellenübergreifende Alarmierung von RTH**. In einigen Ländern gehört dies bereits zum Standard, in anderen Bereichen ist dies noch nicht möglich und es muss telefoniert werden, um einen RTH in einem anderen Leitstellenbereich anzufordern. **GPS-basiertes online-Monitoring** (z. B. rescuetrac©) der Luftrettungsmittel sollte überall verfügbar sein.
Dadurch wären **RTH für alle Leitstellen** mit ihrem genauen Standort **sichtbar** und in das Einsatzleitsystem eingebunden.
Auch an dieser Stelle wurde noch mal sehr intensiv die Verfügbarkeit der RTH diskutiert. Eine **Randzeitenausdehnung und Erhöhung der Verfügbarkeit** ist anzustreben.
Zudem wird angeregt, in Deutschland konsequent die technischen Möglichkeiten zur erweiterten Einsetzbarkeit der RTH umzusetzen.
Hierzu zählt die zeitgemäße **Nutzung von spezifischen Instrumentenflugverfahren, (Low-level IFR) und das sogenannte Point in Space Verfahren (PINS)**, welche beispielsweise in der Schweiz für bestimmte Hauptflugrouten und zum Anflug auf Schwerpunktkliniken zunehmend etabliert werden und wetterbedingte Abmeldungen deutlich reduzieren können.
Gerade im ITH-Segment sollte dies schnellstmöglich ausgerollt werden, um die **Verfügbarkeit bei schlechtem Wetter weiter zu steigern**.
Unter dem Schlagwort „ITH 2.0“ wurde diskutiert, inwieweit es Sinn macht für den **komplexen Intensivtransport spezielle ITH nicht in Mehrfachfunktion** vorzuhalten, die sowohl vom Fluggerät, der medizinischen Ausrüstung und der Personalqualifikation für diese Spezialdisziplin vollumfänglich ausgestattet sind. Eine **regionen- und länderübergreifende abgestimmte Planung und Koordination** dieser Luftrettungsmittel ist zu fordern. Leerflüge sind zu vermeiden und für eine effiziente Auslastung ist zu sorgen.

» Regionen- und länderübergreifende abgestimmte Planung und Koordination der Luftrettungsmittel. «

–

» Randzeitenausdehnung und Erhöhung der Verfügbarkeit ist anzustreben. «

» Finanzierungsmodelle/ Ausschreibungen «

Das dritte Handlungsfeld beschäftigte sich mit dem Thema der Finanzierung der Luftrettung und mit der Praxis der Ausschreibeverfahren.

Bisher ist eine überwiegende Finanzierung über die Abrechnung nach Flugminuten üblicher Standard. Intensiv diskutiert wurde, ob eine teilweise **Vorhaltefinanzierung** geeignet wäre, den Druck zu reduzieren, immer möglichst viele Einsätze fliegen zu müssen, um den steigenden Kosten zu begegnen.

Eine **Mischvariante aus vorhaltebezogener Vergütung und einsatzbezogener Vergütung** könnte hier zukünftig das jetzige Modell ablösen und zu einer deutlich stabileren Finanzierung der Luftrettung führen.

» Mischvariante aus vorhaltebezogener und einsatzbezogener Vergütung könnte zukünftig das derzeitige Vergütungs-Modell ablösen. «

–

» Langfristige und gut planbare Vergabe sichern perspektivisch die Qualität der Luftrettung. «

Die große Anzahl an Ausschreibungen und deren inhaltliche Ausrichtung werden sowohl von Seiten der Betreiber als auch von Seiten der Ausschreibenden als **sehr kosten- und personalintensiv** wahrgenommen.

Hier sollten Lösungen entwickelt werden, die die **Planungssicherheit der Betreiber** erhöhen. Hierbei ist **nicht die Frage ob**, sondern **wie ausgeschrieben** wird. **Ausschreibungen mit kurzer Laufzeit sind eher unattraktiv** und stehen in einem Missverhältnis zu dem hohen Aufwand, den die Etablierung einer Luftrettungsstation mit sich bringt. Darüber hinaus führen häufige Ausschreibungen zu **Unzufriedenheit bzw. Verunsicherungen beim beschäftigten Personal** wegen potentiell anstehenden Arbeitsplatz- oder Arbeitgeberwechsel.
Gerade in Zeiten, wo es zunehmend schwieriger wird, hochqualifiziertes Personal zu finden und zu halten gilt es diese Entwicklung zu vermeiden.

Ein weiterer Aspekt in diesem Themenkomplex ist der Fakt, dass mögliche a**nstehende technische (z.B. Winde) oder logistische Veränderungen (z.B. Nachtflug, NVIS) derzeit in einer laufenden Beauftragung nicht möglich** sind, da dies womöglich zu einer Neuausschreibung führen kann.
Diese **Entwicklungsmöglichkeiten** sollten bei der Ausschreibung von Luftrettungsstandorten durch die Kommunen oder Länder berücksichtigt werden.
Alle Betreiber werben für langfristige und gut planbare Vergaben, damit die anspruchsvolle Aufgabe Luftrettung weiter in dieser hohen Qualität sichergestellt werden kann.

Die Beteiligten sind sich einig, dass auch eine **Anerkennung aller Luftrettungsorganisationen als Hilfsorganisation** die Rahmenbedingungen für die Betreiber potenziell verbessern könnte.

» Herausforderungen Personal, Qualität und Routineauswertung QM / RM «

Auch die Regierungskommission sieht die Luftrettung für komplexe Einsatzsituationen vor, was speziell qualifiziertes Personal erfordert. Als besondere Herausforderung wurden die s**tetig steigenden Anforderungen an den TC-HEMS** (Notfallsanitäter in der Luftrettung) identifiziert.
Insbesondere **konkurrierende Aufgabengebiete zwischen Flugbetrieb und medizinischer Versorgung** wurden hier genannt, zudem wird eine deutliche Zunahme von vorgeschriebenen Qualifizierungs- und Re-zertifizierungsmaßnahmen beobachtet.
Hier wurde vereinbart, diesen Themenkomplex in einem weiteren Workshop zu vertiefen und weiter auszuarbeiten.

» Konkurrierende Aufgabengebiete zwischen Flugbetrieb und medizinischer Versorgung bei TC-HEMS entzerren. «

–

» Ausnahmeregelungen für die Luftrettung beim AÜG sollten angestrebt werden. «

Einigkeit besteht darüber, dass eine **Facharztgebiet-Anerkennung und die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin eine notwendige Voraussetzung** zum Tätigwerden in der Luftrettung sind.

Zusätzlich sollten relevante, sogen. **zertifizierte Kurse** aus dem Bereich Reanimation, Traumaversorgung und Kindernotfallversorgung **vor Tätigwerden** standardisiert absolviert werden.

Regelungen zu Art und Frequenz zusätzlicher Qualifizierungsmaßnahmen, wie sie einzelne Bundesländer zuletzt in Ausschreibungen gefordert haben, sind grundsätzlich zu begrüßen, unterstreichen sie doch die Bedeutung einer stabil hohen Personalqualifikation. Allerdings muss kritisch geprüft werden, ob die Wiederholung des jeweiligen Grundkurses nach Ablauf des Zertifikats zielführend ist oder eher auf die Luftrettung angepasste Refresher-Formate sinnvoller sind.

Neben den Grund- und Einstiegsqualifikationen spielen Themen wie der **rechtliche und faktische Ordnungsrahmen für die Leitung und Organisation (sogen. Governance)** einer komplexen Struktur wie der Luftrettung eine zunehmend wichtige Rolle, um die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Operation weiter zu steigern.
Hier sollten vielfältige Maßnahmen wie regelmäßiges **Feedback, Supervisionen, Peer Review Verfahren, sowie Qualitätszirkel** etabliert werden.

Gleichzeitig bestand auch Konsens, dass das Rollenverständnis bei Notärzten und Notfallsanitätern dahingehendangepasst werden muss, dass Luftrettung eben nicht nur für die ganz schweren Fälle vorgehalten wird, sondern eben auch **in der Fläche als Notarztzubringer oder als Luftfahrzeug für den Patiententransport** zum Einsatz kommt.
Ein Thema, welches seit geraumer Zeit die Durchführenden der Luftrettung beschäftigt, ist die Umsetzung des **Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG)**.

Für die gelebte und sinnvolle Praxis z.B. Ärzte aus Kliniken im Luftrettungsdienst einzusetzen, sind diese **AÜG- Vorgaben hinderlich**. Diese Kooperation mit Krankenhäusern und ggf. Rettungsdiensten ermöglicht den Mitarbeitenden in der Luftrettung einen Kompetenzerhalt in der klinischen Patientenversorgung und steigert die Attraktivität der Kooperationspartner als Arbeitgeber.

Hier besteht das berechtigte Interesse, **Ausnahmeregelungen für die Luftrettung** zu erwirken, da der Aufwand und die damit verbundenen Kosten erheblich sind, wenn Notärzte und Notfallsanitäter von Kooperationspartnern nach 18 Monaten drei Monate nicht eingesetzt werden dürfen und in dieser Zeit beispielsweise an keinen betrieblichen Fortbildungen und Schulungen teilnehmen dürfen.

Ähnliches gilt auch für zu **starre Arbeitszeitrichtlinien**, die eine sinnvolle **Dienstplangestaltung** und einen effizienten **Personaleinsatz** konterkarieren und den Einsatz der Luftrettung, gerade in den Sommermonaten, zunehmend behindern.

Auch hier wird gefordert, dass auf sinnvolle Weise auf der einen Seite die Intention den Arbeitsschutz sicher zu stellen gewährleistet ist und auf der anderen Seite der Flugbetrieb vernünftig organisiert werden kann.

Im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse in der Hauptsitzung des EFT2024 durch die Moderatoren kam ein weiterer wichtiger Punkt zur Sprache, der hier ebenfalls aufgeführt wird:

Die **digitale Dokumentation** ist für alle Rettungsdienste mit Blick auf die Weitergabe der Daten an die Krankenhäuser mit großen Herausforderungen verbunden, da v**ielerorts die erforderlichen Schnittstellen** fehlen.
Als bundesweit tätige Organisationen haben die Luftrettungsbetreiber darüber hinaus die Schwierigkeit, dass in den einzelnen Rettungsdienstbereichen oder Bundesländern unterschiedliche digitale Dokumentationssysteme oder Datensätze vorgegeben sind.
Mit Blick auf die Anwendbarkeit durch Mitarbeitende und Betreiber ist es essentiell, dass die **Systeme interoperabel** sind, was die Datenweitergabe an weiterbehandelnde aus Rettungsdienst und Krankenhaus erleichtert.
Zudem sollten die einzelnen Landesregister zum Qualitätsmanagement (i.e. SQR-BW, Notfallregister Bayern) mit **einem einheitlichen und standardisierten Datensatz (z.B. DIVI) unter Berücksichtigung des jeweils aktuellen MIND** und einheitlichen Definitionen arbeiten, damit die Weitergabe und Vergleichbarkeit von Einsatzdaten in diese sinnvollen und wichtigen Einrichtungen erleichtert wird.

» Fachspezifische Luftrettung am Beispiel „Flying Intervention Team“ «

Nach einem kurzen Impuls über die Erfahrungen und Ergebnisse des „**Flying Intervention Team“** in der Behandlung von Schlaganfällen durch den Projektleiter CA Dr. Gordian Hubert, wurden anhand dieses Beispiels weitere Möglichkeiten zum Einsatz der Luftrettung diskutiert.
Das Projekt "Flying Intervention Team", kurz FIT, kehrt den Weg zum wichtigen Kathetereingriff um, indem spezialisierte Experten per Helikopter direkt in die regionale Partnerklinik zu den akut betroffenen Patienten fliegen - und so Zeit sparen, die den Betroffenen Nervenzellen rettet und Lebensqualität bringt.

Einigkeit bestand darüber, dass dies nur **bei sehr zeitkritischen Ereignissen sinnvoll** erscheint.
Die Ergebnisse des „Flying Intervention Team | FIT“ sind sehr erfolgsversprechend und konnten **das Zeitintervall bis zur definitiven Versorgung** mittels Thrombektomie gegenüber der Kontrollgruppe **stark reduzieren**.

» Im Ergebnis konnte mittels des FIT das Zeitintervall bis zur definitiven Versorgung signifikant / prognosebestimmend verkürzt

Ob hierfür eigene RTH vorgehalten werden, oder ob dies durch die Regelluftrettung mitbedient wird, war Gegenstand der Diskussion.

Hier müssen auch landesrechtliche Regelungen berücksichtigt werden

Ebenso wurde hinterfragt inwieweit es Optimierungspotential gibt die Abläufe beim Sekundärtransport von Schlaganfallpatienten in die Zentren zu beschleunigen (frühe Alarmierung, Übergabeorte etc.).

Weiteres Optimierungspotential besteht für die logistischen Abläufe beim Sekundärtransport und Kooperation mit neurovaskulären Netzwerken, um notwendige Zeiteffekte im Sinne der Patienten zu verbessern

Auch dieses Thema muss inhaltlich weiter diskutiert werden. Insbesondere braucht es die Weiterentwicklung konkreter Konzepte zur verbesserten Logistik in diesem Kontext.

.

» Pilotprojekte und Machbarkeitsstudien «

Im Themenkomplex Pilotprojekte kamen einige interessante Aspekte auf.

Neben den aktuellen Projekten wie e**VTOL/ Multikopter** wurden vor allem Themen wie ein **bundesweites Intensivtransport Netz** (s.o.), sowie eine **gebietsübergreifende Alarmierung von RTH** (s.o.) diskutiert.

Weiterhin sollten Projekte zum **Einsatz künstlicher Intelligenz** verfolgt werden

Alle stimmten überein, dass die Luftrettung einmal mehr zu wichtigen Innovationen beitragen kann und auch zukünftig **Mut** und **Pioniergeist** gefragt ist, die Luftrettung bzw. die Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln

.

ZUSAMMENFASSENDES FAZIT DES EXPERTENFORUM | SWS2024

Das 1. Treffen im Rahmen des Workshops Luftrettung im Rahmen des Enneker Forums Tegernsee kann als voller Erfolg gewertet werden. Die Rückmeldungen der Teilnehmer waren ausschließlich sehr positiv.

Der konstruktive und vertrauensvolle Austausch aller Beteiligten zeigt deutlich den Bedarf an, ein solches Format zu etablieren und ggf. den Teilnehmerkreis nach Bedarf anzupassen. Die Luftrettung sieht sich angesichts der aktuellen Umgebungsbedingungen und im Zuge der Notfallreform bevorstehenden Veränderungen vor Herausforderungen. Es gilt, für die Aufgabe hochqualifizierte Mitarbeitende zu gewinnen und ihnen eine langfristige Arbeitsplatzperspektive zu bieten, damit Personalentwicklung und kontinuierlicher Kompetenzerhalt sinnvoll und wirtschaftlich möglich sind.

Die Luftrettung versteht sich weniger als ergänzender, sondern vielmehr als integraler Bestandteil des Rettungsdienstes. Ihre Aufgabe ist es, hochqualifizierte medizinische Teams und ggf. spezialisierte Technik (Winde) an die Einsatzstelle zu bringen und insbesondere langstreckige Transporte zu übernehmen, um Notfallpatienten zügig in das geeignete Zentrum zu bringen und die örtlichen Rettungsdienststrukturen zu entlasten. Gerade im Zuge der Notfallreform muss an den Kliniken die geeignete Infrastruktur oder die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, dass Luftrettungsmittel rund um die Uhr dort Patienten abholen oder abgeben können. Die Transportfunktion in die geeignete Zielklinik (v.a. über größere Distanzen) durch die Luftrettung ist hier von erfolgskritischer und prognosebestimmender Bedeutung.

Sowohl bei der Planung als auch beim Einsatz der Luftrettung muss über Landesgrenzen hinweg gedacht werden, damit ein sinnvoller und wirtschaftlicher Ressourceneinsatz möglich ist. Dazu bedarf es georeferenzierter Disposition sowie medienbruchfreier Alarmierung über Leitstellenbereiche hinweg.

Zukünftig sollten Projekte zu alternativen Luftfahrzeugen (eVTOL), der Zuführung von Spezialisten zur komplexen Versorgung in Krankenhäusern sowie dem Aufbau eines Intensivtransportnetzes weiterentwickelt werden.

Die Veranstaltungen werden durch die Claus-Enneker-Stiftung zeitnah fortgesetzt.

TEILNEHMENDE AM SATELLITENWORKSHOP | SWS2024

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Dr. med. Jörg Braun Fachbereichsleiter/ akademischer Leiter	DRF Stiftung Luftrettung gAG | DRF-Fachbereich Medizin / Leitung der Akademie der DRF Luftrettung, Filderstadt
Herr Prof. Dr. med. Jörg Christian Brokmann, Leitender Arzt ZNA	Uniklinik RWTH Aachen AöR | Zentrale Notaufnahme, Aachen
Herr Dipl.-Bw. Frédéric Bruder, Geschäftsführer	ADAC Luftrettung gGmbH | Geschäftsführung, München
Herr Dipl. Ing. Marc Gistrichovsky Abteilungsleiter / Vorsitzender	Stadt Nürnberg | Berufsfeuerwehr Nürnberg - Integrierte Leitstelle Nürnberg, Nürnberg, Fachverband Leitstellen e.V. | Vorstand, Lemgo
Herr Bernhard Gliwitzky, FERC, NotSan & gf. Gesellschafter/ GF der GRC-Akademie	MegaMed GbR, Maikammer GRC Akademie GmbH | Bellheim
Herr Oberfeldarzt Christian Jost, Stellvertretender Leitender Arzt	BundeswehrKrankenhaus Ulm | Rettungsdienst, Departement Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin u. Schmerztherapie., Ulm
Herr Andreas Hitzges Ministerialrat – Referatsleiter/ Mitglied	Ministerium des Innern und für Sport, Land Rheinland-Pfalz | Referat Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz, Mainz/ Länderausschuss Rettungswesen (AR) | Vertretung RLP
Herr Dr. med. Gordian Hubert, Projektleiter FIT & Chefarzt	München Klinik gGmbH | Flying Intervention Team (FIT) Klinik für Neurologie und neurolog. Intensivmedizin, München
Herr Prof. Dr. med. Christian K. Lackner Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung | Vorstand, München
Herr Prof. Dr. med. Simon Little, FESAIC, UAEU Vizepräsident / Direktor der Klinik	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Landesverband Hessen/Rheinland- Pfalz/Saar / Johanniter Luftrettung Gießen/ Agaplesion Frankfurt, Klinik für Notfall- und Intensivmedizin, Frankfurt
Herr Oliver Meermann, Landesvorstand /Geschäftsführer	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Landesverband Hessen/Rheinland- Pfalz/Saar / Johanniter Luftrettung Gießen/ Gießen
Herr Josef Pemmerl Leiter Rettungsdienst	Malteser Rettungsdienst gemeinnützige GmbH | Leitung Rettungsdienst Bayern, München
Herr Dr. rer. nat. Krystian Pracz Vorstandsvorsitzender/ geschf. Vorstand	DRF Stiftung Luftrettung gAG | Vorstand / DRF e. V. Filderstadt
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Prückner Geschäftsführender Direktor/ Vorstandsmitglied	Klinikum der Universität München | Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München Claus-Enneker-Stiftung | Vorstand München
Herr Oberfeldarzt Dr. med. Marc Royko Sprecher/ Oberarzt	Sprecher der leitenden Ärztinnen und Ärzte von Luftrettungszentren mit Zivilschutzhubschraubern/ BundeswehrKrankenhaus Hamburg | Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin, Hamburg
Herr Oberstarzt Dr. med. Andreas Schwartz Leitender Arzt/ Stellvertretender Leiter	BundeswehrKrankenhaus Hamburg | Zentrum für Notfallmedizin BwKrhs Hamburg; Beauftragter Rettungsmedizin/ Notfallmedizin/ Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin, Hamburg
Herr Dr. med. Jens Schwietring, Leiter	ADAC Luftrettung gGmbH | Bereich Medizin, München
Herr Dr. med. Erwin Stolpe stv. Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung | Vorstand München
Herr Dr. med. Johannes Strobel	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e. V.| Board Präklinische Notfallmedizin, Leitung Governance, Berlin /
Herr Dr.-Ing. Lukas von Stülpnagel Senior Vice President/ NotSan, ELRD	corpuls | GS Stemple GmbH, | Unternehmensbereich Innovation & Technology, Kaufering/ Bayerisches Rotes Kreuz, KV Bad-Tölz-Wolfratshausen - RD
Herr Dr. med. Florian S. Reifferscheid Oberarzt/ Bundesvorsitzender / Mitglied/ Abteilungsleiter	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel | Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin UKSH-Cam- pus Kiel, Kiel / Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) | Vorstand, Berlin/ DRF Stiftung Luft- rettung gAG | WAK-Review Board, Medical Operations, Filderstadt


ENNEKER
FORUM
TEGERNSEE
WWW.ENNEKER-STIFTUNG.DE


VON STÜLPNAGEL
GISTRICHOVSKY
PEMMERL
HUBERT


ENNEKER
FORUM
TEGERNSEE
BRUDER

SWS2024


Ennerer Forum
Rheinser
Rheinmann
Rheinmann


ATRIUM



Ideen entwickeln. | Impulse setzen. | Zukunft gestalten.

Claus Enneker Stiftung

Geschäftsstelle der Stiftung
Gasse 20 a | 83703 Gmund am Tegernsee
www.enneker-stiftung.de
gs@enneker-stiftung.de