

Ausschussdrucksache  
**21(14)64(19)**  
gel. VB zur öffent. Anh. am  
25.02.2026 - NotfallG  
25.02.2026

## Stellungnahme

der DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH

zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des  
Deutschen Bundestages zum

### **Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)**

Bundestagsdrucksache 21/2214 vom 14.10.2025

Stand: 23. Februar 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

## 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 jede Initiative zur Stärkung der Notfallversorgung und der Regelungen zum Rettungsdienst ausdrücklich.** Wir hoffen, dass die Reformanstrengungen in diesem wichtigen Politikfeld in dieser Legislaturperiode erfolgreich sein werden.

Eine Reform der Notfallversorgung ist ein wichtiger Baustein für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung in Deutschland. Gemeinsam mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) kann die Versorgung in Deutschland verbessert werden und bestenfalls auch kosteneffizienter für die Versicherten gestaltet werden. 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 frühzeitige Einbindung der Länder erforderlich, damit auch ggf. 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, aufgrund von Leistungskonzentration und ggf. Schließung oder Umwidmung von Kliniken könne eine Umverteilung der Gelder ausschließlich innerhalb des Kliniksektors erfolgen. 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.

Wir möchten an dieser Stelle auf die bereits zu früherer Zeit veröffentlichten Stellungnahmen der DRF Luftrettung bezüglich der bisherigen Reformvorhaben zu einer Notfallreform aus den letzten Jahren verweisen (u.a. Positionspapier der DRF Luftrettung; Anhörung des BMG zur Notfallreform im November 2025; Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags am 6. November 2024)

## **Aufnahme der Medizinischen Notfallrettung in das SGB V**

- Wir begrüßen ausdrücklich das Ziel die medizinische Notfallrettung als Leistungssegment in das SGB V aufzunehmen. So wird ein Paradigmenwechsel weg vom Rettungsdienst als reine Transportleistung, hin zu einer präklinischen notfallmedizinischen Leistung zum Ausdruck gebracht.
- Wir regen an, dass bei der Definition des Notfalltransportes neben dem Transport von Patientinnen und Patienten im Primär- und Sekundäreinsatzfall auch zusätzlich an die nicht minder bedeutsamen eiligen Transporte von medizinischem Fachpersonal, Organen, Medikamenten, Antidoten, Blutprodukten und medizinischen Geräten gedacht wird.

## **Definition von Krankentransporten, - transportflügen und -fahrten**

- Der Vorschlag zur Etablierung einer Möglichkeit von Verlegungen von einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufe in solches einer niedrigeren Versorgungsstufe wird mit Blick auf knappe Kapazitäten in Spezialzentren seitens der DRF Luftrettung ausdrücklich begrüßt. So können knappe klinische Behandlungskapazitäten effektiver genutzt werden.
- Die klarstellende Definition bezüglich der Krankentransportflüge sollte ggf. für andere Gesetzesvorhaben im Bereich der Notfallversorgung zu Grunde gelegt werden.
- Es sollte überlegt werden, ob in den Gesetzentwurf auch die Idee einer verordnungsgleichen Disposition von Luftrettungsmitteln bei Verlegungsflügen durch eine Rettungsleitstelle aufgenommen wird.

## **Einbindung der Leistungserbringer in Landesgremien**

- Die Vorschläge in §§ 90 und 90a SGB V auch die Leistungserbringer im Rettungsdienst mit einer Stimme in den entsprechenden Landesgremien zu verankern ist aus unserer Sicht folgerichtig. Wenn über die Vorgaben und Anfordern an die lokalen Notfallstrukturen und einen modernen Rettungsdienst gesprochen und entschieden wird, müssen die Leistungserbringer in diesem Feld eingebunden sein. Auf Grund der besonderen der Rolle der Luftrettung als überregionales Einsatzmittel sowie deren besonderen Anforderungen (insb. Luftrechtliche Vorgaben), regen wir an, dass neben dem bodengebundenen Rettungsdienst auch die Luftrettung stimmberechtigt in den Gremien verankert werden sollte.
- Im Sinne effizienter Ressourcennutzung sollten Krankenhausplanung, Planung von Integrierten Notfallzentren und Rettungsdienstbedarfsplanung Hand in Hand gehen. So lassen sich Unterversorgung und Überlagerungen insbesondere in der Fläche verhindern.

## **Integrierte Notfallzentren**

- Wir begrüßen grundsätzlich die Idee von Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie auch die vorgeschlagenen Vorgaben zu deren Erreichbarkeit.

- Gerade in ländlichen Bereichen ist auch die direkte Anbindungsmöglichkeit der Luftrettung an ein INZ unverzichtbar, damit Patientinnen und Patienten schnell in höherwertige klinische Versorgungseinrichtung transportiert werden können. Daher muss es in der direkten Nähe zu einem INZ einen Hubschrauberlandeplatz geben, damit im Einsatzfall keine kostbare Zeit und zusätzliche Ressourcen für einen bodengebundenen Zwischentransport zum Hubschrauberlandeplatz mit einem Rettungswagen benötigt werden.
- Hierfür kommen aus unserer Sicht keine „Public Interest Sites“ in Frage, da diese nach gültigem Luftrecht nicht mehr neu angelegt werden dürfen. Vielmehr sollten an INZ rund um die Uhr anfliegbare Landeplätze nach § 6 LuftVG vorgehalten werden. Hierfür sollte auf etwaige Fördermöglichkeiten (z.B. Sondervermögen Infrastruktur und Krankenhausreformationsfond) hingewiesen werden.

### **Finanzierung des Rettungsdienstes**

- Grundsätzlich werden bundesweit einheitliche Regelungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes seitens der DRF Luftrettung begrüßt.
- Aus Sicht eines Leistungserbringer ist erforderlich, dass das Gesetz klar definiert, was Aufgaben im Sinne des § 30 der Medizinischen Notfallrettung und was darüberhinausgehende Leistungen sind, die nicht von den Kostenträgern getragen werden. So gibt es zum Beispiel Dissens bei der Frage der Refinanzierung einer Rettungswinde an einem Rettungshubschrauber, die sowohl für die Zuführung von medizinischem Fachpersonal an den Einsatzort als auch den Patiententransport genutzt werden kann.
- Kosten für Aus- und Fortbildung sowie auch für Investitionen in den Rettungsdienst müssen in die jeweiligen Kalkulationen aufgenommen und durch die Kostenträger refinanziert werden. Weiterhin muss gewährleistet sein, dass Kostensteigerungen, die nicht in der Hand der Leistungserbringer liegen (Tarifrecht, Steuern, etc.) erstattet werden.
- Eine Bildung zentraler Abrechnungsstellen auf Landesebene für den Rettungsdienst auf Seiten der Kostenträger (wie beispielsweise die ZAST in Bayern), böte die Möglichkeit eine teilweise gebotene Vorhaltefinanzierung – vergleichbar der kommenden Regelung im Krankenhausbereich – ratierlich auszuführen, um somit eine gleichmäßige Liquiditätsausstattung der überwiegend gemeinnützigen Leistungserbringer unabhängig der Einsatz-, Kilometer- oder Flugleistung sicherzustellen.
- Es muss im Gesetz verankert werden, dass ein durch die zuständige Landesbehörde oder durch die vom Landesrecht vorgesehenen Träger festgestellter Bedarf für eine Leistungserbringung zu einer Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zum Abschluss eines Vergütungsvertrages mit einem beauftragten Unternehmen führt. Insbesondere bei neuen Versorgungsstrukturen, und Erweiterungen der Leistungen von einzelnen Rettungsmitteln sollten daher die zuständigen Träger frühzeitig vor einem Vergabeverfahren in einen Austausch mit den Kostenträgern gehen.

- Weiterhin sollte klargestellt werden, dass eine Kalkulation im Rahmen eines nach Wettbewerbsrecht durchgeführten Vergabeverfahrens die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung begründet.
- Es fehlt in dem Entwurf eine Regelung zum Kostendeckungsprinzip, ebenso wie zur Methodik eines Entgeltausgleichs über mehrere Jahre hinweg.
- In den im Entwurf erwähnten Arbeitsgemeinschaften zur möglichen Definition von Festbeträgen für Leistungen des Rettungsdienstes sollten auch Vertreter der Träger sowie die Leistungserbringer Gehör finden.
- Wir vermischen in dem vorgelegten Gesetzentwurf schließlich noch Regelungen zu Schiedsstellen, die Interessen der Versicherten und der Leistungserbringer angemessen berücksichtigen. Gerade da die Länder weiterhin für die Rettungsdienste zuständig sein sollen, ist es aus unserer Sicht erforderlich, dass es einheitliche Vorgaben vom Bundesgesetzgeber gibt, damit 16 verschiedene Landesregelungen vermieden werden, die einen erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl auf Kostenträger- wie auch Leistungserbringerseite bedeuten. Insbesondere was den zeitlichen Verlauf eines möglichen Schiedsverfahrens betrifft, bedarf es eindeutiger und praktikabler Vorgaben, damit sich solche Verfahren nicht in die Länge ziehen. Zusätzlich wäre es im Sinne der patientenzentrierten Leistungserbringung notwendig zu definieren, dass im Rahmen von Schiedsverfahren die Kostenträgerparteien die Beweislast einer Unwirtschaftlichkeit tragen und nicht die Leistungserbringerseite die eigene Wirtschaftlichkeit darlegen muss, was oftmals nahezu unmöglich ist.

### **Qualitätsausschuss Notfallrettung**

- Die Etablierung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung beim das Bundesgesundheitsministerium begrüßen wir. So wird die Unabhängigkeit bei der Organisation der Ausschussarbeit gewährleistet und die Offenheit für neue Versorgungskonzepte gefördert.
- Als Mitglieder sollten nicht nur die Experten der bodengebundenen Rettungsdienste sowie Berufsverbände benannt werden, sondern auch die Belange der hochspezialisierten Leistungsbringer berücksichtigt werden.
- Der Gesetzentwurf enthält einen großen Katalog an möglichen Empfehlungen des Qualitätsausschusses für die Notfallrettung. Im Sinne eines einheitlich hohen Standards in der medizinischen Notfallversorgung begrüßt die DRF Luftrettung die Idee von bundesweit einheitlichen Vorgaben. Gerade die Luftrettung ist oft ländergrenzenüberschreitend im Einsatz und bisher mit zahlreichen unterschiedlichen Landesregelungen von der Disposition der Einsätze bis hin zu der Ausstattung der Rettungsmittel konfrontiert.
- Allerdings dürfen zukünftige einheitliche Vorgaben nicht zu einer Stagnation oder gar Verschlechterung der bisherigen Versorgungsqualität führen. Gerade die Luftrettung hat notfallmedizinische Innovationen in den vergangenen Jahren geprägt, dies sollte auch in der Zukunft möglich sein und durch Experimentierklausen gefördert werden können.

## Dokumentation und Daten im Rettungsdienst

- Die Einführung einer einheitlichen digitalen Dokumentation wird begrüßt. Es muss aber sichergestellt sein, dass es einheitliche Vorgaben gibt, damit die Daten interoperabel auch zwischen verschiedenen Nutzern (Ärztlicher Notdienst, bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung, Krankenhaus, ...) nutzbar sind.
- Im Sinne der Qualitätssicherung sollten auch Daten und Ergebnisse aus den Versorgungseinrichtungen an den Rettungsdienst zurückgespiegelt werden, damit dieser das Feedback zur Patientenversorgung bei zukünftigen Einsätzen berücksichtigen kann.
- Eine zentrale Qualitätssicherung ist zu begrüßen. Hier ist zu ergänzen, dass die hierfür erforderlichen Aufwendungen in den Vergütungsverträgen nach § 133 Berücksichtigung finden.
- Es ist aus unserer Sicht unerlässlich, dass neben den Daten aus dem Rettungsdienst auch die klinischen Daten zum Patienten-Outcome an diese Datenstelle übermittelt werden, damit eine klare Bewertung der Ergebnisqualität des Rettungsdienstes möglich ist.

## Abschließende generelle Anmerkungen

- Mit Blick auf die Luftrettung muss dem Gesetzgeber bewusst sein, dass diese eine besondere Rolle in der medizinischen Notfallversorgung einnimmt. So ist sie nicht nur schneller **Notarztzubringer**, sondern bringt **zusätzliche medizinische Kompetenz** und oft auch besonderes medizinisches Equipment an die Einsatzstelle und bietet schließlich noch die Möglichkeit des **zügigen Patiententransportes** in eine geeignete Klinik, was im Gegenzug Ressourcen des bodengebundenen Rettungsdienstes entlastet und dieser für Folgeeinsätze wieder schneller verfügbar ist.
- Luftrettungsmittel sollen insbesondere bei besonders indizierten Tracer-Diagnosen zum Einsatz kommen, daher sind Standby-Zeiten systemimmanent. Ferner gibt es aus Gründen der Sicherheit in der Luftfahrt wetterbedingte Ausfallzeiten. Daher können mit alleinigem Blick auf die Luftrettung nicht die Auslastung und die Kosteneffizienz als Bewertungskriterium herangezogen werden. Vielmehr muss der Nutzen für das gesamte Gesundheitssystem und vor allem der Outcome für die Patientinnen und Patienten im Fokus stehen.
- Liberalisierungen in den Bereichen der Arbeitnehmerüberlassung und der Arbeitszeitgesetze für das medizinische Personal der Luftrettung können dazu beitragen dem Fachkräftemangel aber auch Bürokratie und steigenden Kosten entgegenzuwirken.

#### Über die DRF Luftrettung:

Die DRF Luftrettung mit Sitz in Filderstadt ist eine der größten Luftrettungsorganisationen Europas. Von 33 Stationen an 31 Standorten in Deutschland aus starten die Hubschrauber und Ambulanzflugzeuge der gemeinnützigen Organisation zu ihren Einsätzen. Hierzu gehören seit über 50 Jahren Einsätze in der Notfallrettung, Verlegungsflüge von kritisch kranken oder verletzten Personen zwischen Kliniken und Rückholungen von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland. An 13 der Hubschrauberstationen sind die Crews rund um die Uhr einsatzbereit, an einer weiteren ist die Besatzung im Tagbetrieb mit erweiterten Randzeiten einsatzbereit. An fünf Standorten kommen Hubschrauber mit Rettungswinde zum Einsatz. Über 400.000 Fördermitglieder unterstützen die innovative Arbeit der gemeinnützigen Luftrettungsorganisation.

#### Herausgeber und Kontakt:

##### **DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH**

Rita-Maiburg-Straße 2

70794 Filderstadt

T +49 711 7007-7000

F +49 711 7007-2349

partnermanagement@drf-luftrettung.de

www.drf-luftrettung.de

Eingetragen im Lobbyregister des Bundestages nach dem Lobbyregistergesetz, Registernummer: R006259.

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