
2.1 Definitionen

Unter Repatriierung (re, lat. zurück; patria, lat. Heimat) versteht man die Rückholung eines Patienten mit einer akuten Erkrankung oder Verletzung aus dem Ausland. Diese kann auf dem Straßen- oder Luftweg erfolgen. Meist muss anschließend eine weitere Diagnostik und/oder Therapie im Heimatland durchgeführt werden. Repatriierung stellt eine Dienstleistung außerhalb des Rettungsdienstes dar und wird deshalb nicht von den diesbezüglichen Gesetzen und Regelungen, z. B. deren Finanzierung, abgedeckt.

Ein bodengebundener Rückholddienst führt eine Verlegung in ein heimatnahes Krankenhaus bzw. einen Heimtransport durch. Die meist stabilen Patienten können unter Betreuung durch einen Rettungsassistenten/-sanitäter im Krankentransportwagen (KTW) sitzen oder liegen. Repatriierungen aus dem weiter entfernten Ausland werden typischerweise mit Flächenflugzeugen (Linienmaschinen oder Ambulanzflugzeugen) durchgeführt. Hierzu sind ebenfalls KTW- und RTW -(Rettungswagen)Transporte, ggf. auch mit Notarztbegleitung, und ausnahmsweise auch Hubschrauber als Zubringer bzw. Abholer zum bzw. vom Flughafen erforderlich.

Unter dem engeren Begriff Repatriierungsmedizin werden alle medizinischen Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung von derartigen „Verlegungstransporten“ zusammengefasst. Sie ist Teil der so genannten Assistancemedizin, die sich mit der individuellen Betreuung von Kranken und Verletzten auf Reisen befasst. Hier werden vorrangig die Versorgungsmöglichkeiten vor Ort geprüft und ggf. optimiert. Bei Bedarf werden die notwendigen organisatorischen und logistischen Maßnahmen für eine weitere erforderliche Diagnostik und Therapie an anderem

Ort (z. B. im Heimatland des Betroffenen) initiiert und durchgeführt. Typisches Beispiel für dieses Aufgabengebiet ist in Deutschland der ADAC bzw. die REGA in der Schweiz, aber auch große Assekuranzen, die Reiseunfallversicherungen anbieten. Diese wiederum beauftragen professionelle Unternehmen wie die Flight Ambulance International (FAI) mit der Planung und praktischen Durchführung des Patiententransports. Damit decken die Repatriierungs- und die Assistancemedizin jeweils Teilaspekte der umfassenderen Reisemedizin ab, die sich zum Beispiel zusätzlich mit vorbeugenden Maßnahmen wie Impfungen befasst.

2.2 Indikationen

Die häufigsten Anlässe für den Transport eines Patienten aus einem heimatfernen Krankenhaus in die nähere Umgebung seines Wohnortes sind medizinisch begründet. Typischerweise ist die Diagnostik und/oder die Therapie am aktuellen Aufenthaltsort unzureichend (Unterversorgung). Ausgangspunkt dieser Feststellung sind zumeist die Vereinbarungen in den Geschäftsbedingungen einer bestehenden Reiseunfallversicherung. Hier ist festgelegt, dass der Versicherungsnehmer Anspruch auf einen Behandlungsstandard hat, der dem seines Heimatlandes entspricht. Dies ist häufig in dem aktuellen Aufenthaltsland des Patienten nicht gegeben, sodass der Versicherungsnehmer neben einer (Erst-)Behandlung mit den lokal vorhandenen Mitteln Anspruch auf einen Transport an einen adäquaten Behandlungsort z. B. in seinem Heimatland hat. Gegebenenfalls kann sogar, wenn es medizinisch erforderlich erscheint, noch eine vorübergehende Behandlung an einem weiteren, aktuell leichter zu erreichenden Ort z. B. innerhalb des Behandlungslandes oder in dessen Nähe zwischengeschaltet werden.

Ein weiterer häufig zum Tragen kommender Punkt ist die soziale Indikation eines Rücktransportes. Entscheidend hierfür ist der Wunsch des Patienten bzw. seiner Angehörigen, wenn z. B. durch Sprachprobleme oder fehlendes Vertrauen in die aktuelle lokale Behandlung eine Verlegung gewünscht wird. Bestimmend sind hier die Unzufriedenheit mit der regionalen Ernährung, dem Klima oder den herrschenden, oft einfachen Hygienestandards und den Gegebenheiten der Pflege, die zur Folge haben, dass der Patient weitgehend auf die Versorgung durch Angehörige angewiesen ist. Dabei sind Schädigungen durch die psychische Traumatisierung nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung, zumal in fremder Umgebung, im Auge zu behalten. Nicht unerwähnt bleiben sollen zudem politische und militärische Gegebenheiten, die ggf. die Sicherheit des Patienten gefährden könnten. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Gefährdungsmöglichkeit für das medizinische Personal bzw. die Flight Crew in akuten Krisengebieten hingewiesen, aus denen die Repatriierung erfolgen soll. Hierzu können der Internet-Plattform

des Auswärtigen Amtes der Bundesregierung (www.auswaertigesamt.de) aktuelle Empfehlungen entnommen werden.

Die Indikation einer Repatriierung zu prüfen und zu beurteilen ist Aufgabe der Assistancemediziner. Diese können z. B. hauptberuflich unmittelbar bei den Versicherungsunternehmen tätig sein oder fallweise, z. B. auf der Basis ihrer Fremdsprachenkenntnisse, in die Abwicklung des Falls eingeschaltet werden.

Zentrale Inhalte der medizinischen Abklärung, idealerweise durch ein Gespräch zwischen dem Assistancemediziner und dem behandelnden Arzt vor Ort, sind die Klärung der Hauptdiagnose und des sich daraus ergebenden Verlegungsgrundes. Die Angaben zur Anamnese und dem bisherigen Verlauf erbringen die notwendigen Informationen zur Indikationsstellung der Repatriierung und der grundsätzlichen Planung. Indem der aktuelle Zustand erörtert wird (Bewusstseinslage, Atem- und Kreislauffunktion, Fieber, Untersuchungsbefunde etc.) und die aktuelle Therapie (Analgesie/Sedierung, Beatmung, Vasopressoren, Organersatzverfahren etc.), das erforderliche Monitoring und sonstige Besonderheiten besprochen werden, ergibt sich das Bild über die aktuelle Transportfähigkeit und die dabei gegebene mutmaßliche Dringlichkeit einer Repatriierung.

Nicht unerwähnt bleiben sollen auch vorgegebene oder tatsächliche Argumente, die einer Repatriierung entgegenstehen könnten. Sie können etwa im Selbstverständnis der Ärzte und Pflegekräfte im Aufenthaltsland des Patienten liegen, die sich (un-)berechtigterweise als kompetent in der Behandlung des Patienten sehen. Auch elementare wirtschaftliche Interessen des behandelnden Krankenhauses und der dort tätigen Ärzte, für die nach Eintreffen der Kostenübernahmeerklärung der ausländischen Versicherung ein Patient aus einem wohlhabenden Land eine willkommene Einnahmequelle darstellt. Umgekehrt kann die Notwendigkeit einer Verlegung auch als dringlicher dargelegt werden, als dies tatsächlich der Fall sein mag, wenn die Behandelnden auf einen Transport aus dem Land drängen, aus welchen finanziellen, organisatorischen, spezifischen lokal bedingten Gründen auch immer.

2.3 Transportmittel

Bestimmende Kriterien zur Auswahl des Transportmittels sind der aktuelle Zustand des Patienten, die laufende Therapie, das erforderliche kontinuierliche Monitoring und das Risiko, ein Transporttrauma zu erleiden. Dieses besteht in mechanischen Belastungen bei aktiven und passiven Umlagerungen, Bewegungen, Erschütterungen oder Stress durch Schmerzen. Für die kardiopulmonale Situation noch problematischer sind vor allem Diskonnektionen des Beatmungsschlauches, aber auch Therapieunterbrechungen und/oder Fehldosierungen z. B. von Vasopressoren oder andere passager unbemerkt (also unkorrigiert) bleibende Komplikationen wie hy-

per- oder hypotensiven Phasen z. B. bei zerebralen Ereignissen. Andere Traumata sind bei der Repatriierung einwirkende äußere Einflüsse wie Temperaturschwankungen, erforderlich werdende Eigenleistungen (Laufen, Ein- und Aussteigen etc.) des Patienten beim Transfer vom aktuellen Aufenthaltsort zum Flughafen bzw. am Zielort bis zum Heimatkrankenhaus.

Weitere Gesichtspunkte bei der Wahl des Transportmittels sind die Transportzeit, der notwendige Transportaufwand, die Verfügbarkeit von alternativen Rettungsmitteln und letztlich auch die für die Repatriierung insgesamt entstehenden Kosten.

Grundsätzlich kommen sowohl bodengebundene als auch der Lufttransport, ggf. auch Kombinationen in Betracht. Bodengebunden werden z. B. Strecken unter 500 km innerhalb Mitteleuropas meist mittels KTW bzw. RTW überbrückt. Der Lufttransport bietet sich vor allem bei dringenden Transfers über größere Entfernung mittels Linienflugzeug (Stretcher/PTC) und Ambulanzflugzeug an.

Fallbeispiel: Repatriierung mit Linienflug

Eine 68-jährige Frau stürzt während eines Aufenthaltes auf der Kanareninsel La Gomera und zieht sich am rechten Arm eine eingestauchte Humerusfraktur zu. In einer regionalen medizinischen Einrichtung wird sie mit einem Gilchrist-Verband versorgt. Mit den verordneten Schmerzmitteln (Opioid plus NSAID inkl. Magenschutz) sind die Beschwerden erträglich. Sie hat keine gravierenden Vorerkrankungen, nimmt dementsprechend keine Medikamente außer Homöopathika zur Besserung verschiedener allergischer Dispositionen. Seit der Wechseloperation einer Kniegelenksprothese vor mehreren Jahren ist sie bei Gehstrecken über einige wenige Schritte in der Wohnung hinaus auf einen Rollator angewiesen, was sie angesichts der jetzt eingetretenen Fraktur gravierend in ihrer Mobilisierbarkeit einschränkt. Da sie Verständigungsschwierigkeiten und mangelndes Zutrauen zur medizinischen Versorgung am Urlaubsort hat, wünscht die Patientin eine ggf. notwendige Operation im Heimatland. Sie hat für derartige Ereignisse (nach der wenig geglückten Behandlung ihres Knies) bewusst eine Auslandsreiseversicherung abgeschlossen, die ihr im Krankheitsfall eine Repatriierung gewährleistet.

La Gomera besitzt nur einen kleinen Regionalflughafen für den innerkanarischen Luftverkehr. Schneller und einfacher für An- und Abreise ist die Anbindung an den Süden der Nachbarinsel Teneriffa mit der Fähre und an den dortigen internationalen Flughafen Teneriffa Süd mit einer Vielzahl täglicher Verbindungen in alle europäischen Länder.

Die Patientin ist ausreichend erstversorgt und kann unter Analgetika ggf. auch mehrere Stunden sitzen. Es wird die Indikation für einen Transport mit einem Linienflugzeug in medizinischer Begleitung gestellt. Die Servicezentrale

der Versicherung beauftragt ein lokales Ambulanzunternehmen mit dem Antransport der Patientin von La Gomera zum Flughafen Teneriffa Süd. Sie wird entsprechend zeitgerecht für eine Ankunft am Flughafen zwei Stunden vor dem geplanten Take-off der Linienmaschine in ihrem Hotel abgeholt. Für den Transfer vom Flughafen am Zielort bis in die gewünschte unfallchirurgische Klinik dort wird ebenfalls ein KTW-Transport (mit Ankunft dort eine Stunde vor geplanter Landung) bestellt.

Bei der Fluggesellschaft bucht man für den Flug drei nebeneinander liegende Sitze (zwei Passagiere, dazu ein dazwischen befindlicher Extrasitz für eine verbesserte Sitzposition der Patientin im Verband). Sie befinden sich wegen der Fraktur am rechten Arm auf der linken Seite der Maschine. Zudem wird Assistenzpersonal einschließlich eines Rollstuhls (WCHS) für den Transfer im Terminal vom Schalter bis zum Gate bereit gestellt.

Der medizinische Begleiter reist am Transporttag mit dem gleichen Flugzeug an („Umdreher“). Damit steht vor Ort nur etwa eine Dreiviertelstunde für die Übernahme der Patientin und deren Transfer in das Flugzeug zur Verfügung. Um Probleme zu vermeiden, wie eine Fehlleitung des Gepäcks, gibt der Begleiter kein Gepäckstück auf, sondern führt seine gesamte Ausstattung auf dem Hinflug in der Kabine mit, damit dies unmittelbar bei Erstkontakt und bei Bedarf im Flughafen bzw. auf dem Flug zur Verfügung steht.

Die Ambulanzbesatzung kontaktiert unmittelbar nach Ankunft am Flughafen die Mitarbeiter der Fluglinie am Abflugschalter, checkt das Gepäck der Patientin einschließlich des Rollators ein und übernimmt den bereitstehenden Rollstuhl. Der medizinische Begleiter erhält eine kurze Übergabe im Ambulanzfahrzeug, erhebt die wesentlichen Vitalparameter und sichtet die medizinischen Unterlagen. Er vergewissert sich, dass alle Reisedokumente (Ticket, Gepäcktags) und persönlichen Gegenstände der Patientin vorhanden sind und begleitet sie mit Unterstützung des Bodenpersonals zum Gate bzw. in das Flugzeug.

Nach komplikationslosem Flug wird die Patientin für die letzte Etappe der Repatriierung der KTW-Besatzung am Arrival-Treffpunkt übergeben. Der medizinische Begleiter reist dann mit dem Flugzeug an seinen Heimatort zurück.

2.4 Rechtliche Aspekte

Bei Patiententransporten auf nationaler und internationaler Ebene sind sowohl von Seiten der Auftrag gebenden als auch der durchführenden Unternehmen vielfältige rechtliche Vorschriften zu beachten. Beispielhaft genannt seien hier die in Deutsch-

land geltenden straf- und zivilhaftungsrechtlich relevanten Gesetzesregelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), dem Strafgesetzbuch (StGB), vor allem aber die vielfältigen Vorschriften im Medizinproduktegesetz (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und der Spezialgesetze (z. B. Berufsordnung Ärzte, Rettungsassistenten-/Notfallsanitätergesetz, Arbeitszeitgesetz, Straßenverkehrsordnung, Luftordnung JAR-OPS 3-, Betäubungsmittelgesetz, DIN/EN Normen etc.).

Haftungsrechtlich für Unternehmen und Mitarbeiter u. U. bedeutsam sind einschlägige Vorwürfe wie Organisationsverschulden bzw. Übernahmeverschulden sowie Körperverletzung respektive vorsätzliche oder (grob) fahrlässige Tötung. Hier kann nicht auf alle juristisch ggf. relevanten Aspekte eingegangen werden. Es sei nur kurz die rechtliche Stellung des transportbegleitenden Arztes skizziert. Vorrangig wichtig ist, ob die Durchführung als Notarzt im Rahmen eines regulären Rettungsdienstes (als Zubringer, vor allem aber als Abholer) als hoheitliche Aufgabe mit Amtshaftung (persönliche Haftung nur bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz) oder z. B. als freiberuflicher Arzt in privatrechtlichem Arbeitsverhältnis mit umfassender persönlicher straf- und zivilrechtlicher Haftung erfolgt. Es ist Letzterem dringend zu empfehlen, dies mit dem Auftraggeber detailliert im Voraus zu klären und ggf. seinen Haft- und Unfallversicherungsschutz entsprechend anzupassen.

Die Aufgaben und damit die Verantwortung des transportbegleitenden Arztes bestehen vor allem darin, die örtlich bestmögliche Stabilisierung des Patienten vor Transportbeginn zu erreichen. Dies ist regelhaft Aufgabe der abgebenden, d. h. noch behandelnden Klinik. Der transportbegleitende Arzt ist gegenüber dem abgebenden/aufnehmenden Krankenhaus bzw. deren Mitarbeitern nicht weisungsbehaftet. Deshalb sollte stets versucht werden, in kollegialer Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Der transportbegleitende Arzt ist ab Übernahme bis zum Übergabezeitpunkt medizinisch verantwortlich. Er muss seine Maßnahmen an dem aktuellen wissenschaftlichen Standard ausrichten und den äußeren Umständen anpassen.

Wenn für den Patienten eine Aussicht besteht, den Transport zu überleben und in der aufnehmenden Klinik durch erweiterte Behandlungsoptionen eine Besserung seiner Situation zu erreichen, ist der Transport auch dann durchzuführen, wenn dies mit vielfältigen Risiken behaftet ist. Die juristische Beurteilung eines u. U. letalen Verlaufs wird ggf. aus dem beim Antritt der Repatriierung bestehenden Status heraus („ex ante“) erfolgen, auch wenn im Nachhinein eventuell zu diesem Zeitpunkt verborgen gebliebene Umstände erst später („ex post“) eine Neubeurteilung ermöglichen. Hieraus wird deutlich, wie wichtig eine genaue und detaillierte Do-

kumentation aller Befunde und Informationen ist – und dies in jeder vom Flugarzt verantworteten Phase insbesondere bei „kritischen Patienten“.

Bei Verweigerung des Transports kann es dagegen u. U. zur Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung bzw. Arbeitsverweigerung kommen. Die Ablehnung eines Transports aus medizinischen Gründen muss wohlbegründet sein, sie muss kommuniziert und dokumentiert werden.

Die Aufklärungspflicht über Ablauf und Risiken des Transports gegenüber dem Patienten entspricht den üblichen Vorgaben des „Informed consent“ und sollte vor allem bei Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen auf einem Standardformular schriftlich erfolgen.

Der transportbegleitende Arzt ist gegenüber dem Assistenzpersonal in medizinischen Belangen weisungsbefugt, mit Anordnungsverantwortung und Überwachungspflicht bei der Durchführung der Maßnahmen. Umgekehrt verantwortet das Assistenzpersonal die pflegerischen Maßnahmen z. B. bezüglich der Lagerung (Dekubitus-Status bei Übernahme, diesbezügliche Maßnahmen unterwegs).

Zentrale Elemente der ärztlichen bzw. pflegerischen Einsatzdokumentation zur Sicherstellung der Informationskette und der Verantwortlichkeiten sind,

- den medizinischen Übernahmestatus zu erfassen und
- den Transportverlauf zu protokollieren inkl. aller Veränderungen der Vitalparameter, eventueller Komplikationen, der durchgeführten Maßnahmen und des abschließenden Übergabestatus sowie der übernehmenden Einrichtung (inkl. Aufnahmearzt) (Tab. 2.1).

Tab. 2.1 Typische Angaben in einem Einsatzprotokoll

<i>Einsatzdaten</i>	– Zeitpunkte: Einsatzbeginn, Übernahme Patient, Transportbeginn/-ende, Übergabe – Patient, Einsatzende
<i>Einsatzteam</i>	Ärztin/Arzt, Assistenz
<i>Patientendaten</i>	Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Gewicht
<i>Patientenstatus (bei Übernahme/Übergabe)</i>	– Aktuelle Anamnese/Diagnose(n), Nebendiagnosen, relevante Vorerkrankungen, NACA – Bewusstseinslage (GCS/Neurostatus, Atmung/Beatmung (Modus, Parameter), Kreislauf (Medikation), Katheter, Lagerungsmaßnahmen – Befunde: Bildgebende Verfahren, Laborwerte
<i>Protokollierung</i>	– Vitalparameter – Medikamente – (Invasive) Maßnahmen – Zustandsveränderungen während des Transports

Repatriierung

Eine Einführung in internationale Verlegungstransporte

Rossi, R.

2015, X, 58 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-45181-6