

## **Einsatzgrundsätze für die Kooperation zwischen Luftrettung und Kindernotarzdiensten in Deutschland**

J. Beneker, Ärztlicher Leiter „Christoph Berlin“ HDM Luftrettung  
J. Braun, Ärztlicher Leiter Deutsche Rettungsflugwacht  
K. Graf, Fachbereichsleiter Medizin/Luftrettung HDM Luftrettung  
C. Probst, Ärztlicher Leiter „Christoph 4“  
M. Ruppert, Leiter Medical Operations ADAC-Luftrettung  
P. Stahl, Ärztlicher Koordinator der Luftrettungsstationen des Bundesministeriums des Innern  
E. Stolpe, Medical Director ADAC-Luftrettung

In Deutschland wurden in einigen Städten und Regionen spezielle Kindernotarzdienste aufgebaut, die häufig aus der Initiative eines pädiatrischen Kollegenkreises entstanden sind. Diese, in keinem der Landesrettungsdienstgesetze geregelten, spezialisierten Kindernotarzdienste unterscheiden sich u. a. bezüglich der Qualifikation der Ärzte, Organisationsform, Einsatzbereitschaft und Einsatzindikation erheblich.

Eine kritische Schnittstelle zur Luftrettung ergibt sich immer dann, wenn bei pädiatrischen Notfällen der Rettungshubschrauber (RTH) zum Einsatz alarmiert wird, und die jeweils zuständige Rettungsleitstelle gleichzeitig einen solchen Kindernotarzt disponiert hat, der – unter Inkaufnahme von z. T. erheblichen Zeitverlusten durch sog. Dreiecksflüge – zum Notfallort mitgenommen werden soll.

Durch die Mitnahme des Kindernotarztes entsteht eine möglicherweise entscheidende Verzögerung bis zum Beginn der notärztlichen Versorgung (therapiefreies Intervall) und bis zur definitiven Versorgung in einer spezialisierten Klinik.

Die pädiatrische Expertise hingegen ist nur potentiell für die Versorgung des Patienten hilfreich. Vor diesem Hintergrund muss auch konstatiert werden, dass Pädiater überwiegend einen deutlich stärker internistisch als traumatologisch geprägten Hintergrund haben. Tatsächlich lebensbedrohliche Kindernotfälle, die retrospektiv eher die Ausnahme darstellen, erfordern in erster Linie schnellstmögliche und konsequente Maßnahmen der Atemwegssicherung, Beatmung, Kreislaufstabilisierung und ggf. Reanimation sowie den unverzüglichen Transport in die geeignete Zielklinik – Therapieschritte, die klassische Kompetenzen des erfahrenen und speziell dafür ausgebildeten regulären Notarztes darstellen.

Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere der Notarzt eines Rettungshubschraubers aufgrund der vergleichsweise hohen Exposition gegenüber Kindernotfällen besonders routiniert im Umgang mit diesem Patientenkollektiv ist.

## Kooperation zwischen Luftrettung und Kindernotarztdiensten

Aus den dargestellten Gründen empfehlen wir für die Interaktion zwischen Luftrettung, Kindernotarztdienst und jeweiliger Leitstelle folgende **Einsatzgrundsätze**:

Bei Alarmierung zu einem Kindernotfall fliegt der RTH unverzüglich auf direktem Weg, d. h. ohne Mitnahme eines Kindernotarztes direkt zum Notfallort, wenn:

1. noch kein Notarzt vor Ort ist (unabhängig vom Meldebild)
2. bei einer Nachforderung durch einen bereits anwesenden Notarzt die Priorität auf der schnellstmöglichen Stabilisierung der Vitalfunktionen oder dem schnellen Transport liegt. Dies gilt grundsätzlich bei allen traumatologischen Notfällen.

Die Mitnahme eines Kindernotarztes erscheint demnach nur dann vertretbar, wenn ein bereits am Patienten anwesender Notarzt bei speziellen pädiatrischen Krankheitsbildern dezidiert einen Pädiater hinzuziehen möchte und der schnelle Transport des Patienten von untergeordneter Bedeutung ist.

Abzugrenzen hiervon sind spezielle Transportdienste für den Interhospitaltransfer neonatologischer Patienten (z.B. „Neugeborenen-Notarztdienst“) und die ärztliche Begleitung von Inkubatortransporten. Bei dringlichen, aber prinzipiell planbaren Inkubatortransporten kann der Notarzt des RTH an der Luftrettungsstation oder in der Quellklinik bleiben, sofern im Einvernehmen ein Pädiater oder Neonatologe ggf. mit Unterstützung einer Pflegekraft den Transport medizinisch notwendig begleiten muss. Für diese Transportkonstellationen sind jedoch grundsätzlich Absprachen und Vorbereitungen wie eine Sicherheitseinweisung erforderlich.

Bei anderen Verlegungen von Kindern (Sekundär- oder sog. Postprimäreinsätze) kann die Ergänzung der regulären medizinischen Besatzung des RTH durch medizinisches Personal der Quellklinik nur eine wohl begründete Ausnahme darstellen, wobei das Team des RTH komplett an Bord bleiben muss, um auch vor Aufnahme des pädiatrischen Patienten und nach Beendigung des Einsatzes die unverzügliche, uneingeschränkte Einsatzbereitschaft zu gewährleisten.

Somit ergeben sich für die Disposition eines Rettungshubschraubers zum Transport eines Kindernotarztdienstes an eine präklinische Einsatzstelle sehr eng gesteckte Indikationen.

Korrespondenzadresse:

### **AG MedLO**

Arbeitsgemeinschaft medizinische Leiter der Luftrettungsorganisationen

Axel- Springer- Str. 52, 10969 Berlin