

# ANTWORTEN AUF DIE AKTUELLEN FRAGEN ZUR ZUKÜNFTIGEN NOTFALLMEDIZINISCHEN VERSORGUNG DER BEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND

Ergebnis der Expertentagung „Enneker Forum Falkenstein | 2019“

## PROLOG

Die Notfallversorgung der Bevölkerung in Deutschland ist in den vergangenen Jahren immer wieder Gegenstand der öffentlichen Diskussion gewesen. In der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung stiegen die **Wartezeiten auf einen Termin** in einem Ausmaß an, das für viele Patienten nicht mehr akzeptabel erschien. Das Angebot der ambulanten Notfallversorgung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch Notfallpraxen war vielerorts nur zu den sprechstundefreien Zeiten zu erreichen. Die **Patientenzahlen** in den (Zentralen) Notaufnahmen der Kliniken **stiegen überproportional an**, da sich viele Patienten aus eigenem Antrieb dort mit ihrem Problem vorstellen, das Phänomen der **Überfüllung zentraler Notaufnahmen mit langen Wartezeiten** nahm trotz verbesserter Organisationsstrategien stetig zu.

Auch die **Einsatzleitstellen der Rettungsdienste** verzeichneten jährlich **überproportional steigende Hilfsersuchen**, die zu entsprechenden weiter steigenden Einsatzzahlen geführt haben.

Eine Steigerung der Inanspruchnahme medizinischer (auch notfallmedizinischer) Leistungen ist im Zuge der demographischen Veränderungen zu erwarten und auch seit Jahren prognostiziert, dennoch scheint die derzeitige Steigerung in den beschriebenen Bereichen über der Erwartung zu liegen.

Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass

1. der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) 2018** die Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen hat
2. der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018** eine Neuordnung der Notfallversorgung in Deutschland vorgeschlagen hat
3. das **Bundesgesundheitsministerium Eckpunkte zur zukünftigen Notfallversorgung** in Deutschland vorgestellt hat, in denen angekündigt wird, wesentliche Punkte aus dem Gutachten umsetzen zu wollen.

Vor diesem Hintergrund trafen sich am 3. und 4. Juni 2019 Experten aus Politik und Behörden, Landesministerien und Landkreistag, kommunalen und privaten Klinikträgern, Hochschulen und Universitätskliniken, Marburger Bund und Ärztekammer, Bundes- und Landesvertreter von Gesellschaften für Akut- und Intensivmedizin, für Ärztliche Leiter Rettungsdienst und Notarztverbände, Rettungsdienstorganisationen, Feuerwehr, Luftrettung und Leitstellen in Deutschland.

Die Fach-Expertenrunde war einer Einladung der Claus-Enneker-Stiftung nach Falkenstein gefolgt und hat zwei Tage Antworten zur anstehenden Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland diskutiert und nachfolgende Antworten auf die aktuellen brennenden Fragen formuliert.

## ANTWORTEN DES EXPERTENFORUM

- ▶ **Verbindliche Kooperationen** der Rettungs- oder Integrierte Leitstellen und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes unter **Beibehalten der 112 und 116117**
  - Der Bürger **priorisiert sein Notfallanliegen** durch Notruf über 112 (zeitkritischer Notfall – Versorgung durch Rettungsdienst/Notarzt) oder Anruf über 116 117 (Akutversorgung durch den kassenärztlichen Notfalldienst). Durch **gemeinsame Notrufannahme beider Rufnummern** ist sichergestellt, dass der Notruf dem jeweils geeigneten Notfallversorgungssystem zugeordnet wird.
  - In der Umsetzung wäre eine **gemeinsame Notrufannahme in den Rettungsleitstellen** zu favorisieren mit einer internen standardisierten Weitergabe zeitunkritischer Notfälle an den ambulanten Akutbereich (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst)
  - alternativ: Sicherstellung einer **standardisierten medienbruchfreien Datenübermittlung** zwischen beiden Versorgungssystemen
  - wichtig: Möglichkeit der Beibehaltung bestehender **bewährter lokaler Kooperationen** zwischen Rettungsdienstträgern und kassenärztlichen Vereinigungen, die obige Ziele einer sektorenübergreifenden Notrufannahme umsetzen.
  - erfordert ausreichende Zahl **ausgebildeter Disponenten/ Dispatcher zur sicheren Zuordnung der Notruf-Dringlichkeit und zur jeweiligen Disposition**
  - benötigt ein wissenschaftlich evaluiertes System zur **standardisierten strukturierten Notrufabfrage/ Hilfeersuchen und Disposition** mit **intelligenten selbstlernenden Systemen** (mit KI-Kompetenz)
  - Zur Entlastung der Rettungs- oder Integrierten Leitstellen (Rettungsdienst und Feuerwehr) muss eine standardisierte **medienbruchfreie Weitergabe des Hilfeersuchens an ambulante Versorgungssysteme** organisiert sein
  - benötigt ein obligates wissenschaftlich evaluiertes System zur **Evaluation der Qualität der Disposition**, um stetige Verbesserung in der Treffsicherheit zu erreichen
  
- ▶ **Einrichtung von „Integrierten Notfallzentren (INZ)“**
  - Die **Einrichtung von INZ wird begrüßt**, Festlegung der Standorte der INZ sollte durch die **Landeskrankenhausplanung** erfolgen
  - Die Leitung der INZ **obliegt den ärztlichen Leitungen der Notaufnahmen**
  - Die vom Rettungsdienst/Krankentransport zugeführten Patienten werden **innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen nach Behandlungsdringlichkeit** (z.B. MTS) gesichtet
  - ein **geeignetes, wissenschaftlich evaluiertes System** und **qualifiziertes Personal** welches die **Behandlungsdringlichkeit** und die **Versorgungsstufe** (ambulant/stationär) feststellt ist vorzuhalten.
  - INZ müssen die **bedarfsgerechte ambulante Versorgung durch eine KV-Notdienstpraxis** sicherstellen.
  - INZ sollen in **sektorenübergreifende Auswertungen** der Notfallbehandlungsdaten einbezogen werden.
  - Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen werden zu einer **konstruktiven Kooperation** in Vorbereitung der **notwendigen Absprachen zur Einrichtung von INZ** aufgefordert.

► „Gestuftes System der Notfallversorgung“ in Kliniken

- diese Zentrumsbildung kann einen **positiven Effekt auf die Qualität der innerklinischen Versorgung** haben – Zentrenbildung hatte in anderen Ländern (z.B. Skandinavien) einen wissenschaftlich messbar positiven Effekt auf Qualitätsparameter
- die **Reduktion von Standorten** hat Einfluss auf die wohnortnahe Versorgung der Bürger
- die **Zentrumsbildung kann zu einer weiteren Kumulation von Notfallpatienten** in den beteiligten Kliniken führen
- Die Strukturänderung kann zu weiteren Wegen und damit zu einer möglichen Mehrbelastung des Rettungsdienstes führen
- Die **verlängerten präklinischen Versorgungs- und Transportzeiten bei kritisch kranken Patienten können eine Outcome-Verschlechterung** (> 60 min Notruf-Klinik-Intervall) bewirken

## EPILOG - ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN ZUM THEMA

Wir bewegen uns in Deutschland in einem Angebotssystem verschiedener Notfallversorgungsstrukturen und –Stufen. Die Erwartungen der Bürger an das Gesundheitssystem sind tief verwurzelt. Wenn ein Patient ein Gesundheitsproblem lösen will, sucht er den für seine persönliche Situation besten Weg im System. Dabei werden die Versorgungsstufen von den Patienten nicht immer ideal getroffen.

Kurzfristig ist eine Patientensteuerung über einen edukativen Ansatz nicht realistisch, ein edukativer Ansatz zum Patientenverhalten muss bereits in der Schule angelegt werden. Das System muss eine von Experten geführte Steuerung vorhalten. Für grundsätzliche Änderungen eines Notfallversorgungssystems ist eine ausführliche Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

Grundsätzlich muss eine ambulante medizinische Versorgung rund um die Uhr (24/7) für den Bürger und Patienten erreichbar sein. Für alle an der Notfallversorgung Beteiligten gilt: Der Notfallpatient ist nicht das Problem, sondern sein Anliegen ist unser Auftrag. Jeder Patient, der die Klinik als „Notfall“ erreicht, hat das Recht auf ärztliche Sichtung und Einleitung ggfls. angezeigter Maßnahmen. Die bestmögliche Versorgung des Notfallpatienten muss die Struktur bestimmen, in der gesamten Versorgungskette muss Patientensicherheit vorrangig berücksichtigt werden.

### ► Verbindliche Kooperationen der Notfall-Leitstelle und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Beibehalten der 112 und 116117

Für den Bürger ist bei einem Hilfeersuchen eine gemeinsame Anlaufstelle sinnvoll, um eine fachgerechte Hilfeleistung zu organisieren. Die Bundespolitik zieht nunmehr die Zusammenlegung der Notrufnummern 112 und 116 117 als Lösungskonzept in Erwägung.

Der Expertenkreis diskutiert den Vorschlag des SVR und die Entscheidung der Politik zu einer gemeinsamen Nummer für alle Hilfeersuchen und hat nachfolgende Vorschläge.

Die Experten schlagen vor:

- Für Hilfeersuchen stehen **24/7** die etablierten Notrufnummern 112 **und** 116117 zur Verfügung.
- Die Hilfeersuchen werden unter beiden Nummern nach einem standardisierten **Abfrageschema und Konzept zur Dispositionsentscheidung** abgewickelt.
- Zu favorisieren ist eine **gemeinsame Notrufannahme in den Rettungsleitstellen** mit einer internen standardisierten Weitergabe an den zeitunkritischen ambulanten Akut-Bereich
- Die Einrichtungen für Hilfeersuchen unter beiden Nummern benötigen entsprechende Anzahl an **ausgebildeten Disponenten/ Dispatcher zur sicheren Zuordnung der Notruf-Dringlichkeit und zur Disposition** des geeigneten Dienstes.
- Die Einrichtungen für Hilfeersuchen unter beiden Nummern benötigen **standardisierte Notrufabfragen/ Hilfeersuchen und Disposition**. Hier erscheinen für die Zukunft **intelligente selbstlernende Systeme** (mit KI-Kompetenz) erfolversprechend.
- Es muss eine standardisierte **medienbruchfreie Weitergabe des Hilfeersuchens zwischen den beiden Notrufnummern** organisiert sein.
- Die gemeinsamen Nummern für Hilfeersuchen sollten auch jeweils aktuelle Informationen, über komplementäre Dienste (z.B. Pflegedienste, Sozialdienste und Palliativdienste) mit kurzen Reaktionszeiten verbindlich vorhalten und ggfls. aktivieren können.
- Die Einrichtungen für Hilfeersuchen werden unter beiden Nummern ein System zur **Evaluation der Qualität der Disposition** benötigen, um stetige Verbesserung in der Treffsicherheit zu erreichen.

- Die Daten sollen unabhängig von Sektorengrenzen innerhalb des jeweiligen Trägerbereichs ausgewertet werden. Im Rahmen der Versorgungsforschung sollen einheitliche Kennzahlen von einer neutralen Stelle standortübergreifend ausgewertet werden.

### ► **Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ)**

Eine strukturierte Zuführung in die Notfallbehandlung an Klinikstandorten erscheint sinnvoll, da sich dort Patienten mit den unterschiedlichsten Fragestellungen vorstellen. Hier gilt es, sowohl die **Behandlungsdringlichkeit**, als auch die **Versorgungsstufe (ambulant/stationär)** festzulegen. Bezugnehmend auf das Gutachten des Sachverständigenrates verfolgt auch das Bundesgesundheitsministerium den Weg der Einrichtung von **Integrierten Notfallzentren (INZ)** mit dem Ziel, die Patienten bei Ankunft zunächst in die richtige Behandlungsstufe zuzuordnen, um sie dann entweder in der Praxisstruktur (Notfallpraxis), oder in der Klinikstruktur (ambulant/stationär) zu versorgen.

Dem Vorschlag der Einrichtung von INZ kann Seitens des Expertenkreises gefolgt werden. Unklar bleibt, **mit welcher Qualifikation und nach welcher Systematik die patientenlenkende Entscheidung** getroffen werden kann. Nach Einschätzung des Expertenkreises ist ein **verlässliches, strukturiertes und evaluiertes System** für die hier geforderte risikoadjustierte Entscheidung derzeit nicht verfügbar. Das bisher vorgeschlagene System **SmED ist nach einhelliger Meinung für die Einschätzung im Krankenhaus/ in Kliniken ungeeignet.**

Grundsätzlich fordert der Expertenkreis:

- Jeder Patient und jede Patientin, die als Notfall das Krankenhaus aufsuchen, haben das Recht auf ärztliche Sichtung und Einleitung ggfls. angezeigter Maßnahmen.
- Es bedarf der **Festlegung der Standorte** der INZ durch die **Landeskrankenhausplanung**.
- Die Leitung der **INZ obliegt den ärztlichen Leitungen der Notaufnahmen** in Kooperation mit der lokalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV).
- Die vom Rettungsdienst/Krankentransport zugeführten Patienten werden gemäß der Entscheidung des Einsatzpersonales der Notaufnahme/ dem INZ zugeführt und dort **unverzüglich nach Behandlungsdringlichkeit** (z.B. MTS) gesichtet.
- Patienten, die als Fußgänger kommen, werden einem Sichtungsbereich zugeführt („gemeinsamer Tresen“). Hier wird durch ein geeignetes System und qualifiziertes Personal sowohl die **Behandlungsdringlichkeit** (z.B. MTS, ESI, geschultes Klinikpersonal), als auch die **Behandlungsstufe** (ambulant/stationär) festgestellt. Für diese Entscheidung ist ein **geeignetes System zu entwickeln und die geeignete Qualifikation** festzulegen.
- Entsprechend dieser Feststellung wird der Patient in die Notfallpraxis oder die Notaufnahme gelenkt. Zuordnung der Versorgungsstufe kann jederzeit im weiteren behandlungsverlauf begründet geändert werden.
- In einem INZ muss die **bedarfsgerechte ambulante Versorgung durch eine KV-Notdienstpraxis** sichergestellt werden. Als Mindestvoraussetzungen gelten hier:
  - Die Erreichbarkeit 24/7
  - Die Präsenzzeit 12h/Tag (7 Tage/Woche, z.B. beginnend 10:00 Uhr)
  - Die Qualifikationsanforderung (Hausärztinnen / Hausärzte, Fachärzte aus einem Gebiet mit Bezug zur allgemeinen Notfallversorgung)
  - Die Ausstattung (EKG-Schreibung und –Interpretation, kleine Wundversorgung, Notfall-Sonographie)
  - Die geregelte Kooperation (z.B.: Notfall-Röntgen- und/oder Labordiagnostik)
  - Barrierefreier Austausch der Daten zwischen den Sektoren ist von erfolgskritischer Bedeutung

- INZ sollen in eine **sektorenübergreifende Auswertung** der Notfallbehandlungsdaten einbezogen werden. Dafür bedarf es einheitlicher Datensätze und Kennzahlen für ein gemeinsames QM.
- Die Regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen werden zu einer **konstruktiven Kooperation** in Vorbereitung der **notwendigen Absprachen zur Einrichtung von INZ** aufgefordert

#### ► **Gestuftes System der Notfallversorgung in Kliniken**

Nach einem Beschluss des **Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)** sollen die Kliniken in Deutschland in ein **gestuftes System von Notfallstrukturen** gegliedert werden. Dabei werden die Kliniken in 4 Stufen eingeteilt:

- Kliniken die eine umfassende Notfallversorgung übernehmen
- Kliniken, die eine erweiterte Notfallversorgung übernehmen
- Kliniken, die eine Basis-Notfallversorgung übernehmen
- Kliniken, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen

Von den bestehenden 1748 Kliniken in Deutschland würden einer Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes künftig nur rund 2/3 an der Notfallversorgung teilnehmen, eine umfassende Notfallversorgung würden danach nur rund 100 Klinikstandorte leisten

Der Expertenkreis weist darauf hin, dass

- diese Zentrumsbildung einen **positiven Effekt auf die Qualität der innerklinischen Versorgung** haben kann
- die **Reduktion von Standorten** einer wohnortnahen Versorgung der Bürger, gerade mit Blick auf die Chancengleichheit und den Zugang zu medizinischer Versorgung auch im ländlichen Raum, entgegensteht
- die **Zentrumsbildung zu einer weiteren Kumulation von Notfallpatienten** in den betroffenen / beteiligten Kliniken führt
- Die Strukturänderung zu weiteren Wegen und damit zu einer Mehrbelastung des Rettungsdienstes führt
- Die **verlängerten präklinischen Versorgungs- und Transportzeiten bei kritischen Patienten eine Outcome-Verschlechterung** (> 60 min Notruf-Klinik-Intervall) bewirken können

#### ► **Auswirkungen einer Strukturänderung auf den Rettungsdienst**

Der Rettungsdienst wird von jeder Strukturänderung des ambulanten, aber auch des stationären Sektors beeinflusst, das hat die Vergangenheit gezeigt. Zugangsbeschränkungen in die ambulante oder stationäre Versorgung führen zu einer **Mehrbelastung des Rettungsdienstes**, da sich der Bürger mit seinem Anliegen an den stets verfügbaren Rettungsdienst wendet, wenn seinem Bedürfnis auf Versorgung sonst nicht entsprochen wird.

Die beabsichtigte Neustrukturierung der Notfallversorgung, insbesondere die Verankerung des Rettungsdienstes als **eigenständige Leistung im SGB V wird im Augenblick kontrovers diskutiert**. Eine Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Bereich im SGB V müsste zeitgleich der Besonderheit Rechnung tragen, dass der Rettungsdienst auch Teil des außerhalb des SGB V stehenden Zivil- und Katastrophenschutzes ist. Von daher wird z.B. eine Einbindung in die Systematik des GBA als sehr kritisch betrachtet.

Sinnvoll wäre an dieser Stelle jedoch die Aufnahme einer rechtlichen Grundlage für die notwendigen Datenübermittlungen der personenbezogenen Gesundheitsdaten zwischen der präklinischen Versorgung (Rettungsdienst) und der ambulanten resp. stationären Weiterversorgung (INZ / Notaufnahme).

Nur durch eine Betrachtung und Auswertung des ganzheitlichen Datensatzes kann eine nachhaltige Verbesserung der Ergebnisqualität erreicht werden.

Es braucht eine Diversifizierungsstrategie, die sich an den Leistungsmöglichkeiten des Rettungsdienstes und an den zukünftigen Bedarfen der ambulanten Versorgung und präklinischen Notfallversorgung orientieren muss.

Ebenso bedarf es einer stärkeren Implikation der Digitalisierung in der Notfallversorgung und Disposition. Hier muss unter Beachtung und Stärkung der Rechtssicherheit eine erweiterte Handlungsmöglichkeit für das Rettungsdienstpersonal entstehen.

Der Rettungsdienst der Zukunft darf in seiner Weiterentwicklung nicht dem Trend der zunehmend ökonomisierenden Gesundheitswirtschaft gleichgerichtet sein. Rettungsdienst ist und bleibt auch in Zukunft eine Daseinsvorsorge und Teil des Zivil- und Katastrophenschutzes. Eine Entkoppelung würde nicht nur eine Schwächung der Infrastruktur bedeuten (Aufwuchs- und Leistungsfähigkeit), sondern auch zu einer gesellschaftlichen Erosion führen. Ersteres geht einher mit einer direkten Schwächung des Rettungsdienstes.

Des Weiteren würden sich die Kompetenzverhältnisse derart verschieben, dass sich Verantwortlichkeiten im Spannungsverhältnis mehrerer Zuständigkeiten nicht mehr in der bekannten Trennschärfe ableiten lassen (Als Beispiel sei hier die duale Finanzierungsverantwortung und Entwicklung der Krankenhäuser gerade im Investitionsbereich genannt).

Rettungsdienst darf nicht der Lückenschluss unzureichender Systemkomponenten zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung sein. Der Bürger und Patient muss darauf vertrauen können, dass er in jedem der Versorgungspfade zeit- und fachgerecht eine medizinische Behandlung erhält.

## TEILNEHMERINNEN DES ENNEKER FORUM FALKENSTEIN | 2019

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung (Bezeichnung, Ort)
Herr Dr. med. Andreas Botzlar 2. Bundesvorsitzender / Vorstand/ OA	Marburger Bund, Bundesverbandes, Berlin Bayerische Ärztekammer, München BG Unfallklinik Murnau, Unfallchirurgie, Murnau
Priv.-Doz. Herr Dr. med. Jörg Christian Brokmann Leitender Arzt ZNA	Uniklinik RWTH Aachen Zentrale Notaufnahme, Aachen
Herr Frédéric Bruder Managing Director / Acc. Manager	ADAC Luftrettung gGmbH, München
Prof. Dr. med. Hans-Jörg Busch Ärztlicher Leiter	Universitätsklinikum Freiburg, Universitäts-Notfallzentrum – UNZ, Freiburg
Herr Jörg Freese Beigeordneter - Dezernat V	Deutscher Landkreistag / Dezernat V - Gesundheitliche Versorgung, Berlin
Herr Bernhard Gliwitzky, FERC Geschäftsf. Gesellschafter / GF der GRC-Akademie	MegaMed Notfallmanagement, Maikammer / German Resuscitation Council   Akademie GmbH, Bellheim
Herr Manuel Gonzalez, MBA, Vorstand	Deutsche Rotes Kreuz, RK Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., Mainz
Herr Prof. Dr. med. Christoph U. Herborn Vorstand, CMO	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH & Co. KGaA, Unternehmensleitung, Hamburg
Herr Dr. med. Michael Hillebrand, Chefarzt	St. Bernward Krankenhaus GmbH, Zentrale Notaufnahme, Hildesheim
Herr Dr. jur. Christian Höftberger, MBA Regionalgeschäftsführer	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH & Co. KGaA, Region Hessen, Hamburg/ Wiesbaden
Herr Prof. Dr. Stefan Heinemann Institutsdirektor/ Wirtschaftsethik	FOM - Hochschule für Oekonomie und Management   Ethical Perspective on Digital Medicine / Ethik-Ellipse Smart Hospital, Duisburg Essen
Frau Birthe Heins Referatsleiterin	Der Senator für Inneres, Bremen
Frau Elke Huster-Nowak Fachabteilungsleiterin	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz / Gesund- heitsbehörde, Hamburg
Herr Hans-Georg Jung Leiter der Stabstelle	Stadt Frankfurt, Magistrat, Stabsstelle für Medizinische Gefahrenabwehr, Frankfurt
Herr Prof. Dr. med. Bernhard Kumle, MBA Chefarzt	Schwarzwald-Baar Klinikum GmbH, Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Villingen-Schwenningen
Herr Prof. Dr. med. Christian K. Lackner Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung   Vorstand, München
Herr Dr. med. Wolfgang Lenz ÄLRD, Internist	Main-Kinzig-Kreis, Gefahrenabwehrzentrum, Gelnhausen Fachverband Leistellen, Glücksburg
Herr Dr. med. Ulrich Mayer-Runge Leitender Arzt	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf   UKE, Zentrale Notaufnahme, Hamburg
Herr Prof. Dr. David Matusiewicz Dekan / Institutsdirektor	FOM - Hochschule für Oekonomie und Management   Fach- bereich Gesundheit und Soziales / Institut für Gesundheitsmanagement, Essen

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung (Bezeichnung, Ort)
Herr Martin Pin Präsident / Chefarzt	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Vorstand, Berlin, Kaiserswerther Diakonie, Florence-Nightingale-Kran- kenhaus, Zentrale Notaufnahme, Düsseldorf
Herr Dr. med. Stefan Poloczek ÄLRD Stadt Berlin	Berliner Feuerwehr / Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Berlin
Herr Dr. med. Stephan Prückner Geschäftsführender Direktor	Klinikum der Universität München, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München
Herr Dr. med. Florian Reifferscheid Oberarzt/ Bundesvorsitzender	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Kiel / Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Not- ärzte Deutschlands BAND, Berlin
Herr Prof. Dr. Klaus Runggaldier Geschäftsführer/ Dekan	Falck Rettungsdienst GmbH, Hamburg Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, Hamburg
Herr Dr. med. Felix Rockmann Chefarzt / Vorstandsmitglied	Barmherzige Brüder, Krankenhaus Regensburg, Notfallzent- rum / Gesellschaft für Akut- und Notfallmedizin in Bayern, Re- gensburg/ München
Herr Prof. Dr. med. Peter Sefrin Bundesarzt/ stv. Bundesvorsitzender	Deutsches Rotes Kreuz, Präsidium, Berlin / Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands BAND, Berlin
Herr MRiR Wilhelm Schier e. Referent/ Sachgebietsleitung RD	ehem. Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden / Expertenkommission der KV-Hessen / Lehrauftrag an der Technischen Hochschule Mittelhessen/ Gießen
Frau Dr. med. Christiane Stehle Geschäftsführende Direktorin	UKSH Universitätsklinikum Schleswig-Holstein   Direktorium, Campus Kiel, Kiel
Herr Dr. med. Thomas Schlechtriemen, ÄLRD Saarland	Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saar, Saarbrücken / Bexbach
Herr Dr. med. Erwin Stolpe stv. Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung   Vorstand München
Herr Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram Ärztlicher Leiter	Charité Universitätsmedizin Berlin, Notaufnahme Campus Benjamin Franklin der Charité, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Jochen A. Wer- ner, Ärztlicher Direktor & Vorstands- vorsitzender	Universitätsklinikum Essen   Vorstand, Essen
Herr Dr. med. Sebastian Wirtz Vorsitzender / Chefarzt	AGNN   Vorstand, Lübeck / Asklepios Klinik Barmbek   Abteilung für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Hamburg
Herr Dr. med. Frank Wösten Chefarzt	Klinikum Bremen-Nord   Innere Medizin I, Interdisziplinäre Zentrale Notaufnahme und Bettenmanagement, Bremen
Herr Prof. Dr. med. Christian Wrede Vizepräsident / Chefarzt	Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutmedizin (DGINA)   Vorstand, Berlin/ HELIOS Klinikum Berlin-Buch   Interdiszipl. Notfallzentrum mit Rettungsstelle, Berlin
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Markus Zimmermann, MHBA Ärztlicher Leiter	Universitätsklinikum Regensburg, Interdisziplinäre Notaufnahme, Regensburg