

Stellungnahme

Stellungnahme des DBRD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) der Bundesregierung

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e. V. begrüßt die Bemühungen von Bundesregierung und Opposition, die Notfallversorgung in Deutschland zu reformieren. Die Einschätzung, dass viele Hilfersuchen der Bürgerinnen und Bürger von ungeeigneten Systemkomponenten beantwortet werden, teilen wir ausdrücklich.

Die zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führt dazu, dass immer mehr Rettungswagen und Notarzteinsetzungsfahrzeuge disponiert werden, ohne dass die Zahl tatsächlich schwerer Notfälle in gleichem Maße angestiegen ist. Dies verursacht eine erhebliche Mehrbelastung der Rettungsdienste und birgt zugleich das Risiko einer Abnahme der Versorgungsqualität infolge geringerer Einsatzerfahrung der einzelnen Teams bei vitalbedrohlichen Lagen. Von 2012 bis 2022 ist die Personalzahl im Rettungsdienst um 71 % gestiegen; von 2018 bis 2022 erhöhten sich die Kosten für den Rettungsdienst um 41 %. Beide Entwicklungen sind im Vergleich zum übrigen Gesundheitswesen weit überproportional. Damit die umfangreichen Investitionen in den ambulanten Sektor zu einer signifikanten Einsparung im Rettungsdienst führen, müssen die dortigen Strukturen die Hilfersuchen der Bürgerinnen und Bürger jederzeit schnell und sachgerecht adressieren. Dazu bedarf es dringend rechtlicher Mindeststandards; andernfalls drohen umfangreiche Investitionen ohne Einspareffekte.

Für die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Integrierten Notfallzentren beziehungsweise Notaufnahmen sind verbindliche zeitliche Vorgaben bis zum Beginn der Patientenübergabe erforderlich. Ziel muss die Reduktion teils erheblicher Warte- und Bindungszeiten vor Notaufnahmen sein. Diese Fristen können risikoadjustiert und nach Dringlichkeit gestaffelt ausgestaltet werden, dürfen jedoch 30 Minuten nicht überschreiten. Dazu ist auch eine Normierung der maßgeblichen Zeitpunkte erforderlich. Als Startzeitpunkt muss das Erreichen der Versorgungseinrichtung mit entsprechender Rückmeldung an die Leitstelle des Rettungsdienstes (Statusmeldung) gelten. Die Möglichkeit, Notfalltransporte nicht ausschließlich in Krankenhäuser, sondern auch in andere geeignete Versorgungseinrichtungen durchzuführen, ist sachgerecht und überfällig. Voraussetzung ist, dass Transporte ausschließlich auf Grundlage einer medizinischen Indikation erfolgen.

Die Telenotfallmedizin hat aus Sicht des DBRD eine nachgeordnete Bedeutung. Ziel muss es sein, teleärztliche Rücksprachen nur gelegentlich und ausschließlich auf Anforderung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern oder gegebenenfalls von Notärztinnen und Notärzten einzusetzen. Derzeit ist jedoch neben einer erheblichen Ausweitung der Zahl der Telenotärztinnen und Telenotärzte zugleich eine Zunahme der Notarzteinsetzungsfahrzeuge und der

Notarzteinätze zu beobachten. Demgegenüber ist im ambulanten Sektor durch den strukturierten Einsatz telemedizinischer Verfahren eine substanzielle Ressourcenschonung zu erwarten und voranzutreiben.

Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich in das SGB V eröffnet die Möglichkeit, einzelne Teilleistungen der rettungsdienstlichen Versorgung differenziert zu erfassen, vergleichbar zu machen und die Einhaltung verbindlicher Versorgungsstandards systematisch zu überprüfen. Neben dem reinen Transport von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten können bei Erfüllung definierter Qualitätsmaßstäbe auch weitere Versorgungsleistungen sachgerecht vergütet werden.

Entscheidend ist, dass zugrunde gelegte Standards nicht auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner basieren, sondern den anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft abbilden. Maßgeblich sind insoweit nationale und internationale Leitlinien sowie evidenzbasierte Empfehlungen.

Der eigenverantwortliche Handlungsrahmen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern muss in diesem Kontext nicht nur rechtlich abgesichert, sondern auch verbindlich eingefordert werden. Nach gegenwärtiger Einschätzung liegt das quantitativ bedeutsamere Versorgungs- und Qualitätsdefizit weniger in der fehlerhaften Anwendung medizinischer Maßnahmen als vielmehr im Unterlassen medizinisch gebotener Interventionen.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns für die Schaffung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen aus, die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern heilkundliche Befugnisse auch außerhalb akuter Lebensgefahr oder der Gefahr wesentlicher Folgeschäden eröffnen. Entsprechende Anpassungen des Notfallsanitätergesetzes sind aus unserer Sicht erforderlich, um eine leitliniengerechte und fallabschließende Versorgung rechtssicher zu ermöglichen.

§ 30 – Medizinische Notfallrettung

Die Überführung der medizinischen Notfallrettung als eigene Leistung in das SGB V begrüßen wir ausdrücklich. Auch die Möglichkeit, eine Versorgung ohne Transport abrechnen zu können, ist sachgerecht und wird unnötigen Transporten vorbeugen.

In **Absatz 3** wird eine „softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage“ als Voraussetzung für Leistungen beschrieben; eine Definition dieses Begriffs fehlt jedoch. Wir empfehlen, die Regelung zu konkretisieren und auf eine strukturierte und standardisierte Notrufabfrage nach internationalen Standards zu erweitern, um beispielsweise das Erkennen von Kreislaufstillständen zu unterstützen. Auch für die telefonische Anleitung zu lebensrettenden Sofortmaßnahmen fehlen klare Kriterien, die sicherstellen, dass bundesweit dieselben Ziele verfolgt werden. Dazu zählen insbesondere die Erkennung von Kreislaufstillständen sowie die strukturierte und standardisierte telefonische Anleitung zur Wiederbelebung (t-CPR). Wir empfehlen außerdem, in diesem Paragraphen Vorgaben zur Notrufannahmezeit zu definieren und festzulegen, dass im Regelbetrieb jederzeit ausreichende personelle Kapazitäten in einer

Leitstelle vorhanden sein müssen, um die telefonische Anleitung zu lebensrettenden Maßnahmen parallel zum Weiterbetrieb der Notrufannahme und Disposition sicherzustellen.

Absatz 4 ist in der aktuellen Form gut geeignet, die in der Gesetzesbegründung angestrebte Ressourcenschonung zu erreichen. Wir empfehlen lediglich, den Begriff „nichtärztliches Fachpersonal“ durch „Rettungsfachpersonal“ zu ersetzen.

§ 60 – Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten

Wir begrüßen ausdrücklich, dass Leitstellen bereits im Rahmen der standardisierten und strukturierten Notrufabfrage die Notwendigkeit eines Taxis, einer Krankenfahrt oder eines qualifizierten Krankentransports feststellen und entsprechend disponieren können. Dies wird zu einer spürbaren Entlastung der Notfallrettung führen.

Damit diese Effekte flächendeckend wirksam werden, ist die Sicherstellung des qualifizierten Krankentransports rund um die Uhr an sieben Tagen pro Woche erforderlich. Sind Krankentransportfahrzeuge nur tagsüber verfügbar, wird der nächtliche Bedarf regelmäßig durch Rettungswagen kompensiert. Dies führt zu einer systematischen Fehlallokation von Ressourcen der Notfallrettung.

Werden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder Pflegefachpersonen im Rahmen spezieller ambulanter Notfallversorgungsstrukturen oder im aufsuchenden Dienst des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes eingesetzt, ist es zwingend erforderlich, diesen Berufsgruppen die eigenständige Veranlassung von Taxi- und Krankenfahrten sowie von qualifizierten Krankentransporten zu ermöglichen. Dies muss entsprechend Absatz 3 Nr. 6 ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse und ohne ärztliche Anwesenheit vor Ort rechtssicher ausgestaltet werden.

Liegende Krankenfahrten (nicht qualifizierte Krankentransporte) können zu einer Entlastung von KTW und RTW beitragen und sollten bei Verfügbarkeit insbesondere bei Krankenhausentlassungen mit geringem Aufwand beauftragbar sein. Dafür muss deren Finanzierung auskömmlich geregelt sein.

Daher empfehlen wir, in **Absatz 4** nach dem letzten Satz folgende Regelung einzufügen: „Liegende Krankenfahrten sind angemessen zu vergüten. Bei der Kalkulation sind Tarifverträge (sofern vorhanden) zu beachten.“

§ 75 Abs. 1b (neu)

Die telemedizinische Versorgung von Hilfeersuchen ist wegweisend und wird von uns ausdrücklich begrüßt. Erste Zahlen der KV Niedersachsen (KVN.akut) zeigen, dass 80 % der Hilfeersuchen telefonisch und telemedizinisch fallabschließend versorgt werden können. Dies wird eine bedeutende Entlastung der ambulanten Strukturen und des Rettungsdienstes mit sich bringen.

Folgende Anpassung halten wir für notwendig: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 6 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes

Gesundheitsfachpersonal, ~~das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt~~, einsetzen.“

Die ärztliche Verantwortung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten durch andere Fachberufe setzt eine Delegation voraus. Diese ist jedoch nicht möglich, ohne dass die delegierende Ärztin oder der delegierende Arzt die Patientin oder den Patienten bereits kennt. Insbesondere sind Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Indikationsstellung nicht delegierbar. Daher müssen den Heilberufen entweder eigenverantwortliche heilkundliche Befugnisse eingeräumt oder diese Dienste ärztlich besetzt werden. Alternativ kann die Versorgung rein telemedizinisch erfolgen. In diesem Fall müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Zentralen selbst betreiben.

§ 75 Abs. 1c (neu)

Der Sicherstellungsauftrag des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist im Gesetzentwurf grundsätzlich sachgerecht beschrieben. Die zeitlichen Vorgaben dazu, wie schnell ein Hilfeersuchen beantwortet werden muss, bleiben jedoch weit hinter den bisherigen Vorgaben für das Notfallmanagement zurück. Um Fehlanreize durch eine unterschiedlich schnelle Bearbeitung der Hilfeersuchen unter 112 und 116117 zu vermeiden, ist es notwendig, die Reaktionszeiten der Leitstellen aneinander anzupassen. Dies ist bereits in mehreren Stellungnahmen zu anderen Entwürfen des NotfallG gefordert worden und sollte unbedingt aufgegriffen werden.

Der aufsuchende Dienst kann in geeigneten Konstellationen auch durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder durch Pflegefachpersonen erbracht werden. Voraussetzung für eine tatsächliche Systementlastung ist, dass diese Berufsgruppen regelhaft eigenverantwortlich und fallabschließend tätig werden können. Telemedizinische Delegationsmodelle sollten auf klar definierte Einzelfragen beschränkt bleiben. Dies erfordert eine Anpassung und Erweiterung der heilkundlichen Befugnisse des eingesetzten Personals. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht den Einsatz von Personal nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor. Diese Norm erfasst nicht ausschließlich Heilberufe, sondern ermöglicht unter Umständen auch den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten. Die konkreten Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzungseinrichtungen sollen den Vertragspartnern vor Ort überlassen und gesetzlich nicht weiter konkretisiert werden.

§ 75 Abs. 1e (neu)

Die Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist wichtig und richtig. Sie muss nach unserem Dafürhalten jährlich erfolgen und veröffentlicht werden.

§ 133 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Wir begrüßen diese Regelungen ausdrücklich. § 12 SGB V muss konsequent angewendet werden, um unnötige Mehrausgaben zu reduzieren.

In Absatz 2 Satz 3 wird präzisiert, welche Kosten bei der Entgeltbemessung berücksichtigt werden dürfen. Dabei bleibt aus unserer Sicht unklar, wo die medizinische Notfallrettung endet und wo eine darüber hinausgehende öffentliche Aufgabe beginnt. Ist etwa die Vorhaltung spezialisierter Fahrzeuge (z. B. Gerätewagen Sanität) für medizinische Großschadenslagen Teil der medizinischen Notfallrettung oder eine darüber hinausgehende öffentliche Aufgabe? Wir empfehlen außerdem, analog zu den Regelungen in vielen Landesrettungsdienstgesetzen eine Klausel für experimentelle Rettungsdienststrukturen einzufügen. Nur so können Modelle wie beispielsweise Gemeindenotfallsanitäter in der Erprobung refinanziert werden.

§ 133a – Gesundheitsleitsystem

Der Zusammenschluss der Rettungsleitstellen und der Akutleitstellen muss verbindlich gefordert werden. Dazu ist es dringend notwendig, auch den Rettungsleitstellen klare Vorgaben zu machen. Hierzu gehört aus unserer Sicht z. B. die verpflichtende Einführung einer standardisierten und strukturierten Notrufabfrage. Deren bloße Einführung gewährleistet allerdings noch keine einheitliche Patientensteuerung. Auch hierfür sollten entsprechende Standards definiert werden.

Wir empfehlen, Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu ändern: „Der Träger einer Rettungsleitstelle und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Trägerin der Akutleitstelle sind verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn der Leistungserbringer über eine softwarebasierte standardisierte und strukturierte Notrufabfrage verfügt.“

In Absatz 2 wird gefordert, die Abfragesysteme 112 und 116117 so aufeinander abzustimmen, dass der Gesundheitszustand bei der Anrufannahme übereinstimmend bewertet wird. Es ist jedoch vorstellbar, dass trotz übereinstimmender Bewertung des Gesundheitszustands unterschiedliche Dringlichkeiten definiert werden. Wir empfehlen daher, die Abstimmung der Systeme so zu gestalten, dass dieselbe Dringlichkeit definiert wird und nicht lediglich derselbe Gesundheitszustand.

Damit der aufsuchende Dienst der Kassenärztlichen Vereinigung tatsächlich zu einer Entlastung des Rettungsdienstes beiträgt und die errechneten Einsparpotenziale erreicht werden, ist es unabdingbar, die maximale Eintreffzeit bundesweit gesetzlich festzulegen. Menschen unter Leidensdruck, die nachts oder am Wochenende Hilfe benötigen, werden nicht stundenlang warten, sondern am Ende die Notrufnummer 112 wählen. Wir empfehlen, in Absatz 2 Satz 3 eine Eintreffzeit von höchstens 90 Minuten in 90 % der Fälle festzulegen. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung können effektivere, also kürzere Zeiten vereinbaren.

§ 133b – Fachgremium medizinische Notfallrettung

Das vorgesehene Gremium soll umfassende Vorgaben zur Umsetzung im Rettungsdienst entwickeln, Qualitätsparameter definieren und deren Einhaltung bewerten. Der Einfluss dieses

Gremiums auf die rettungsdienstliche Versorgung und damit auf die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist erheblich. Wir begrüßen die Etablierung dieses Gremiums und warnen ausdrücklich davor, einer Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung, die die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte vertritt, eine weitreichende Definitionsmacht zuzusprechen.

Zwar soll sich das Fachgremium medizinische Notfallrettung eine eigene Geschäftsordnung geben, gleichwohl erscheint es sachgerecht, zentrale Verfahrensgrundsätze bereits gesetzlich festzuschreiben. Hierzu zählt insbesondere der Ausschluss von Stimmenthaltungen, um Pattsituationen zu vermeiden. Darüber hinaus sollte das Abstimmungsverhalten der Mitglieder nach Ablauf einer definierten Frist, beispielsweise drei Monate nach Beschlussfassung, transparent und öffentlich nachvollziehbar gemacht werden. Ebenso sollten alle Beschlüsse verpflichtend veröffentlicht werden. Die Empfehlungen des Fachgremiums sollten zumindest insofern verbindlich sein, als Abweichungen schriftlich begründet werden müssen und die jeweilige Begründung öffentlich, auch digital, einsehbar ist. Die Empfehlungen des Fachgremiums sind mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz in Einklang zu bringen. Andernfalls dürften Standards, deren Einhaltung nicht vergütet wird, kaum erfolgreich umgesetzt werden können.

Bundesweit einheitliche Fortbildungsumfänge sind zu begrüßen. Unklar bleibt jedoch, weshalb diese Regelung nicht auch für Notärztinnen und Notärzte gelten soll. Wir empfehlen, die Regelung des **Abs. 4 Nr. 9** auf Notärztinnen und Notärzte auszuweiten.

Die im Pyramidenprozess 3.0 durch den DBRD und den Bundesverband der Ärztlichen Leitung Rettungsdienste (BV ÄLRD) erarbeiteten und breit konsentierten Standards dürfen durch die Vorgaben des Fachgremiums nicht unterschritten werden. Eine bundesrechtliche Regulierung darf zudem keinesfalls zu einer Absenkung bestehender Qualitätsniveaus in Rettungsdienstbereichen führen, die bereits heute überdurchschnittliche Standards erfüllen. Ebenso ist sicherzustellen, dass die Finanzierung der neuen Strukturen nicht zu einer Schwächung der rettungsdienstlichen Vorhaltung oder der Ausstattung von Rettungsmitteln und Rettungswachen führt.

In der Gesetzesbegründung zu **§ 133b Nr. 5** werden beispielsweise der vorbeugende Rettungsdienst und das Case Management als mögliche Säulen beschrieben, um Einsätze der medizinischen Notfallrettung zu vermeiden. Nach unserem Verständnis schafft § 30 SGB V (neu) allerdings keine Abrechnungsgrundlage für solche Strukturen. Hier muss eine Refinanzierungsregelung für die neuen Aufgabenbereiche in Verbindung mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz sichergestellt werden.

In der Gesetzesbegründung zu **§ 133b Nr. 8** wird richtigerweise vom eigenverantwortlichen Handeln der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gesprochen. Die entsprechende Regelung findet sich in § 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. c in Verbindung mit § 2a NotSanG.

Die Ausführung, dass ÄLRD die Empfehlungen des Fachgremiums umsetzen können, beschreibt das aktuelle Problem in Deutschland. Während durch den Pyramidenprozess von BV ÄLRD und DBRD sowie durch die Musteralgorithmen des DBRD seit über zehn Jahren robuste Empfehlungen vorliegen, bestehen in rund 200 Rettungsdienstbereichen schätzungsweise mehr als 90 unterschiedliche regionale Empfehlungen der ÄLRD. Viele davon lassen sich nicht durch regionale Besonderheiten erklären. Wir empfehlen dringend, die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums als Handlungsempfehlungen zu definieren und Möglichkeiten zur Delegation oder willkürlichen Anpassung durch lokale ÄLRD nicht vorzusehen. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter können und müssen Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich versorgen. Dem jeweiligen Sachgebiet Medizinische Versorgung des örtlichen Rettungsdienstes obliegt anschließend die Qualitätskontrolle anhand der üblichen medizinischen Kriterien.

§ 133c – Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

Wir empfehlen, nach **§ 133c Abs. 1 Satz 4** folgenden Satz aufzunehmen: „Für die medizinische Notfallrettung obliegt den dort genannten Leistungserbringern die Schaffung und Finanzierung der erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen einschließlich der notwendigen Komponenten zur Authentifizierung nach § 340 für die in ihrem Namen tätigen Zugriffsberechtigten nach § 352.“ Die Norm begründet damit eine institutionelle Kostentragungspflicht der Leistungserbringer für die technische Infrastruktur und Authentifizierung, die zur Nutzung der ePA erforderlich sind. Eine persönliche Kostentragung durch einzelne Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ist somit ausgeschlossen.

§ 133e – Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung

Die verpflichtende Einbindung der Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur begrüßen wir.

§ 133h – Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren

Wir begrüßen die Einführung des Katasters ausdrücklich. Dabei wird es darauf ankommen, einerseits den Aufwand für Meldungen gering zu halten und andererseits die Aktualität sicherzustellen.

§ 302 Abs. 1 (neu)

Die Abrechnung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist mit einer Einschränkung sachgerecht beschrieben. Aus unserer Sicht reicht der alleinige Nachweis einer softwarebasierten standardisierten und strukturierten Notrufabfrage nicht aus. Vielmehr muss die jeweilige Systemantwort als Abrechnungsgrundlage definiert werden. Anrufannahmen im Rahmen einer solchen Notrufabfrage münden üblicherweise in einen „Code“, hinter dem sich die Entsendung eines Rettungsmittels verbirgt. Zum einen muss nachvollziehbar sein, welcher Code zu welcher Systemantwort geführt hat. Zum anderen sind die Antworten bundesweit zu

vereinheitlichen, um das System zu entlasten und unnötige Rettungsdienst- und vor allem Notarzteinsätze zu verhindern. Finanziert werden sollten nur moderne Antwortmöglichkeiten. Notarzteinsatzraten könnten hierfür als Maßstab definiert werden.

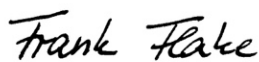
Artikel 8 und 9 – Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

Wir begrüßen diese pragmatischen Änderungen ausdrücklich.

Im Hinblick auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen besteht seit Langem kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Die Empfehlungen der Regierungskommission sowie die Stellungnahmen verschiedener Spitzenverbände, darunter die des DBRD, des Bündnisses Pro Rettungsdienst und der Björn-Steiger-Stiftung, belegen diese Einschätzung. Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst hofft, dass nun die strukturellen Voraussetzungen für einen Rettungsdienst geschaffen werden, der den aktuellen und zukünftigen Anforderungen gerecht wird. Dies erfordert neben der Bereitschaft zu strukturellen Veränderungen eine konsequente Einforderung der Leistungserfüllung in allen Versorgungssektoren.

Für den Vorstand,

Lübeck, 07.09.2026



Frank Flake
1. Vorsitzender

Kontakt:
Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)
Maria-Goeppert-Straße 3
23562 Lübeck
Tel. 0451-30505 860
Fax 0451-30505 861
Internet: www.dbrd.de
E-Mail: info@dbrd.de

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD) vertritt mit rund 20.000 Mitgliedern die beruflichen und fachlichen Interessen des Rettungsfachpersonals in Deutschland. Als bundesweit tätiger Berufsverband bündelt er in besonderem Maße die praktische und fachliche Expertise derjenigen, die täglich unmittelbar in der präklinischen Notfallversorgung tätig sind.

Der DBRD setzt sich für eine qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und zukunftsfähige Notfallversorgung ein und begleitet deren rechtliche und strukturelle Weiterentwicklung kontinuierlich. Seine Positionen beruhen auf der unmittelbaren Versorgungspraxis seiner Mitglieder und verbinden diese mit fachlicher, wissenschaftlicher und berufspolitischer Expertise.