

# STELLUNGNAHME

der DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG  
vertreten durch  
Dr. Krystian Pracz, Vorstandsvorsitzender



zum  
**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der  
Notfallversorgung**  
(BT DRS 20/13166 vom 02.10.2024)

&

**Änderungsanträgen der Fraktionen der SPD,  
BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**

(AusschussDRS 20(14)231.1 vom 01.11.2024)

eingereicht am 04. November 2024

## Vorbemerkungen

„Menschen. Leben. Retten“ – Dieses Motto hat sich die gemeinnützige DRF Luftrettung seit ihrem ersten Luftrettungseinsatz am 19. März 1973 zur Aufgabe gemacht. Dabei steht bei all unserem Handeln die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten in medizinischen Notlagen im Fokus. Dies gelingt nur, wenn alle Akteure, angefangen bei den niedergelassenen Ärzten und dem ärztlichen Notdienst, über die Integrierten Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst, Ersthelfern und dem Rettungsdienst, bis zu den Krankenhäusern, aber auch alle anderen Beteiligten im Gesundheitssystem, wie z.B. Träger, Auftraggeber und Kostenträger, die medizinische Versorgung von Menschen als Gemeinschaftsleistung betrachten.

**Daher begrüßen wir die Initiative zur Reform der Notfallversorgung und der Regelungen zum Rettungsdienst ausdrücklich.** Jedoch möchten wir anmerken, dass die Änderungsanträge der Regierungskoalition zur Integration des Rettungsdienstes in den Gesetzentwurf für eine Reform der Notfallversorgung recht kurzfristig zur Verfügung standen. Die Bedeutung und Komplexität des Themas erfordern im Sinne einer erfolgreichen Reform sicherlich mit Blick auf die Vielzahl an Beteiligten eine ausreichende Beratungszeit.

Wir setzen voraus, dass die Reform der Notfallversorgung mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz KHVVG und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz GVSG gut ineinander greifen wird. Damit die notfallmedizinische Versorgung in der Stadt und insbesondere im ländlichen Raum in der Zukunft verbessert wird, sind einheitliche Standards, bundesländerübergreifende Planungen und eine effektive Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg unabdingbar. Deshalb ist aus unserer Sicht auch eine Einbindung der Länder erforderlich, damit die jeweiligen landesrechtlichen Regelungen sinnvoll mit der Notfallreform zusammenpassen und so der gewünschte Fortschritt in der Notfallversorgung möglich wird.

Weder das KHVVG noch das GVSG können ohne einen gut aufgestellten Rettungsdienst und ohne eine bedarfsgerechte Luftrettung funktionieren. Es ist daher auch nicht sinnvoll anzunehmen, dass aufgrund von Leistungskonzentration und ggf. Schließung oder Umwidmung von Kliniken eine Umverteilung der Gelder ausschließlich innerhalb des Kliniksektors erfolgen könne. Die Auswirkungen dieser Konzentrationen auf weniger Krankenhausstandorte werden nicht nur für den Patienten bedeutsam sein, sondern auch den boden- und luftgebundenen Rettungsdienst durch eine Verlängerung von Fahr- und Flugstrecken zu und zwischen Kliniken, erhöhte Bindungszeiten der Rettungsmittel und eine erwartete Zunahme der Interhospitaltransporte vor höhere Anforderungen stellen. Dies ist nur leistbar, wenn freiwerdende finanzielle Mittel für eine Stärkung des Rettungsdienstes vorgesehen werden.

Als Innovationstreiber entwickelt die DRF Luftrettung seit über 50 Jahren die Notfallmedizin kontinuierlich weiter. In den Möglichkeiten der Telemedizin sehen wir große Chancen und testen daher selbst verschiedene Formen der Integration dieser Zukunftstechnologie in den Alltag der luftgebundenen Notfallmedizin. Daher begrüßen wir die Berücksichtigung zukünftiger moderner Versorgungskonzepte in den Reformvorschlägen ausdrücklich.

## Anmerkungen zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Bundestagsdrucksache 20/13166 vom 02.10.2024):

- *Artikel 1, Änderung SGB V, Nummer 7:*  
Die Aufnahme der Rettungsdienste in das gemeinsame Landesgremium gemäß § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V begrüßen wir ausdrücklich.
- *Artikel 1, Änderung SGB V, Nummer 11:*  
Die Etablierung der Integrierten Notfallzentren mit einem gemeinsamen Tresen der Notaufnahme und einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung ist aus unserer Sicht zu begrüßen. Gerade in ländlichen Regionen ist davon auszugehen, dass Notfallpatientinnen und -patienten häufiger in spezialisierte Krankenhäuser weiterverlegt werden müssen. Hierbei kann die Luftrettung einen erheblichen Zeitvorteil gegenüber dem bodengebundenen Rettungsdienst zum Wohle der Patientinnen und Patienten bringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein ressourcen- und zeitintensive bodengebundene Zwischentransport zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einem möglicherweise weiter entfernten Landeplatz nicht notwendig ist, da es direkt am Integrierten Notfallzentrum eine Landemöglichkeit gibt. Daher folgender Ergänzungsvorschlag:
  - § 123a Absatz 1, Satz 2, Nummer 6 (neu):  
6. an den Standorten eines Integrierten Notfallzentrums ein Landeplatz gemäß § 6 LuftVG oder wenigstens eine Landestelle (Public Interest Site) gemäß § 25 LuftVG für Luftrettungsmittel vorhanden sein muss.

## Anmerkungen zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der SPD, BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Ausschussdrucksache 20(14)231.1 vom 01.11.2024):

- *Zu Artikel 1, Punkt 2: § 30 Absatz 2 bis 4:*  
Die Definitionen der medizinischen Notfallrettung, des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalles, des Notfallmanagements und der notfallmedizinischen Versorgung begrüßen wir.
- *Zu Artikel 1, Punkt 3: § 60 Absatz 1 Satz 2 & Absatz 3 Satz 1:*  
§ 30 Absatz 5 definiert verschiedene Notfalltransportarten. Hiervon sind jedoch zeitlich mit etwas mehr Vorlauf planbare Sekundärtransporte, z.B. arztbegleitete Intensiv- und Interhospitaltransporte abzugrenzen. Gerade mit Blick auf die kommenden Änderungen in der Krankenhauslandschaft und knappere Intensivbehandlungskapazitäten werden längere Sekundärtransporte häufiger anfallen. Dabei ist oft auf Grund des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ein schneller oder besonders schonender Transport unter Aufrechterhaltung der Intensivtherapie (z.B. Beatmung, ECMO) durch ein speziell ausgestattetes Rettungsmittel erforderlich. Daher sollte die Luftrettung in dem zukünftigen Gesetz Beachtung finden. Unsere Vorschläge hierfür:

- **§ 60 Absatz 1 Satz 2:**  
Welches bodengebundene Fahrzeug oder Luftrettungsmittel genutzt werden kann, ...
  - **§ 60 Absatz 3 Satz 1:**  
...Betreuung, die in Kraftfahrzeugen oder Luftrettungsmitteln durchgeführt werden, die über die erforderliche medizinische Ausstattung für notfall- und intensivmedizinische Transporte verfügen.
- **Zu Artikel 1, Punkt 7: §133:**  
Wir möchten darauf hinweisen, dass die geforderte Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Vergütung der Notfallrettung gerade in Zeiten knapper Kassen sinnvoll sind. Jedoch gilt es auch hochqualifiziertes Personal und hohe Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu erfüllen, damit Patientinnen und Patienten erfolgreich geholfen werden kann. Dabei sollte der Gesetzestext widerspiegeln, dass bei Abschluss entsprechender Vereinbarungen, bereits durch das vollzogene wettbewerbsrechtliche Vergabeverfahren durch den nach Landesrecht zuständigen Auftraggeber bzw. Träger die Wirtschaftlichkeit bereits in ausreichendem Maße begründet wird. Folgend warnen wir davor, dass mit der reinen Erklärung einer intransparenten Bemessung des Entgeltes die Tür zur Festbestbetragsfestsetzung durch die Kostenträger geöffnet wird. Darüber hinaus wäre in Anbetracht der überwiegend gemeinnützigen Leistungserbringer ein Kostendeckungsprinzip wünschenswert, um die Sicherstellung auch im Rahmen von Dienstleistungskonzessionen zu garantieren.

Die Festsetzung von Festbeträgen ist augenscheinlich für die Durchführung öffentlicher Aufträge (Submission) vorgesehen. Dennoch ist zu befürchten, dass die vorgegebenen Maßstäbe aus § 133 Absatz 3 Satz 2 durch die Sozialversicherungsträger auch bei Vereinbarungen nach § 133 Absatz 1 und 2 Anwendung finden, sodass es hier für die meist gemeinnützigen Leistungserbringer in Bezug auf Investitionskosten und Reservevorhaltung zu einer nachteiligen Risikoverteilung führen kann. Die Leistungserbringer stehen in dieser Frage zwischen den Seiten der Auftraggeber bzw. Träger und den Sozialversicherungsträgern.  
Weiterhin sollte es für die in vielen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Experimentierklauseln Finanzierungsmöglichkeiten geben.

In Fällen, bei denen noch keine Einigung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erzielt wurde, muss sichergestellt sein, dass stets eine Vergütung erfolgen muss, um das Funktionieren einer verlässlichen Notfallrettung nicht zu gefährden. Schließlich sollte die Regelung im §133 ein Schlichtungsinstrument bundeseinheitlich vorsehen.

- **Zu Artikel 1, Punkt 8: § 133a Absatz 4 (neu):**  
Gerade da in manchen Ländern die Vermittlung und Disposition von Intensivtransporten nicht geregelt ist, sollten diese hier der Vollständigkeit halber mit aufgelistet werden:
- **§ 133a Absatz 4 (neu) Satz 1:**  
... vermitteln Kranken- und Intensivtransporte, soweit Landesrecht nichts...

- *Zu Artikel 1, Punkt 9: § 133b Absatz 2:*

Die Schaffung eines Qualitätsausschuss Notfallrettung wird von uns ausdrücklich begrüßt. Oft hören einheitliche Standards an Kreis- oder Ländergrenzen auf. Durch einheitliche Qualitätsstandards kann die länderübergreifende Zusammenarbeit erheblich verbessert werden.

In Absatz 2 wird die Besetzung des Ausschusses definiert. Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, dass neben den Ländern, auch praktischer und operativ rettungsdienstlicher sowie notärztlicher Sachverstand in diesem neuen Gremium vertreten sind. Insbesondere eingedenk dessen, dass die Empfehlungen des Qualitätsausschusses maßgeblich für die Finanzierung des Rettungsdienstes werden dürfen. Ggf. sollte deshalb die Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder des Ausschusses angepasst bzw. erhöht werden. Wir schlagen folgende Ergänzung vor:

- *§ 133b Absatz 2 Satz 4 (neu); bisheriger Satz 4 und folgende schließen an:  
...Bundesministerium für Gesundheit ernannt. Dabei ist sicherzustellen,  
dass neben Vertreterinnen und Vertretern der Länder auch als stimmberech-  
tigte Mitglieder im Qualitätsausschuss Notfallrettung Angehörige aller Leis-  
tungsbereiche (Leitstellen, bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung  
und Notarzdienst) vertreten sein müssen. Wird von dem Vorschlagsrecht  
Gebrauch...*

- *Zu Artikel 1, Punkt 9: § 133b Absatz 3:*

Die Möglichkeit der Hinzuziehung von Expertinnen und Experten zum Qualitätsausschuss Notfallrettung wird begrüßt. Jedoch werden im Änderungsantrag nur sachverständige Personen, Fachgesellschaften und maßgebliche Spitzenverbände genannt. Die Strukturen der Rettungsdienste und Hilfsorganisationen werden hier bisher nicht berücksichtigt, ebenso bleiben Besonderheiten der Luftrettung unberücksichtigt. Wir schlagen folgende Ergänzung vor:

- *§ 133b Absatz 3 Satz 4:  
Er kann jederzeit sachverständige Personen sowie Fachinstitute hinzuzie-  
hen und ist verpflichtet, vor Beschluss der Empfehlungen geeignete Fach-  
gesellschaften und die maßgeblichen Spitzenverbände sowie maßgebliche  
Leistungserbringer im Rettungsdienst und der Luftrettung gutachterlich ein-  
zubinden.*

- *Zu Artikel 1, Punkt 9: § 133c:*

Empfehlungen für Struktur- und Prozessqualitätsparameter in der medizinischen Notfallrettung begrüßen wir sehr. Gerade mit Blick auf die oft überregional agierende Luftrettung sind einheitliche Prozesse und Strukturen, wie auch Qualitätsparameter sehr sinnvoll. Die Empfehlungen für das Notfallmanagement und den Leitstellen möchten wir an zwei Punkten ergänzen, daher die folgen hier unsere Anregungen für Ergänzungen im Absatz 2:

- *§ 133c Absatz 2 Nummer 6:  
der Auswahl von bedarfsgerechten Einsatzmitteln (Disposition) und Maß-  
nahmen zur georeferenzierten Disposition anhand des aktuellen Einsatzmit-  
telstandorts,*

- § 133c Absatz 2 Nummer 7:  
der Nutzung standardisierter und vernetzter Einsatzleitsysteme (Leitstellensoftware) zur ermöglichen einer landkreis- und länderübergreifenden georeferenzierten Alarmierung von Einsatzmitteln einschließlich der Bereitstellung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen ohne Medienbrüche,
- Zu Artikel 1, Punkt 9: § 133c Absatz 3 Nummer 2:  
Es ist aus unserer Sicht sehr zu begrüßen, dass der Katalog des Qualitätsausschusses auch explizit die Prähospitalzeit benennt. Gerade eine frühzeitige Alarmierung der richtigen Rettungsmittel für die Patientenversorgung am Einsatzort, aber auch schon vorausschauend für den Transport in eine geeignete Klinik spart im Sinne unserer Next-Best-Strategie wertvolle Zeit für die Patientinnen und Patienten.
- Zu Artikel 1, Punkt 9: § 133d:  
Eine digitale Erhebung und Speicherung der Patientendaten sind sehr wünschenswert. Hierbei ist aus unserer Sicht darauf zu achten, dass die Schnittstellen medienbruchfrei sind. Dieser wichtige Punkt darf nicht an Finanzierungsfragen und Datenschutz- sowie Sicherheitsproblemen scheitern.

### **Weitere Anmerkungen und Anregungen für weitere Änderungsanträge die in das Gesetzesvorhaben aufgenommen werden sollten**

- Einführung eines neuen § 1c in das Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung:  
Regelmäßig kommen die **Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung** aus Krankenhäusern. Diese Kooperation der Krankenhäuser mit den Leistungserbringern im Rettungsdienst ist nicht nur historisch gewachsen, sondern vielmehr auch im Sinne der Patientinnen und Patienten gewollt und unerlässlich. Durch den regelmäßigen und überwiegenden Einsatz in der Klinik wird gewährleistet, dass Ärztinnen und Ärzte auch bei selteneren medizinischen Verfahren laufende Praxiserfahrung haben. So ist beispielsweise das Intubieren von Kindern im Rettungsdienst glücklicherweise nicht allzu häufig nötig, in der Klinik kommt dies im Rahmen von Operationen häufiger vor. Der Erhalt dieser Kompetenzen und Routinen und auch die Möglichkeit so Neuerungen und Innovationen aus der Klinik in den Rettungsdienst zu bringen, sind aus unserer Sicht unabdingbar und wichtig für eine moderne Notfallmedizin.  
Nicht alle Landesrettungsdienstgesetze sehen spezielle Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsdienst vor. Hier greift dann die aktuelle Gesetzeslage im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz, welche eine Zwangspause im Rettungsdienst nach maximal 18 Monaten Notarztdienst für Ärztinnen und Ärzte aus Kliniken von drei Monaten vorsieht. Für uns bedeutet dies in Zeiten des Fachkräftemangels einen höheren Personal- und auch Trainingsaufwand, da wir einen größeren Personalpool planen müssen, um diese Aussetzungszeiträume zu kompensieren, was zu höheren Aufwendungen für die Kostenträger und damit

für alle Bürgerinnen und Bürger führt. Auch der bürokratisch-administrative Aufwand für alle Beteiligten ist nicht unbedeutend. Daher folgender Vorschlag:

- **§ 1c Ausnahmen im Notärztlichen Dienst AÜG (neu):**  
Dieses Gesetz ist nicht anzuwenden, soweit die Arbeitnehmerüberlassung von Ärztinnen und Ärzten oder Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern oder Fachpflegepersonal für den Einsatz im Rettungsdienst betroffen ist.

- Verbesserungen bei luftrechtlichen Regelungen für die Luftrettung:  
Die operative Arbeit aller Luftretter in Deutschland würde erleichtert, wenn im **Luftverkehrsgesetz der bürokratische Aufwand für Außenlandungen, die zur Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft der Luftrettung dienen, reduziert** würde. Grundsätzlich unterliegen Starts, Flüge sowie Landungen auch bei Luftrettungsmitteln einem Flugplatzzwang. Ausgenommen sind dabei Flüge bei Gefahr für Leib oder Leben, bzw. unter einer Genehmigung gem. SPA.HEMS.100, also Notfalleinsätze der Luftrettung (Landung am Einsatzort oder an einer Klinik). Jedoch fällt eine Landung des Rettungshubschraubers auf einem geschlossenen Flugplatz bei Nacht auf dem Rückweg von einem Einsatz zum Auftanken nicht in diese Ausnahme. Äußerstenfalls würde dies dazu führen, dass der Rettungshubschrauber nicht mehr für Folgeeinsätze verfügbar wäre. Genauso wenig sind (Trainings- oder Check-) Flüge zur Aufrechterhaltung der Fähigkeiten der Besatzungsmitglieder, z.B. die Nachtlandungen oder Windenverfahren alle 90 Tage für den Piloten, nicht darüber abgedeckt. Hierzu kann das Luftfahrtunternehmen bei der jeweils zuständigen Landesluftfahrtbehörde eine Allgemeinerlaubnis für solche Starts und Landungen beantragen. Diese ist jedoch zeitlich befristet und individuell für das Luftfahrtunternehmen ausgestellt. Je nach Sitz des Luftfahrtunternehmens und der jeweils föderal zuständigen Behörde sind die Allgemeinerlaubnisse unterschiedlich formuliert. Auch wäre ein geringerer Dokumentationsaufwand für Außenlandungen wünschenswert. Dieser administrative und bürokratische Aufwand könnte durch eine durch eine bundeseinheitliche Ergänzung im §25 des LuftVG erheblich reduziert werden:
- **§25 Absatz 2 Nummer 4 LuftVG (neu):**  
Es sich um Starts, Flüge und Landungen im Zusammenhang mit medizinischen Hubschraubernoteinsätzen oder zur Aufrechterhaltung des Einsatzbetriebes von Luftfahrtunternehmen mit einer Genehmigung gemäß Anhang V SPA. HEMS. 100 der Verordnung (EU) Nr. 965/2012 der Europäischen Kommission vom 5. Oktober 2012 zur Festlegung technischer Vorschriften und von Verwaltungsverfahren in Bezug auf den Flugbetrieb gemäß der Verordnung (EG) Nr. 216/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in der jeweils geltenden Fassung handelt.
- Mit Blick auf die in der Zukunft bedeutendere Rolle der Luftrettung in der medizinischen Notfallversorgung wären **schnellere Planungs- und Umsetzungszeiten für Landeplätze von Luftrettungsmitteln** erstrebenswert. Aktuell unterliegen Landeplätze an Kliniken und an Luftrettungsstationen denselben Lärm- und Umweltauflagen wie alle anderen zivilen Landeplätze auch. Dies führt teilweise zu sehr langwierigen Genehmigungsverfahren, die nicht im Sinne der Notfallpatienten sind. Landeplätze für die Luftrettung bzw. HEMS Operationen im Sinne der

VERORDNUNG (EU) Nr. 965/2012 Der Kommission vom 5. Oktober 2012, Anhang 1, Begriffsbestimmungen Nr. 55: HEMS Flug (bzw. in der neuen Fassung ab 24. Mai 2024 Nr. 61) dienen in erheblichem Maße dem öffentlichen Interesse einer optimalen medizinischen Notfallversorgung der gesamten Bevölkerung in Stadt und auch im ländlichen Bereich. Daher sollte das gesamte Genehmigungsverfahren stets den Zweck des Landesplatzes an einem Krankenhaus oder einer Luftrettungsstation im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 965/2012 Der Kommission vom 5. Oktober 2012, Anhang 1, Begriffsbestimmungen Nr. 53: HEMS Betriebsstandort (bzw. in der neuen Fassung ab 24. Mai 2024 Nr. 62), das überragende öffentliche Interesse für die Nutzung durch die Luftrettung zur Rettung von Menschenleben, im Fokus stehen. Mit Blick auf die Bürokratie und lange Verfahren ist hier eine Verfahrensbeschleunigung durch eine Fristsetzung eine Option, damit zukünftigen Notfallpatientinnen und Patienten schneller optimal geholfen werden kann. Auch wären einheitliche grundsätzliche Regelungen zu Abständen zu Wohnhäusern, Anflugrouten, Mindestflughöhen für Landeplätze für HEMS Operationen in der Praxis für die Bürgerinnen und Bürger transparenter und das gesamte Projekt zügiger umsetzbar. Bei der Abwägung der verschiedenen Rechtsgüter der Raumordnung, des Naturschutzes, der Landschaftspflege und des Städtebaus sowie des Lärmschutzes sollte auch eine Abwägung des Nutzungszweckes des Vorhabens zur Rettung von Menschenleben berücksichtigt werden. Als Regelungsort würden wir hier den § 6 LuftVG als Satz 2 in der bestehenden Nummer 2 vorschlagen.

- **§ 6 Absatz 2 Satz 2 LuftVG (neu):**

Sofern es sich um eine Genehmigung für einen Landeplatz der Luftrettung an einem Krankenhaus oder um eine Luftrettungsstation handelt, so ist auf Grund des überragenden öffentlichen Interesses zur Rettung von Menschenleben ein beschleunigtes Genehmigungsverfahren anzuwenden, welches innerhalb von vier Monaten nach Eingang des Antrags abzuschließen ist und dabei eine Abwägung des Nutzungszweckes zur Rettung von Menschenleben gegenüber den Erfordernissen der Raumordnung, des Naturschutzes, der Landschaftspflege und des Städtebaus sowie des Lärmschutzes vorzunehmen ist.

- Schließlich würde auch eine **deutschlandweite (zentrale) Datenbank für Hubschrauberlandeplätze** ein großes Plus an Sicherheit und Effizienz für die Luftrettung bringen. Bisher führt jeder Luftrettungsbetreiber eigenständig eine solche Liste, d.h. es wird in Deutschland mehrfach derselbe Aufwand betrieben. Eine verbindliche und einheitliche zentrale Veröffentlichung der Landeplätze im Luftfahrt-Handbuch der Flugsicherung (API) würde hier Abhilfe schaffen. Diese Daten könnten dann auch als Merkmal im Bundes-Klinik-Atlas veröffentlicht werden und so auch Leitstellen sowie Kliniken die Patientenverlegungen planen zur Verfügung stehen.

## Fazit

Die Ansätze und Vorschläge für eine Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes gehen begrüßt werden als DRF Luftrettung ausdrücklich. Jedoch sollte den wichtigen Detailfragen genügend Raum für sinnvolle Lösungen gegeben werden. Gerade **der Luftrettung wird durch die Regierungskommission vor dem Hintergrund der sich ausdünnenden Kliniklandschaft eine bedeutendere Rolle bei komplexen notfallmedizinischen Fällen zugedacht**. Damit wir diese anspruchsvolle Aufgabe auch leisten können, **müssen** von Seiten des Gesetzgebers und der Träger des Luftrettungsdienstes auch **die weiteren Rahmenbedingungen angepasst** werden, um die Verfügbarkeit der Luftrettung zu erhöhen. So könnten durch die Einführung des sog. „**Point-in-Space**“-Verfahrens (**PinS**) erheblich mehr Einsätze bei schlechten Witterungsbedingungen geflogen werden. Auch die **bedarfsgerechte Erweiterung der Einsatzbereitschaft zahlreicher Luftrettungsstationen** in Deutschland in die dunklen Stunden **in den Tagesrandzeiten** bzw. ein weiterer **Ausbau des 24-Stunden-Luftrettungsnetzes sowie Innovationen bei Technik und Verfahren wie Heliblut** können das System des Rettungsdienstes sinnvoll ergänzen und die notfallmedizinische Versorgung gerade im ländlichen Raum deutlich verbessern. Da bei einer Zentralisierung von Leistungen und Spezialisierung von Kliniken damit gerechnet werden muss, dass die Luftrettung verstärkt für Interhospitaltransporte benötigt werden wird, sollte bei der Krankenhausplanung auch die erforderliche Landeplatzinfrastruktur bedacht werden.

Weitere detaillierte Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der luftgebundenen Notfallversorgung haben wir bereits in unserem **Positionspapier „Bessere Chancen für Patientinnen und Patienten durch die Luftrettung“** anlässlich der Vorschläge der Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung vom 07. September 2023 im November 2023 in Berlin vorgestellt.<sup>1</sup> Zusätzlich verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes vom 30. April 2024 an das Bundesministerium für Gesundheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Krystian Pracz  
Vorstandsvorsitzender

<sup>1</sup> <https://www.drf-luftrettung.de/mediacenter/newsberichte/drf-luftrettung-fordert-verbesserungen-in-der-luftrettung>

Herausgeber und Kontakt:

**DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG**

Rita-Maiburg-Straße 2

70794 Filderstadt

T +49 711 7007-7000

F +49 711 7007-2349

[painfo@drf-luftrettung.de](mailto:painfo@drf-luftrettung.de)

[www.drf-luftrettung.de](http://www.drf-luftrettung.de)

Foto: DRF Luftrettung

Aktuelles Kartenmaterial mit einer Übersicht der deutschen Luftrettungsstationen und das Positions-  
papier der DRF Luftrettung für eine bessere Luftrettung in Deutschland sind [hier](#) abrufbar.

Die DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG ist im Lobbyregister des Deutschen Bundestages  
unter der Registernummer R006259 eingetragen.