

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)172(9)

gel. VB zur öffent. Anh. am
17.01.2024 - Notfallversorgung
15.01.2024

DRF Luftrettung
Menschen. Leben. Retten.

STELLUNGNAHME

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



anlässlich der
Anhörung zur Notfallversorgung
vor dem Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages
am 17. Januar 2024

Bundestags-Drucksachen:
20/7194; 20/5364; 20/8871

„Menschen. Leben. Retten“

Dieses Motto hat sich die gemeinnützige DRF Luftrettung seit ihrem ersten Luftrettungseinsatz am 19. März 1973 zum Ziel gesetzt. Dabei steht bei all unserem Handeln die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten in medizinischen Notlagen im Fokus. Dies gelingt nur, wenn alle Akteure, vom Ersthelfer über die Notrufleitstellen und den Rettungsdienst, bis zu den Krankenhäusern, aber auch alle anderen Beteiligten im Gesundheitssystem, wie z.B. Träger und Kostenträger, die medizinische Versorgung von Menschen als Gemeinschaftsleistung betrachten.

Aus diesem Grunde begrüßen wir als DRF Luftrettung alle aktuellen Bestrebungen, die Notfallversorgung in Deutschland im Sinne der Patientinnen und Patienten zukunftsfähig zu machen und zu verbessern. Gerade mit Blick auf die sich wandelnde Krankenhauslandschaft, gesellschaftliche und demografische Entwicklungen sowie auch auf neue technische Möglichkeiten, erachten wir daher eine bundesweite Reform der medizinischen Notfallversorgung für unabdingbar.

Luftrettung in Deutschland – Status quo

Aktuell im Januar 2024 sind in Deutschland 83 Hubschrauber in der zivilen Luftrettung täglich einsatzbereit. Perspektivisch werden in den kommenden Jahren mindestens 3 weitere zusätzliche Luftrettungsstandorte von den Trägern – meist sind die Bundesländer für die Planung und Vergabe zuständig – etabliert. Diese Luftrettungsmittel werden von vier verschiedenen Organisationen (ADAC Luftrettung, Johanniter Unfallhilfe, Bundesministerium des Inneren sowie der DRF Luftrettung) betrieben. Es wird häufig zwischen den klassischen Rettungshubschraubern (für primäre Notfalleinsätze) und den Intensivtransporthubschraubern (für primäre Notfalleinsätze sowie für sekundäre Verlegungsflüge von Klinik zu Klinik) unterschieden. Der typische Einsatzradius eines Hubschraubers beträgt rund 60 km um die Luftrettungsstation, was ca. 15 Minuten Flugzeit entspricht. Alle Hubschrauber der Luftrettung sind mit Pilotin oder Pilot, speziell für die Luftrettung geschulten und langjährig erfahrenen Notfallsanitäterinnen und -sanitätern sowie mit notfall- und intensivmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten besetzt. Von diesen Hubschraubern sind aktuell 12 Maschinen mit einer Rettungswinde ausgestattet.

Die meisten der 83 Luftrettungsstationen sind täglich nur von 7 Uhr morgens bis zum Sonnenuntergang im Dienst. Nur 16 dieser 83 Standorte sind rund um die Uhr (24/7/365) für medizinische Notfälle auch in der Nacht einsatzbereit. Weiterhin sind erst einige wenige der Tagstationen zusätzlich in den Randzeiten am Morgen und abends nach Sonnenuntergang im Dienst.

2022 gab es über 14 Millionen Einsätze von Rettungsmitteln (KTW, RTW, NEF, NAW, RTH, ITH). Davon waren 114.318 Einsätze¹ der Luftrettung (GKV- und PKV-Versicherte). Allein bei den gesetzlichen Versicherten gab es 2022 2,2 Millionen Notarzteinsätze des bodengebundenen Rettungsdienstes, dem gegenüber stehen 88.393 Luftrettungseinsätze mit gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten². Innerhalb der GKV werden die Kosten des gesamten Rettungsdienstes in den Fahrtkosten berücksichtigt und machen im Gesamtbudget 2022 nur rund 3% aller Kosten aus³.

Wir haben als DRF Luftrettung vor wenigen Wochen das **Positionspapier „Bessere Chancen für Patientinnen und Patienten durch die Luftrettung“** veröffentlicht. Darin machen wir detaillierte Vorschläge, wie die Luftrettung Deutschlands noch besser Menschen in medizinischen Notlagen zur Seite stehen kann. Sie finden das Positionspapier **als Anlage** dieser Stellungnahme **beigefügt**. Die wichtigsten Punkte aus dem Positionspapier heben wir hier in der Stellungnahme hervor.

¹ Eigene Berechnung

² Gesundheitsberichterstattung des Bundes; KG 2-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit

³ GKV-Spitzenverband, Quelle Amtliche Statistik KJ 1

Zeit als entscheidender Faktor

Für das Überleben von Patientinnen und Patienten mit schwersten Verletzungen oder Erkrankungen spielt der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle. Experten sehen daher die anzustrebende Dauer der gesamten **Prähospitalzeit** für Tracerdiagnosen (plötzlicher Kreislaufstillstand, Schlaganfall, schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schwerverletzte/Polytrauma, Sepsis) bei **60 Minuten** vom Eingang des Notrufes bis zur Aufnahme in einer geeigneten Klinik⁴.

Deshalb sollte sich eine Reform der Notfallversorgung im Sinne aller künftigen Patientinnen und Patienten daran orientieren, dass jedem Menschen die optimale Hilfe innerhalb der für das Krankheitsbild entsprechenden Eile erfolgt. Je schneller und professioneller die notfallmedizinische Versorgung durch alle Beteiligten der Rettungskette ist, desto besser sind die Genesungschancen für die Patientinnen und Patienten und somit auch die Folgekosten geringer für das gesamte deutsche Sozialsystem.

Übergreifende Planungen und alte Strukturen aufbrechen

Bereits bei der Planung der Gesundheitsversorgung muss über die isolierte Betrachtung einzelner Bereiche hinweggedacht werden. So interagieren die verschiedenen Bereiche eng miteinander und müssen daher ganzheitlich betrachtet werden. Dabei müssen sowohl die Krankenhauslandschaft, Leitstellen, ambulante Versorgung, bodengebundener Rettungsdienst – als auch die Luftrettung – immer als verknüpftes System betrachtet werden, in dem sich die einzelnen Faktoren gegenseitig beeinflussen und im Optimalfall sinnvoll ergänzen. Beispielsweise ist für die planerische Aufstellung des Rettungsdienstes die Struktur und Leistungsfähigkeit der regionalen Krankenhauslandschaft von zentraler Bedeutung und sollte immer von Beginn an mitgedacht werden.

Luftrettungsmittel haben den Vorteil, größere Regionen abdecken zu können. Da jedoch meist die Bundesländer für die Planung der Vorhaltung zuständig sind, hört die Planung an der Landesgrenze auf. Ähnliches kommt auch im bodengebundenen Rettungsdienst oftmals vor. **Daher ist eine überregionale, länderübergreifende, ggf. sogar internationale Planung der Rettungsmittelvorhaltung aus unserer Sicht sinnvoll.**

Ebenfalls sollten bei der Planung Entwicklungen bei der Einsatztaktik und den Einsatzmitteln berücksichtigt werden. So waren früher auf Grund von technischen Gegebenheiten Intensivtransporte oft nur mit größeren Hubschraubern als den damals üblichen Rettungshubschraubern möglich. Heutzutage sind zahlreiche der in der Luftrettung eingesetzten Hubschrauber in der Lage, beide Einsatzspektren (Primär- wie auch Sekundäreinsätze) ohne Einschränkungen abzudecken. Daher ist die historisch gewachsene Unterscheidung zwischen einem Rettungstransporthubschrauber (RTH) und einem Intensivtransporthubschrauber (ITH) nicht mehr zeitgemäß. **Um Menschen in medizinischen Notlagen so schnell wie möglich optimale Hilfe zukommen zu lassen, sollten alle Luftrettungsmittel im sog. „Dual-Use“-Betrieb geplant und dementsprechend ohne Zeitverzug der nächstmögliche Hubschrauber disponiert werden können.** Dabei spielt es für die Patientinnen und Patienten keine Rolle, ob nun ein klassischer RTH oder ein ITH in der Not zur Stelle ist, da sowohl die technische Ausstattung als auch die Qualifikation der medizinischen Besatzung beide Einsatzszenarien ermöglichen.

Digitalisierung und Vernetzung

Moderne Technik bietet zahlreiche Chancen, die notfallmedizinische Versorgung im Land zu verbessern. Dies beginnt allen voran bei den Leitstellen, die in der Zukunft eine noch wichtigere Rolle spielen werden. Zum einen als Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger in Not, zum anderen als Gehirn des Rettungsdienstes und der anderen Hilfsorganisationen sowie schließlich auch als

⁴ Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

Schnittstelle zur ambulanten wie auch stationären Versorgung. Deshalb müssen zukünftig die Leitstellen optimal ausgestattet sein, damit sie all diese Rollen erfüllen können.

Gerade weil wir als Luftretter regelmäßig in verschiedenen Leitstellenbereichen im Einsatz sind, ist es aus unserer Sicht wichtig, dass es **einheitliche Standards**, z.B. **bei Kommunikation und Disposition, und funktionierende Schnittstellen** gibt. Dabei sollten individuelle Insellösungen bei Ausbildung, Software oder Dispositionsgrundsätzen vermieden werden. Dies würde auch in Katastrophenlagen eine einfachere Zusammenarbeit verschiedener Leitstellen erheblich vereinfachen.

Ohne eine strukturierte Notrufabfrage kann keine Leitstelle die passende Hilfe entsenden. Daher sollte es das Ziel sein, alle verfügbaren Daten bei einem Notruf (zu denken ist dabei an Geodaten aus einem Unfallauto, Handyortung und Bild der Handykamera, Umgebungsgeräusche oder auch die digitale Patientenakte) der Leitstelle zur Verfügung zu stellen. Diese könnte u.a. auch mit der Unterstützung durch künstliche Intelligenz die optimale Hilfe für den Menschen in Not schnell veranlassen bzw. an andere Stellen wie den ärztlichen Bereitschaftsdienst direkt verweisen.

Bei der Disposition und der Kommunikation mit den Rettungsmitteln sollten alle Leitstellen georeferenzierte Daten nutzen, um jederzeit ein aktuelles Statusbild der Rettungsmittel in deren Einsatzgebiet zu haben. Dies ist besonders für die Luftrettung von großer Bedeutung, da so auch schnellere Alarmierungen bzw. auch Alarmierungen direkt in der Luft möglich sind.

Die Digitalisierung bietet auch noch weitere Chancen. So wäre eine intelligente Vorhaltung von Rettungsmitteln zur Bereichsabdeckung zu bestimmten Zeiten unter Berücksichtigung der Verkehrslage durch die Nutzung künstlicher Intelligenz denkbar, wodurch die Eintreffzeiten kürzer würden. Ferner kann auch die Telemedizin den Rettungsdienst in manchen Bereichen sinnvoll ergänzen. Durch die Telemedizin und die digitale Dokumentation im Rettungsdienst ist es bereits heute technisch möglich, alle Patientendaten digital an eine aufnehmende Klinik zu übertragen. Jedoch müssen hierfür alle Beteiligten überregional dieselbe digitale Sprache sprechen bzw. kompatible Schnittstellen nutzen. Dies beginnt bei einer stets aktuellen Kapazitätsübersicht der Kliniken für die Leitstellen, geht über die einheitliche Datenerfassung im Rettungsdienst und endet damit, dass Kliniken die Schnittstellen für eine digitale Übertragung der Patientendaten vorhalten.

Next-Best: wertvolle Zeit für das Überleben

Bereits bei Annahme eines Notrufes sollte die Leitstelle die **gesamte präklinische Versorgungsdauer im Blick haben** und die Einsatzmittel so disponieren, dass die Patientin oder der Patient optimal notfallmedizinisch versorgt wird. Dies bedeutet einen Wandel weg von der bisherigen alleinigen Fokussierung auf die Hilfsfrist, also die reine Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes an der Einsatzstelle, hin zur ganzheitlichen Betrachtung der gesamten Prähospitalzeit. Bedauerlicherweise kommt es vor, dass Leitstellen zu einem medizinischen Notfall zunächst nur einen Rettungswagen alarmieren und dann von diesem ein Notarzt nachalarmiert wird, welcher dann einen Rettungshubschrauber für einen Transport in eine Spezialklinik anfordert. Diese sequenzielle Nachalarmierung kostet wertvolle Zeit.

Im Sinne einer schnellen und bestmöglichen Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten sollten Leitstellen daher zukünftig das Meldebild beurteilen sowie anschließend entsprechend vorausschauend alle sinnvollen Rettungsmittel direkt disponieren. Dies können freiwillige Ersthelfer, First Responder und natürlich auch der Rettungsdienst sein. **Wenn das Meldebild einen Notarzteinsatz erfordert, gilt es sowohl den schnellsten Notarztzubringer als auch das schnellste Patiententransportmittel an die Einsatzstelle zu alarmieren. Dabei sollte zeitgleich zum bodengebundenen Rettungsdienst der nächstverfügbare Rettungshubschrauber in dieser frühen Einsatzphase alarmiert werden, wenn zu erwarten ist, dass der Einsatz der Luftrettung einen medizinisch relevanten Vorteil für die Patientin oder den Patienten bringt.**

Gerade mit Blick auf die sich abzeichnenden Veränderungen in der Kliniklandschaft ist zu erwarten, dass die Transport- und Logistikkomponenten im Rettungsdienst an Bedeutung gewinnen werden. Insbesondere in ländlichen Regionen werden sich die Transportwege verlängern. Daher sollte es das Ziel sein, bereits bei der Disposition der Einsatzmittel auch an den Patiententransport in die bestgeeignete Klinik zu denken, um so etwaige spätere Verlegungen in eine Spezialklinik zu vermeiden. Hierbei ist der luftgestützte Transport oft schonender und schneller. Weiterhin ist zu bedenken, dass ein bodengebundener Transport auf Grund der weiteren Wegstrecken eine längere Abwesenheit der Rettungsmittel des bodengebundenen Rettungsdienstes in deren originären Einsatzbereichen verursacht und diese nicht so schnell für mögliche Folgeeinsätze verfügbar sind.

Durch diese „Next-Best“-Strategie kann somit die Eintreff- wie auch die Prähospitalzeit verkürzt, Nachforderungen von Rettungsmitteln vermieden sowie die Patientin bzw. der Patient direkt in die optimale Klinik transportiert werden.

Luftrettung auch in der Dunkelheit

Jetzt im Winter sind die Tage kürzer und ein großer Teil des Lebensrhythmus der Menschen spielt sich nicht bei Tageslicht ab. So liegen Arbeitswege morgens oder abends oft in den dunklen Tagesstunden. Freizeitaktivitäten wie z.B. Sport finden selbstverständlich auch in der dunklen Jahreshälfte statt. Aber auch unabhängig von der Jahreszeit ereignen sich oft auch nachts Unfälle und medizinische Notfälle, die schneller und professioneller Hilfe bedürfen.

Durch den Einsatz von modernen Nachtsichtbrillen ist es heute möglich, auch in der Dunkelheit Luftrettung sicher und ohne Einschränkungen zu betreiben. Während früher oft nur Verlegungsflüge von Klinik zu Klinik nachts möglich waren, sind heute durch immer bessere Technik und Schulung nächtliche Notfalleinsätze abseits von Landeplätzen oder ausgeleuchteten Fußballplätzen problemlos möglich. Sogar nächtliche Windenrettungseinsätze werden bereits in den Alpen durchgeführt.

Von tagsüber insgesamt 83 zivilen Rettungshubschraubern stehen in der Nacht aber nur 16 bundesweit zur Verfügung. Zusätzlich haben aktuell fünf der deutschen Luftrettungsstationen ihre Einsatzbereitschaft in die Randzeiten des Tages verlängert. Nachts stehen folglich die meisten Rettungshubschrauber ungenutzt (nicht einsatzbereit) im Hangar.

Mit Blick auf den sich abzeichnenden Wandel in der Notfallversorgung sollten alle bestehenden Ressourcen genutzt werden, um Menschen im ganzen Land in dringenden medizinischen Notlagen auch nachts zu helfen. **Daher begrüßen wir den Vorschlag der Regierungskommission zum Ausbau der Luftrettung in den dunklen Tagesstunden⁵ durch einen Ausbau des 24-Stunden Luftrettungsnetzes sowie durch die Erweiterung der Einsatzbereitschaft weiterer Stationen in den Tagesrandzeiten.**

Luftrettung auch bei schlechteren Wetterbedingungen

Schlechtes Wetter ist in der aktuellen winterlichen Jahreszeit einer der Gründe, weshalb weniger Menschen durch die Luftrettung geholfen werden kann. Nebel und tiefhängende Wolken können die Sicht für die Crews beeinträchtigen, so dass Einsatzflüge nach den zivilen Sichtflugregeln nicht mehr möglich sind.

Doch auch hier gibt es eine technische Weiterentwicklung, welche die Durchführung von mehr Einsätzen zur Rettung von Menschenleben ermöglichen würde. **Mit dem sog. „Point-in-Space“-Verfahren (PINS) könnten erheblich mehr Einsätze auch bei schlechteren Wetterbedingungen geflogen werden.** Bei diesem Instrumentenflugverfahren kann der Rettungshubschrauber auf einer vordefinierten Route zwischen zwei virtuellen Wegpunkten über einer Landestelle

⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-rettungsdienst-konzept-vor-pm-07-09-23.html>

fliegen. Dieses Verfahren wird bereits in der Schweiz, Norwegen sowie in Dänemark zum Einsatz gebracht.

Für die Einführung des „PinS“-Verfahrens in Deutschland gilt es noch einige Hürden zu überwinden. Eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten (Politik, Träger der Luftrettung, Landeplatzbetreiber, Deutsche Flugsicherung, Luftrettungsunternehmen) ist hierfür erforderlich. **Es bedarf vor allem vereinfachter, schnellerer und klar strukturierter Genehmigungsprozesse sowie auch der Schaffung der nötigen Rahmenbedingungen.**

Landeplätze für die Luftrettung

Damit Rettungshubschrauber ihren Beitrag in der Notfallversorgung leisten können, muss auch die Infrastruktur an den Kliniken vorgehalten werden und möglichst wenig Einschränkungen und Regularien unterliegen. Wenn es vermehrt zu nächtlichen Einsätzen der Luftrettung kommt, müssen die Patientinnen und Patienten auch in eine Klinik geflogen werden. Wenn diese aber auf Grund von Lärmschutzaufgaben nachts nur eingeschränkt angefliegen werden darf, ist dies nicht im Sinne einer optimalen Versorgung.

Viele Kliniken haben keine Landplätze auf dem Dach oder in der unmittelbaren Nähe. Bei einem Patiententransport ist daher an solchen Krankenhäusern immer ein zeitaufwändiger Zwischentransport durch den bodengebundenen Rettungsdienst erforderlich und bindet dessen Ressourcen. Zusätzlich sind das mehrfache Umlagern und der Zeitverlust nicht vorteilhaft für die Patientinnen und Patienten. **Um die der Luftrettung zugeordneten Aufgaben optimal erfüllen zu können, ist daher auch ein Ausbau und die Ertüchtigung der Landemöglichkeiten unerlässlich.**

Weiterhin würde eine **einheitliche Datenbank aller Landeplätze im Luftfahrthandbuch der Deutschen Flugsicherung** allen Luftrettungsbetreibern einen Zugewinn an Sicherheit sowie zügigere Einsatzabläufe, insbesondere nachts und bei Verlegungsflügen, bringen.

Gesamtes Einsatzspektrum eines Rettungshubschraubers nutzen

In Deutschland werden momentan 83 zivile Rettungshubschrauber vorgehalten. Davon fliegen aktuell nur 16 nachts. Mit verhältnismäßig geringem Aufwand ließen sich diese vorhandenen Ressourcen besser zum Wohle aller Menschen in Not nutzen. Eine übergreifende Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der weiteren Faktoren im Gesundheitssystem, mehr Luftrettung in der Nacht und bei schlechteren Wetterbedingungen, eine vorausschauende Disposition sowie digitale Vernetzung der Einsatzmittel und schließlich noch eine Ertüchtigung der Landeplätze an Kliniken sind dabei Ansätze, wie der Baustein „Luftrettung“ das gesamte System der medizinischen Notfallversorgung stärken kann.

Bei der Reformierung der Notfallversorgung sollte daher im Sinne aller künftigen Patientinnen und Patienten ganzheitlich gedacht werden und alle Bereiche von den Leitstellen, über die boden- und luftgebundenen Rettungsdienste bis hin zu den Kliniken aufeinander abgestimmt und ertüchtigt werden.

Anlage

Positionspapier: „Bessere Chancen für Patientinnen und Patienten durch die Luftrettung“



Bessere Chancen für Patientinnen und Patienten durch die Luftrettung

Positionspapier anlässlich der Vorschläge der Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung vom 7. September 2023



Inhalt

Zusammenfassung	4
1. Präambel	6
2. Der Patient im Mittelpunkt	6
3. Luftrettung in Deutschland	7
4. Luftrettung bei Nacht	7
5. Luftrettung, mehr als nur ein schneller Notarztzubringer	11
6. Mehr Effizienz dank moderner digitaler Technik	14
7. Luftrettung auch bei schlechter Witterung	16
8. Ausbau der Landemöglichkeiten für Hubschrauber	17
9. Über die DRF Luftrettung	18
Impressum	20

Zusammenfassung

1. Menschenleben zu retten ist eine **Gemeinschaftsleistung** aller Ersthelfer, Notrufleitstellen, niedergelassenen Ärzte, bodengebundenen Rettungsdienste, der Luftrettung, Krankenhäuser, aber auch der Träger und Kostenträger sowie aller anderen Beteiligten im Gesundheitssystem.
2. Eine **bundesländerübergreifende Bedarfsplanung** für die Standorte der Luftrettung unter Einbeziehung der Krankenhauslandschaft, des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Ausbaus von Telenotarzt-Systemen ist erforderlich. **Eine isolierte Betrachtung und Planung einzelner Bereiche ist aus unserer Sicht nicht zielführend, da sie zur Optimierung der Notfallversorgung planerisch in einem relevanten und interagierenden Verhältnis zueinanderstehen.**
3. Von 83 Luftrettungsmitteln in Deutschland dürfen nur 16 auch in den Nachtstunden zur Verfügung stehen. **Im Sinne einer bundesweit verlässlichen Notfallversorgung erachten wir den Vorschlag der Regierungskommission hinsichtlich der Umstellung zahlreicher Luftrettungsstandorte vom reinen Tagbetrieb hin zu einer 24-Stunden-Einsatzbereitschaft als äußerst empfehlenswert.**
4. Alle Luftrettungsmittel sollten flexibel im so genannten „**Dual-Use**“-Betrieb für primäre und sekundäre Einsätze zur Verfügung stehen, damit Patientinnen und Patienten stets schnell geholfen werden kann. Die Unterscheidung zwischen einem reinen Rettungstransporthubschrauber (RTH) und einem Intensivtransporthubschrauber (ITH) ist nicht mehr zeitgemäß.
5. In der Notfallversorgung sollte die „**Next-Best**“-Strategie konsequent umgesetzt werden, **damit bereits bei der Disposition sowohl der schnellste Notarztzubringer als auch parallel das schnellste Rettungsmittel an den Notfallort für den Transport in die am besten geeignete Klinik alarmiert wird.**

6. Eine **schnelle digitale Kommunikation** der Leitstellen untereinander, aber auch mit den Rettungskräften und den Kliniken spart wertvolle Zeit, die über Leben und Tod entscheiden kann.
7. Mit dem sogenannten **„Point in Space“-Verfahren** (PinS-Verfahren) könnten erheblich mehr der aktuell wegen schlechter Wetterbedingungen abgesagten Einsätze doch geflogen werden.
8. Wir begrüßen den Vorschlag der Regierungskommission, den **Ausbau von Landemöglichkeiten voranzutreiben**. Hier sehen wir vornehmlich die Kliniken und die Träger der Rettungsdienste in der Pflicht.



1 Präambel

Zu Reformen der medizinischen Notfall- und Akutversorgung für die Menschen in Deutschland hat die zuständige Regierungskommission am 7. September 2023 ihre Stellungnahme veröffentlicht. Die DRF Luftrettung begrüßt grundsätzlich die Vorschläge der Expertinnen und Experten der Reformkommission. Im Folgenden legen wir unsere fachliche Einschätzung sowie unsere ergänzenden Ideen für eine bessere Notfallversorgung aus der Luft in Deutschland dar.

2 Der Patient im Mittelpunkt

Für die DRF Luftrettung, deren oberstes Ziel es seit über 50 Jahren ist, Menschen in medizinischen Notlagen schnellst- und bestmöglich zu versorgen, ist es besonders wichtig, dass der Fokus aller kommenden Reformen in der Notfallmedizin auf den Bedürfnissen der Notfallpatientinnen und -patienten liegt. Für bestmögliche Chancen auf deren schnelle Genesung müssen Ersthelfer, Notrufleitstellen, niedergelassene Ärzte, bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung, Krankenhäuser, aber auch die Träger und Kostenträger sowie alle anderen Beteiligten im Gesundheitssystem die **medizinische Versorgung von Menschen** nicht als einzelne Puzzleteile, sondern **als Gemeinschaftsleistung** betrachten.

Potenzielle finanzielle Einsparungen durch mögliche Schließungen von kleineren Krankenhäusern sind entsprechend an anderer Stelle im Gesundheitssystem sinnvoll zu reinvestieren. Zusätzlich **muss** insbesondere der **präklinische Bereich auf die zukünftigen Änderungen vorbereitet und entsprechend ausgestattet werden**. So muss z. B. die medizinische Versorgung vor Ort zukünftig personell, technisch und auch finanziell durch Hausärztinnen und Hausärzte, die Leitstellen, den ärztlichen Notdienst, den Rettungsdienst in Stadt und Land sowie auch die Notaufnahmen der Krankenhäuser so aufgestellt sein, dass die kontinuierliche Verbesserung notfallmedizinischer Versorgung sichergestellt wird. **Insbesondere die Bedeutung der Logistik- und Transportkomponente des Rettungsdienstes wird** mit Blick auf längere Transportwege der (Notfall-)Patientinnen und -patienten zur Klinik und zwischen den Krankenhäusern **zunehmen**, wodurch Investitionen in die Strukturen erforderlich sind.

3 Luftrettung in Deutschland

Im Januar 2024 gibt es in Deutschland 83 notarztbesetzte Rettungs- und Intensivtransporthubschrauber, die im Auftrag der Träger der Luftrettung, meist der einzelnen Bundesländer, vorgehalten werden.

Nach der Alarmierung heben die Rettungshubschrauber bei Notfalleinsätzen innerhalb weniger Minuten ab. Der **typische Einsatzradius eines Hubschraubers beträgt rund 60 km** um die Luftrettungsstation, was rund **15 Minuten Flugzeit** entspricht.

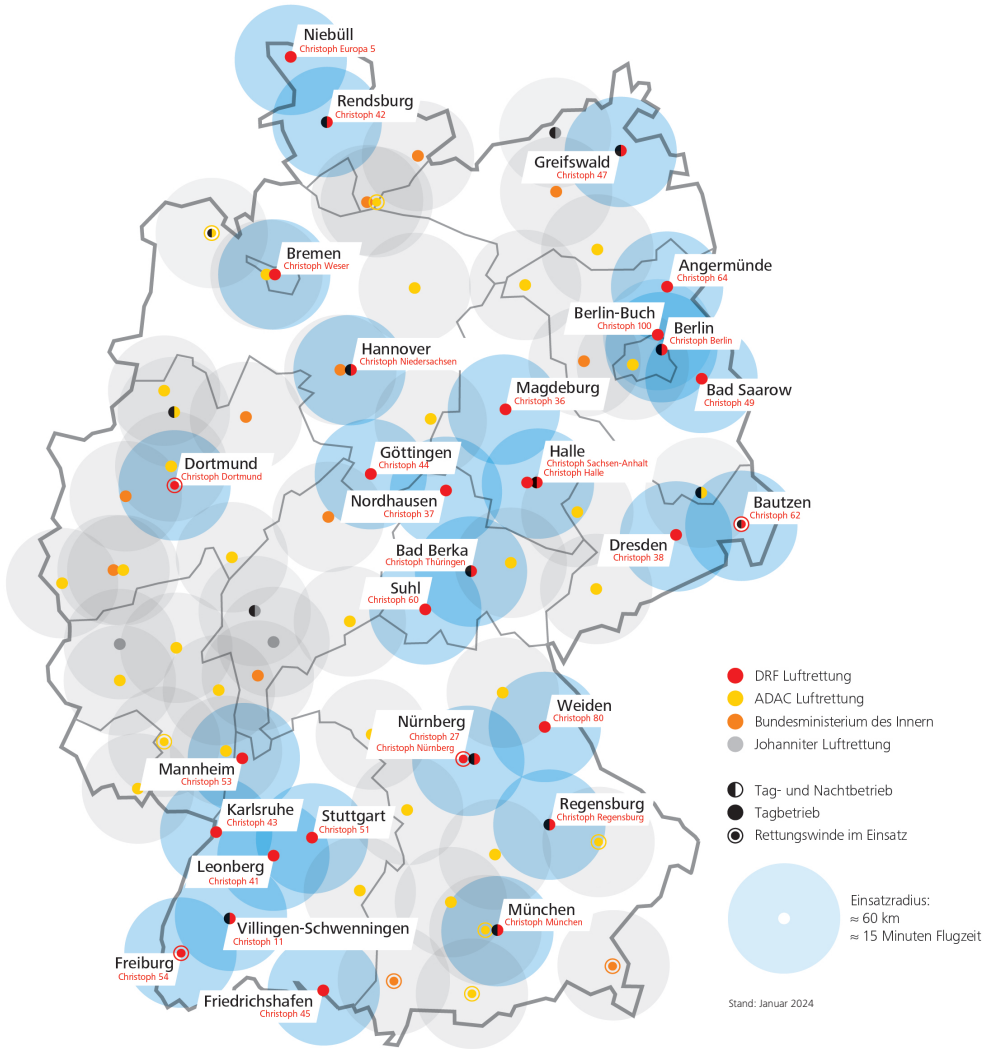
Auf den ersten Blick besteht in Deutschland bereits jetzt eines der besten Luftrettungsnetze der Welt. Jedoch gibt es auf der Landkarte auch über 50 Jahre nach dem ersten Einsatz eines Rettungshubschraubers immer noch weiße Flecken. Daher ist eine bundesländerübergreifende Bedarfsplanung für die Standorte der Luftrettung unter Einbeziehung der Krankenhauslandschaft, des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Ausbaus von Telenotarzt-Systemen erforderlich. Eine isolierte Betrachtung und Planung einzelner Bereiche ist aus unserer Sicht nicht zielführend.

4 Luftrettung in der Nacht

Von 83 Luftrettungsmitteln stehen nur 16 auch in den Nachtstunden zur Verfügung. Sowohl bei Primär- als auch bei Sekundäreinsätzen ist es im Sinne der Patientinnen und Patienten auch **in den Nachtstunden eine bedarfsgerechte Vorhaltung an Luftrettungsmitteln auszubauen**.

An den Luftrettungsstandorten werden höchstqualifiziertes Fachpersonal, hochmoderne Hubschrauber und medizinisches Equipment vorgehalten, die in den wichtigen Nachtstunden nicht genutzt werden. Dabei können **Einsätze bei Dunkelheit durch die Nutzung von Nachtsichtbrillen** (NVIS: night vision imaging system) **heutzutage genauso sicher** durchgeführt werden **wie bei Tageslicht**. Das **gilt für sämtliche Einsätze** in der Dunkelheit, seien es **Verlegungsflüge** von Klinik zu Klinik (Sekundäreinsätze) oder **Notfalleinsätze** (Primäreinsätze).

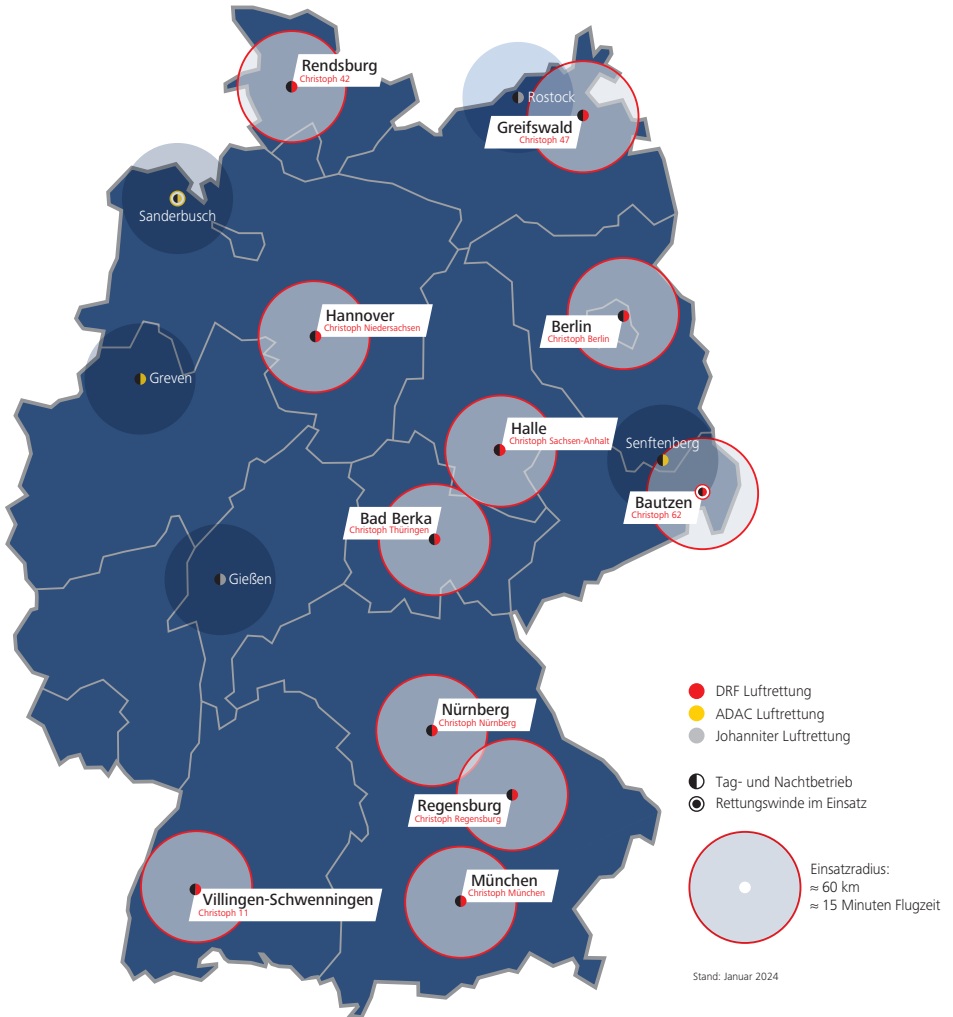
Luftrettungsstationen, die aktuell in Deutschland tagsüber bei Tageslicht einsatzbereit sind.



Aktuelles Kartenmaterial ist [hier](#) oder über den QR-Code jederzeit abrufbar.

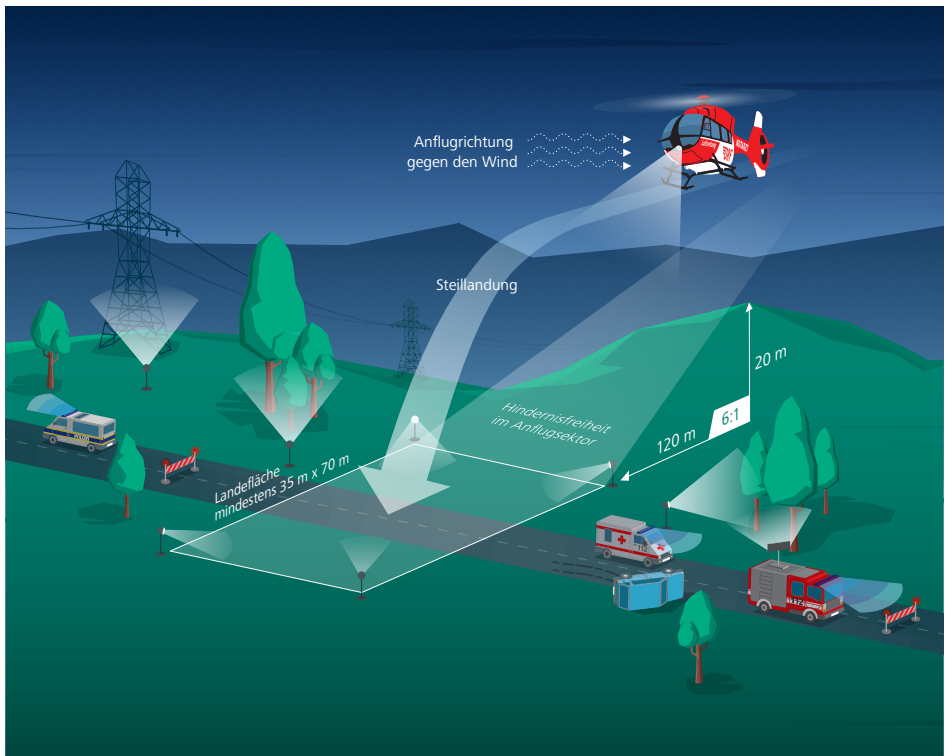


Luftrettungsstationen, die aktuell in Deutschland 24 Stunden, also auch nachts bei Dunkelheit, einsatzbereit sind.



Im Sinne einer bundesweit verlässlichen Notfallversorgung erachten wir daher den Vorschlag der Regierungskommission hinsichtlich der **Umstellung zahlreicher Luftrettungsstandorte vom reinen Tagbetrieb hin zu einer 24-Stunden-Einsatzbereitschaft als äußerst empfehlenswert**. Wir folgen der Auffassung der Autoren des Artikels „Luftrettung maßgeblicher Faktor“ im Ärzteblatt, dass eine solche Ausweitung der 24/7 Luftrettung nicht nur vor dem Hintergrund effizienterer Strukturen in der stationären Notfallversorgung, sondern auch als Teil einer kosten- und fachkräfteschonenderen, präklinischen Notfallversorgung große Vorteile bringen würde¹, was mit der Studie „PrimAIR“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Jahr 2016 für dünn besiedelte Regionen in Deutschland belegt wurde.

Darstellung einer Hubschrauberlandung bei Nacht



¹ Dtsch Arztebl 2023; 119 (18): A 806–12

5 Luftrettung – mehr als nur ein schneller Notarztzubringer

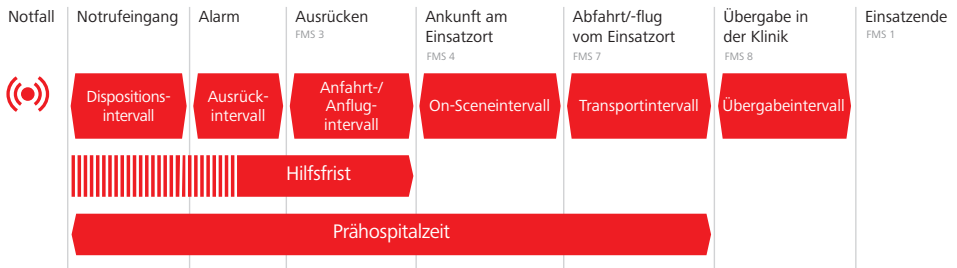
Die Expertinnen und Experten der Regierungskommission schlagen vor, die Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern erheblich auszuweiten und den jetzigen Notarztendienst zu substituieren, damit die ärztlichen Spezialressourcen nur bei komplexen Fällen zum Einsatz kommen. Notärztinnen und Notärzte sollen nur noch in komplexen Fällen überwiegend mit einem Hubschrauber an die Einsatzstellen gebracht werden. Weiter erfüllt ein **Rettungshubschrauber in den Augen der Regierungskommission nicht nur die Funktion eines schnellen Notarztzubringers** in präklinisch besonders **komplexen Fällen, sondern soll Patientinnen und Patienten** besonders in ländlichen Regionen äußerst **zügig und schonend** von der Einsatzstelle oder einer Klinik in **das am besten geeignete Krankenhaus transportieren**.²

Bisher wird in Deutschland häufig zwischen einem klassischen Rettungstransporthubschrauber (RTH) für primäre medizinische Notfalleinsätze sowie den Intensivtransporthubschraubern (ITH) für den sekundären Intensivtransport zwischen Kliniken unterschieden. Diese Unterscheidung nach Einsatzarten der Hubschrauber ist vor allem aus Sicht der zeitkritisch erkrankten oder verletzten Patientinnen und Patienten, aber auch aus einsatztaktischen und wirtschaftlichen Aspekten nicht mehr zeitgemäß. Es ist aus unserer Sicht erstrebenswert, dass alle Luftrettungsmittel in Deutschland gleichermaßen für Primäreinsätze (Notfallrettung) und Sekundäreinsätze (Verlegungstransporte) im „**Dual-Use**“-Betrieb eingesetzt werden. Ziel ist es, dass alle Einsatzarten vom nächstgelegenen, frei verfügbaren Hubschrauber möglichst schnell und ohne Zeitverzug bedient werden können. Die Disposition von Luftrettungsmitteln durch die Leitstellen muss einhergehend mit dem „Dual-Use“-Betrieb der Hubschrauber entsprechend bundesweit angepasst werden.

Der **Faktor Zeit spielt eine entscheidende Rolle für das Überleben** von schwerverletzten oder -erkrankten Patientinnen und Patienten. Bei notfallmedizinischen Ereignissen sind die Eintreffzeit, die Behandlungsdauer an der Einsatzstelle und schließlich die Transportdauer in die bestgeeignete Klinik zu betrachten. All diese Aspekte sind relevante Indikatoren im Rettungsdienst und ergeben in Summe die so genannte Prähospitalzeit.

² www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf

Zeitintervalle der notfallmedizinischen Versorgung



Experten sehen die anzustrebende Dauer der **Prähospitalzeit bei den so genannten Tracerdiagnosen** (plötzlicher Kreislaufstillstand, Schlaganfall, schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schwerverletzte/Polytrauma, Sepsis) **bei 60 Minuten vom Eingang des Notrufs bis zur Aufnahme in einer geeigneten Klinik.**³ Um dies zu erreichen, müssen aus Sicht der DRF Luftrettung alle an der Rettungskette Beteiligten effizient und vorausschauend zusammenarbeiten.

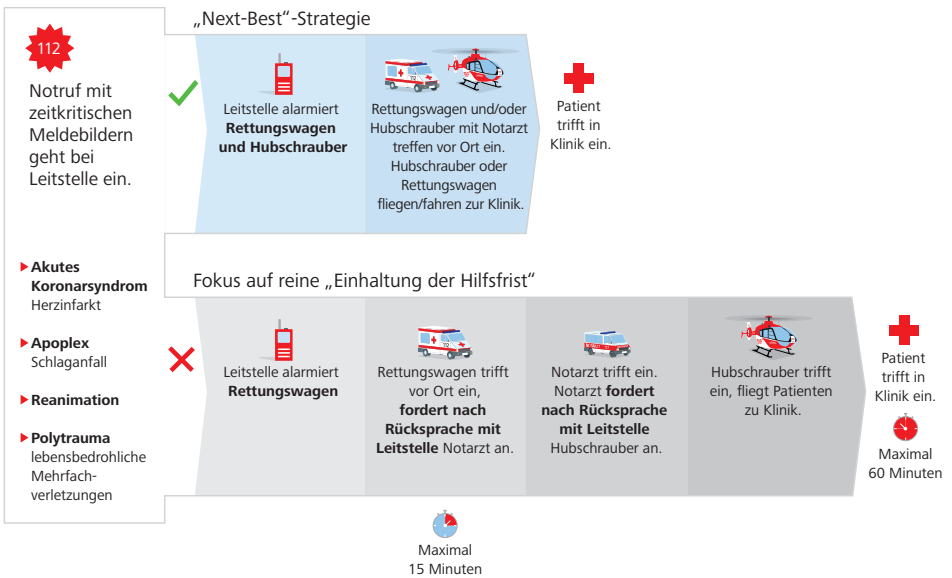
Bei zeitkritischen Diagnosen steigen die Überlebens- und Genesungschancen je kürzer die Prähospitalzeit ist, daher sollte **direkt bei der Disposition und Alarmierung sowohl der schnellste Notarztzubringer als auch schon in dieser frühen Einsatzphase das schnellste Patiententransportmittel in die optimale Klinik durch die Leitstellen berücksichtigt werden.** Durch unsere „Next-Best“-Strategie können potenzielle Zeitverzögerungen durch spätere bzw. sequenzielle Nachalarmierungen verhindert werden.

Für die Leitstellen bedeutet dies insbesondere bei den zeitkritischen Notfallereignissen (Tracerdiagnosen) eine **Abkehr von der reinen Hilfsfristorientierung**, bei der zunächst nur das schnellste Rettungsmittel an die Einsatzstelle entsendet wird, um die vorgegebene Hilfsfrist einzuhalten. Anschließend werden oftmals schrittweise zunächst ein bodengebundener Notarzt und schließlich ein Rettungshubschrauber für den Transport nachgefordert. Bereits bei der Disposition sind deshalb eine **ganzheitliche Betrachtung der gesamten prähospitalen Zeitspanne** und damit deutlich umfassendere Algorithmen im Rahmen der Alarmierung von Rettungsmitteln sowie ihre klare zeitliche Einordnung erforderlich. Gemäß unserer „Next-Best“-Strategie **sollte immer, wenn** auf Grund des Meldebildes zu erwarten ist, dass **ein Rettungs-**

³ Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

hubschrauber durch seine spezifische Ausstattung für die Versorgung oder den Patiententransport **einen medizinisch relevanten Zeitvorteil bringt, die Luftrettung direkt oder parallel zum bodengebundenen Rettungsdienst angefordert bzw. disponiert** werden.

Veranschaulichung der „Next-Best“-Strategie

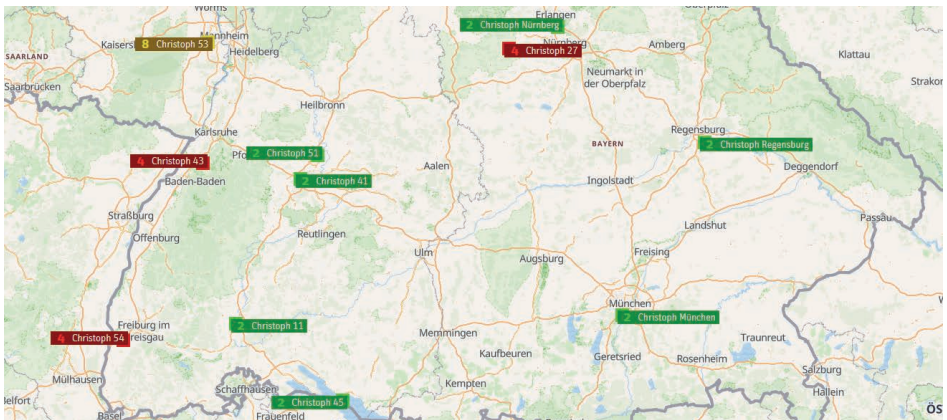


Einhergehend mit der möglichen Konsolidierung der Krankenhauslandschaft wird die **Bedeutung der Transport- und Logistikkomponenten im Rettungsdienst steigen**: Die Notfallpatientinnen und -patienten müssen auch zukünftig schnell in die bestgeeignete Klinik gebracht werden. Für eine rasche und zielgerichtete Versorgung sowie Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten ist es daher erforderlich, dass die **Entscheidung zum Einsatz der Luftrettung direkt oder parallel zur Alarmierung der bodengebundenen Kräfte erfolgt**, da eine sequenzielle Alarmierung der Luftrettung nach Eintreffen und Versorgung durch den bodengebundenen

Rettungsdienst zu erheblichen Verzögerungen führt. Insbesondere in **ländlich geprägten Regionen** ist der Einsatz der Luftrettung ein entscheidender Faktor, denn **dort werden sich Transportwege durch die fortschreitende Konsolidierung der Krankenhauslandschaft perspektivisch verlängern**. Bei der ganzheitlichen Betrachtung sollte gerade im ländlichen Raum auch auf die Sicherstellung der übrigen Notfallversorgung ein besonderes Augenmerk gerichtet werden. **So kann ein luftgestützter Patiententransport** in ein weiter entferntes Zentrum **den bodengebundenen Rettungsmitteln lange Transport- und Umlaufzeiten ersparen** und einen wichtigen Beitrag zur Sicherung einer zeitgerechten Gebietsabdeckung durch die lokalen Rettungsmittel leisten.

6 Mehr Effizienz dank moderner digitaler Technik

Seit dem ersten Luftrettungseinsatz vor über 50 Jahren haben sich die Einsatzarten und folglich auch die Ausstattung der Rettungshubschrauber stetig gewandelt, die Medizintechnik hat sich weiterentwickelt. Hauptarbeitsgeräte der Luftrettung sind Hubschrauber, die für unsere Anforderungen als Luftrettungsorganisation sowohl für die Zuführung der Notärztinnen und Notärzte an die Einsatzstellen als auch für den Patiententransport optimal ausgestattet sind. Viele Maschinen sind zusätzlich in



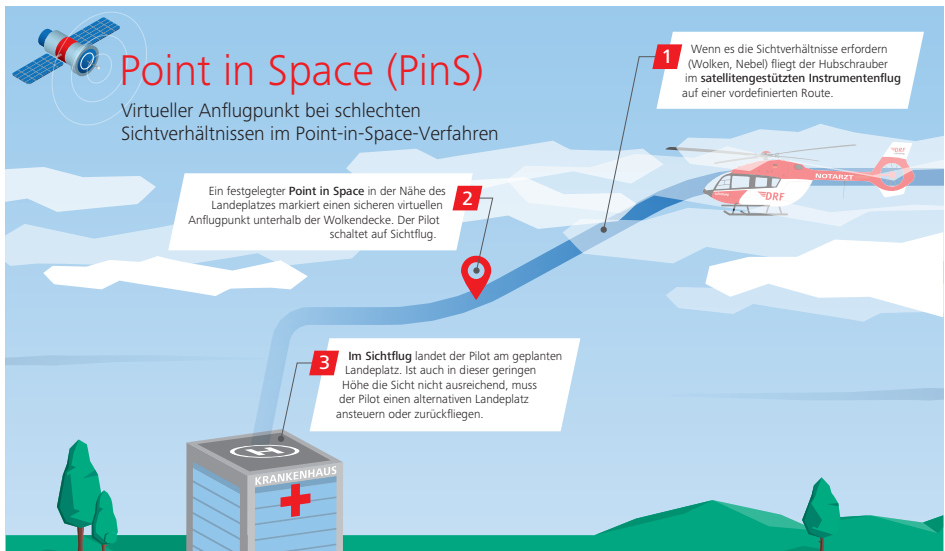
der Lage, an unseren Windenstandorten Einsätze mit einer **Rettungswinde** in unwegsamem Gelände sicher durchzuführen. Moderne Rettungshubschrauber sind inzwischen **fliegende Intensivstationen**. So sind auch mobile Blutgasanalysegeräte, kleine Ultraschallgeräte, Reanimationshilfen und videogestützte Laryngoskope mit an Bord, an vier Stationen führen die rot-weißen Hubschrauber der DRF Luftrettung auch Blutkonserven mit.

Durch die **Digitalisierung** bieten sich zahlreiche neue Möglichkeiten, den Hubschrauber in der Rettungskette noch besser einzusetzen. So sind aus unserer Sicht vernetzte „Gesundheitsleitstellen“ unerlässlich, die zum einen die erste telefonische Anlaufstelle für Menschen in Not sind und zum anderen stets einen aktuellen Überblick über das gesamte Einsatzgeschehen, die Einsatzkräfte und -mittel sowie die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten haben. Beginnend mit einer **klar strukturierten Notrufabfrage** und einer GPS-gestützten Disposition ist zusätzlich die schnelle digitale Kommunikation der Leitstellen untereinander, aber auch mit den Rettungskräften und den Kliniken existenziell. **Rettungshubschrauber müssen bundesweit durch die Leitstellen georeferenziert nach Meldebild disponiert und im Einsatzmittelvorschlag den Disponentinnen und Disponenten bei notärztlicher Indikationsstellung als notarztbesetztes Rettungsmittel angezeigt werden.** Darüber hinaus muss ein **digitaler Einsatzdatenversand von der anfordernden Leitstelle direkt zum Navigationsgerät des Rettungshubschraubers eingerichtet werden.** So lässt sich – insbesondere bei bereichsübergreifenden Einsätzen – wertvolle Zeit einsparen, die gegebenenfalls über Leben und Tod entscheiden kann.

Aus Sicht der DRF Luftrettung ist eine **bessere Vernetzung der Rettungsmittel notwendig**. Bereits heute sind Hubschrauber unserer Flotte über Mobilfunk an das Internet angebunden. Medizingeräte in den Maschinen könnten in Echtzeit über WLAN kommunizieren, wenn auch die Partner im deutschen Gesundheitssystem **länderübergreifend dieselben oder kompatible Schnittstellen** nutzen. Es gilt, neue Technologien im Sinne der bestmöglichen Patientenversorgung in der gesamten Rettungskette von der Einsatzstelle bis in die Notaufnahme zu nutzen: angefangen vom Abrufen einer digitalen Patientenakte zur schnelleren und besseren Diagnose und somit auch einer besseren Behandlung vor Ort bis hin zur **direkten Datenübermittlung**, z. B. der Daten eines EKG aus dem Hubschrauber in die Klinik, sowie deren direkte Auswertung durch künstliche Intelligenz.

7 Luftrettung auch bei schlechterer Witterung

Mit dem so genannten „**Point in Space**“-Verfahren („PinS-Verfahren“) können Schätzungen zufolge erheblich mehr der aktuell wegen schlechter Wetterbedingungen abgesagten Einsätze geflogen werden. Bei diesem Verfahren fliegt der **Rettungshubschrauber im Instrumentenflug** auf einer vordefinierten Route zwischen zwei festgelegten virtuellen Anflugpunkten. Wir sind seit 2018 Vorantreiber dieses in Deutschland innovativen „**PinS-Verfahrens**“. Grundsätzlich sind bereits jetzt alle Luftrettungsstationen der DRF Luftrettung aus technischer Sicht für das „PinS-Verfahren“ startklar. In anderen Staaten (z.B. Dänemark, Norwegen und der Schweiz) wurde das Potenzial des „PinS-Verfahrens“ bereits erkannt und die rechtlichen Regelungen so angepasst, dass mehr Menschenleben gerettet werden können. Dies wäre auch in Deutschland erstrebenswert und möglich.



Bis zur bundesweiten Einführung des „PinS-Verfahren“ ist es noch ein weiter Weg. Es bedarf eines vereinfachten und **klar strukturierten Genehmigungsprozesses** unter der Berücksichtigung aller Beteiligten von Seiten der Rettungsdienstträger, der Luftrettungsbetreiber, der Politik, der Deutschen Flugsicherung sowie der Landeplatzbetreiber.

8 Ausbau der Landemöglichkeiten für Hubschrauber

Als Luftrettungsorganisation begrüßen wir den Vorschlag der Regierungskommission, den Ausbau von Landemöglichkeiten voranzutreiben. Eine **bundesweit einheitliche Datenbank für alle** offiziell nach §6 LuftVG **genehmigten Landeplätze** sowie insbesondere für die kleineren „Public Interest Sites“-Landestellen ohne diese §6 LuftVG-Genehmigung würde für ein sichereres und effizienteres Arbeiten der Luftrettung in Deutschland sorgen. Es wäre wünschenswert, dass diese sicherheitsrelevanten Daten von den Betreibern der Landeplätze z.B. im Luftfahrthandbuch der Deutschen Flugsicherung (AIP - Aeronautical Information Publication) veröffentlicht werden.



9 Über die DRF Luftrettung

Schnelle Notfallrettung aus der Luft und sichere Patiententransporte mit Hubschraubern und Ambulanzflugzeugen – dafür steht die DRF Luftrettung seit über 50 Jahren. Als eine der führenden Luftrettungsorganisationen in Europa stellen wir täglich an insgesamt 32 Stationen in Deutschland unsere Kompetenz unter Beweis. Im Fokus stehen dabei unsere Patientinnen und Patienten und ihre optimale notfall- und intensivmedizinische Versorgung. Wir leisten Einsätze in der Notfallrettung und führen Verlegungsflüge von kritisch kranken oder verletzten Personen zwischen Kliniken durch.

An elf der Stationen sind Hubschrauberbesatzungen rund um die Uhr einsatzbereit, wir sind damit die Organisation in Deutschland, die über die meiste Erfahrung in der nächtlichen Luftrettung verfügt. An vier Standorten kommen Hubschrauber mit Rettungswinde zum Einsatz, um Notfallpatientinnen und -patienten auch in unzugänglichem Gelände schnelle Hilfe zu bringen. Darüber hinaus holen wir mit eigenen Ambulanzflugzeugen Notfallpatientinnen und -patienten aus dem Ausland zurück.

Rund 1.400 Mitarbeiter sind in den Bereichen Flugbetrieb, Medizin, Technik und Verwaltung für die DRF Luftrettung tätig, die im vergangenen Jahr rund 36.500 Einsätze leisteten.

Die DRF Luftrettung ist eine gemeinnützige Organisation, zur Finanzierung ihrer Arbeit tragen die über 400.000 Fördermitglieder des DRF e.V. entscheidend bei.



DRF Luftrettung

DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG

Rita-Maiburg-Straße 2
70794 Filderstadt

T +49 711 7007-7000

F +49 711 7007-2349

partnermanagement@drf-luftrettung.de

www.drf-luftrettung.de

Inhalt und Redaktion

Stabsstelle Partnermanagement

Fotos

DRF Luftrettung

Januar 2024 |

Aktuelles Kartenmaterial ist [hier](#) oder über den QR-Code
jederzeit abrufbar.

