



CLAUS  
ENNEKER  
STIFTUNG

GESCHÄFTSSTELLE DER STIFTUNG  
GASSE 20 A | 83703 GMUND A. T.  
WWW.ENNEKER-STIFTUNG.DE  
GS@ ENNEKER-STIFTUNG.DE

## COLLABORATIVE ADVANTAGE

GEMEINSAM DENKEN  
GEMEINSAM HANDELN  
GEMEINSAM VERSORGEN

THESEN & ANTWORTEN ZUR ZUKUNFT DER  
NOTFALLMEDIZINISCHEN VERSORGUNG  
DER BEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND  
ENNEKER FORUM FALKENSTEIN  
2019 & 2022

---

# COLLABORATIVE ADVANTAGE

---

GEMEINSAM DENKEN | GEMEINSAM HANDELN | GEMEINSAM VERSORGEN

WESENTLICHE ERGEBNISSE  
ENNEKER FORUM FALKENSTEIN | 2019 & 2022

CLAUS ENNEKER STIFTUNG | MÜNCHEN  
IN ZUSAMMENARBEIT MIT

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERDISZIPLINÄRE  
NOTFALL- UND AKUTMEDIZIN (DGINA) E.V. | BERLIN

UND HESSISCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (HKG) E.V. | ESCHBORN



## HERZLICHER DANK

Herzlicher Dank an alle TeilnehmerInnen, ModeratorInnen und Impuls-Vortragende und WorldCafe-Table-Coaches.  
Ein ganz besonders herzlicher Dank geht an die Mitglieder der Berichtsredaktion (in alphabetischer Reihung):  
Dr. Matthias Brachmann, Priv.-Doz. Dr. Jörg Brokmann, Prof. Dr. Steffen Gramminger, Dr. Christian Höftberger, Prof. Dr. CK Lackner,  
Herr Martin Pin, Priv.-Doz. Dr. Stephan Prückner, Dr. Erwin Stolpe, Dr. Sebastian Wirtz.

© 2019 & 2022 | V.I.S.P. CLAUS ENNEKER STIFTUNG | MÜNCHEN  
PIC-CREDIT | ISTOCKPHOTO - BILDNACHWEIS: DNY59 -STOCK-FOTOGRAFIE-ID:184085305

## ANLASS

Die Notfallversorgung der Bevölkerung in Deutschland ist in den vergangenen Jahren immer wieder Gegenstand der öffentlichen Diskussion gewesen.

Wir bewegen uns in Deutschland in einem Angebotssystem mit verschiedenen Notfallversorgungsstrukturen und –Stufen. Die Erwartungen der Bürger an das Gesundheitssystem sind sehr hoch. Wenn ein Patient ein gesundheitliches Problem hat, muss er/sie eigenständig den Weg durch das System finden. Dabei werden die Versorgungsstufen von den Patienten nicht immer ideal getroffen.

Das Angebot der ambulanten Notfallversorgung durch den Ärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung wird sehr heterogen während der sprechstundenfreien Zeiten angeboten. 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 Hilfersuchen**, 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. & 4. Juni 2019 und am 09. & 10. Mai 2022 ausgewiesene und ausgewählte Experten aus Politik und Behörden, Landesministerien, Landkreistag und Ausschuss Rettungswesen, Landeskrankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigung, kommunalen, freigeinnützigen und privaten Klinikträgern, Hochschulen und Universitätskliniken, Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV), Marburger Bund und Ärztekammer, Bundes- und Landesvertreter von Gesellschaften für Akut- und Intensivmedizin, Ärztliche Leiter Rettungsdienst und Notarztverbände, Rettungsdienstorganisationen, Feuerwehr, Luftrettung und Leitstellen in Deutschland.

Die Fach-Expertenrunde war einer Einladung der **Claus-Enneker-Stiftung** nach Falkenstein gemeinsam mit der **Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)**, Berlin und der **Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG)**, Eschborn gefolgt und hat jeweils zwei Tage Lösungswege zur anstehenden Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland diskutiert und nachfolgende Thesen & Antworten auf die aktuell brennenden Fragen formuliert.

# FÜR EILIGE EIN ÜBERBLICK

## » ZIEL | SCHLUSSFOLGERUNG «

ES WIRD DRINGEND  
EINE NATIONALE SEKTORENÜBERGREIFENDE MASTERPLANUNG BENÖTIGT  
UM GESUNDHEITSSTRUKTUREN IN DER NOTFALLVERSORGUNG  
MIT SOLIDER BUND-/ LÄNDER-FINANZIERUNG ZU ERMÖGLICHEN

## » KONSEQUENT «

GEMEINSAM DENKEN  
GEMEINSAM HANDELN  
GEMEINSAM VERSORGEN

## » GEPLANT «

NATIONALE  
SEKTORENFREIE STRATEGIE-  
& MASTERPLANUNG  
EINER VERNETZTEN  
NOTFALLVERSORGUNG

## » VERBUNDEN «

112 | 116 117  
EINHEITLICH & DIGITAL  
VERNETZTE  
STEUERUNG

## » QUALITATIV «

GEMEINSAME, SEKTOREN-  
ÜBERGREIFENDE  
DEFINITIONEN, STANDARDS &  
QUALITÄTEN

## » STRATEGISCH «

NOTFALLSTRUKTUREN  
MÜSSEN DEN  
PATIENTENWEG VORGEBEN  
NICHT DER MARKT

## » NAHTLOS «

NAHTLOSE VERNETZUNG  
STATT WETTBEWERB  
RESSOURCEN & MITTEL  
GEMEINSAM EINSETZEN  
(TRANSEKTORALE BUDGETS)

## » INNOVATIV «

MHR MUT ZU NEUEM I!  
-> GEMEINDESCHWESTER  
-> REGIONALE NETZWERKE  
-> SATELITTEN-ZNA  
-> TELE-HAUSARZT

## » DIGITAL «

OBLIGATE DIGITALISIERUNG  
ENTLANG DES PATIENTENPFADES  
MIT LANDESWEITEN REGISTERN,  
BUNDESWEITEN STANDARDS  
& EINSATZ VON KI

## » GEHECKT «

MEDIENBRUCHFREIE  
WEITERGABE VON  
INFORMATIONEN & DATEN,  
DATENSCHUTZ ALS CHANCE

## » ANGEMESSEN «

GEEIGNETE SYSTEME &  
QUALIFIZIERTES PERSONAL  
ZUR FESTSTELLUNG DER  
BEHANDLUNGS-  
DRINGLICHKEIT & -STUFE

## » VERTRAUT «

VERLÄSSLICHKEIT  
& QUALITÄT  
DES GESAMTSYSTEMES  
DER NOTFALLVERSORGUNG

## » NACHHALTIG «

GEMEINSAME  
TRANSEKTORALE  
GESUNDHEITZENTREN  
GEGEN AUSGEDÜNNTE  
STRUKTUREN

## ZIELKORRIDOR

### GEMEINSAM DENKEN | GEMEINSAM HANDELN | GEMEINSAM VERSORGEN

Ziel muss es sein, ein nachhaltiges System für die Notfallversorgung in Deutschland für alle BürgerInnen und PatientInnen 24/7/365 zur Verfügung zu stellen, welches Vertrauen schafft und in jedem der Versorgungspfade eine zeit- und fachgerechte sowie finanzierbare notfallmedizinische Behandlung sicherstellt.

## WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM 2022

### ► THESEN ZU „VERSORGUNGSSTANDARDS & VERSORGUNGSREALITÄT“

#### PROBLEM

Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex. Die Vorhaltung **paralleler Systeme** ist für die Bürgerinnen und Bürger **verwirrend**. Aktuell existieren **parallele Steuerungen** (116117 und 112). Jeder Stakeholder beansprucht die Versorgung der Notfallpatienten für sich – die Versorgungsrealität in Deutschland sieht in Wirklichkeit anders aus.

#### LÖSUNG

- Es wird dringend eine **nationale sektorenübergreifende Masterplanung** benötigt, um Gesundheitsstrukturen mit solider Bund-/Länder-Finanzierung zu ermöglichen. Diese bessere Vernetzung der Kliniken, Rettungsdienste und der ambulanten Leistungserbringer in einer **gemeinsamen, ressourcenschonenden strategischen Strukturplanung** ist zwingend notwendig.
- Der **Zugang zur Notfallversorgung** muss für alle Bürgerinnen und Bürger **einfach und niedrigschwellig** möglich sein, dies erfordert i. S. einer bedarfsgerechten Daseinsvorsorge eine **zeitnahe Vernetzung und routinemäßige Abstimmung der Beteiligten**.
- **Notfallstrukturen müssen den Patientenpfad vorgeben und nicht der Markt**. Aktuell steuern überwiegend ökonomische Anreize das System. Eine **nachhaltige Gesundheitsversorgung** ist politisch besser einzuplanen und die Finanzierung staatlich zu sichern.
- Die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger muss auf lange Sicht gestärkt werden.

### ► THESEN ZU „SEKTORENÜBERGREIFENDE PERSPEKTIVEN & MÖGLICHKEITEN“

#### PROBLEM

Das **Antwortverhalten** des Systems der Notfallversorgung in Deutschland ist aktuell in punkto (Mindest-)Standards und Qualität sehr heterogen.

#### LÖSUNG

- **Gemeinsame sektorenübergreifende Definition** von Mindeststandards zu Ausstattung, Kompetenzen, Qualifikation, Qualitätserfordernisse der Handelnden sind **dringend erforderlich**.
- Der Sicherstellungsauftrag der KVen muss **definiert und verlässlich realisiert** werden und ist nach zeitgemäßen Kriterien in der jetzigen Form nicht mehr im Nebenamt/ nebenbei leistbar.
- Moderne **qualitätsgestützte und bürgernahe Notfallversorgung** erfordert **einheitliche & strategische Steuerung sowie vernetzte Strukturen mit übergreifendem Qualitätsmanagement**.

## WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM 2022

### ► THESEN ZU „PATIENTENSTEUERUNG – WER & WOHNIN ?“

#### PROBLEM

**Strukturen und Prozesse** des Systems der Notfallversorgung in Deutschland orientieren sich noch zu stark an den **Sektorengrenzen** (ambulant|stationär).

#### LÖSUNG

- notfallmedizinische Versorgung muss „**sektorenfrei**“ gedacht und aufgebaut werden. Der Zugang zu Gesundheitsversorgung, die Umwandlung und Weiterentwicklung z.B. in „Gesundheitszentren“ ist politisch zu fördern.
- Die Steuerung der **Patientenströme** der stationären bzw. ambulanten Notfallversorgung sind **gemeinsam** und **transparent** festzulegen.
- Ein **geregelter Abfluss** stationär <-> ambulant ist eine erfolgskritische Voraussetzung
- Digital vernetzte Leitstellen **112 + 116117** (virtuelles Ein-Tresen-Modell) sind bundesweit umzusetzen. Eine **App-Lösung** zur Steuerung (Symptome erkennen, Zuordnung treffen) ist für die Bevölkerung eine sinnvolle Ergänzung.

### ► THESEN ZU „ATTRAKTIVITÄT ARBEITSPLATZ NOTFALLVERSORGUNG / PERSPEKTIVEN IN DER AKUT- UND NOTFALLMEDIZIN“

#### PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland erscheint als Arbeitsplatz nicht ausreichend nachhaltig und attraktiv.

#### LÖSUNG

- Strukturen und Funktionen der **notfallmedizinischen Versorgung** der Bevölkerung sind „**nebenbei**“ nicht leistbar.
- **Proaktive und strategische Karriereplanung** innerhalb der Notfallmedizin.
- **Arbeitsplatzmodelle mit unterschiedlichen Belastungssituationen** und nicht nur Dauerspitzen.
- Arbeitsplatzzufriedenheit durch institutionelle **Professionalisierung & Qualifikationsmix**.

### ► THESEN ZU „OBLIGATER DIGITALISIERUNG ENTLANG DES PATIENTENPFADES“

#### PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland hat aktuell keine erkennbare transsektorale Digitalisierungsstrategie.

#### LÖSUNG

- Notwendigkeit der Erhebung **transsektoraler & transparenter Routinedaten**, um Bedarfe zu erkennen und entsprechend zu steuern.
- (landesweite & bundesweites) **Notfallregister mit Routinedatensammlung** spiegeln die Versorgungsrealität, ermöglichen bessere transparente Prozesse und steuern Interoperabilität/Standardisierung. Hierzu bedarf es eines **bundesweiten Standards** (analog Trauma-, Rea- oder Intensivregister) mit nahtlosem Routine-Austausch eines Notfallstammdatensatzes zwischen Niedergelassenen, Rettungsdienst (Boden/Luft) und klinischen Notfallversorgern.
- Potential der **KI jetzt nutzen & Datenschutz als Chance** und nicht als Bremse begreifen.

## WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM 2022

### ► THESEN ZU „FINANZIERUNG & NACHHALTIGKEIT“

#### PROBLEM

Versorgungsstandards von Notfallpatienten sind aktuell durch die **streng sektorenbegrenzten Finanzierungen** getriggert. Es kommt zu **kostentreibenden Doppelfinanzierungen und Fehlanreizen**. **Aktuell steuern und führen überwiegend ökonomische Anreize das System**. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung ist politisch besser zu planen und die Finanzierung staatlich zu sichern. Die Finanzierung der Notfallversorgung und die Vorhaltung ist als Bestandteil der Daseinsvorsorge nicht ausreichend berücksichtigt.

#### LÖSUNG

- o **Vernetzung statt Wettbewerb** politisch fördern und fördern - **Daseinsvorsorge** statt informeller Betriebsfinanzierung. Einführung eines **eigenen Fachbereichsschlüssels** zur Kalkulation.
- o **Reduktion des finanziellen Drucks und Stärkung der Kooperation** ohne das Risiko des finanziellen Nachteils.
- o **Sektoren nahtlos bewirtschaften** und dabei **Ressourcen & Mittel gemeinsam einsetzen**.
- o Vorhaltefinanzierung für schwach besiedelte Gebiete berücksichtigen (**Strukturausgleich**).
- o regionale auskömmliche **transsektorale Notfallbudgets** - dabei **erst nachhaltige Strukturen** schaffen und **dann Finanzierung** darauf abstimmen.
- o Kurzliegende stationäre Notfälle, die aus der Notaufnahme heraus entlassen werden, sollten über eine **Bridging-Pauschale oder eine Hybrid-DRG** vergütet werden.

### ► THESEN ZU „UND WAS IST MIT DEM LÄNDLICHEN RAUM?“

#### PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland impliziert (noch) nicht genügend Innovationsdruck, um die Versorgung in strukturarmeren und ländlichen Regionen sicherzustellen.

#### LÖSUNG

- o Die im **Koalitionsvertrag** aufgeführte **Gemeindeschwester** ist ein **dringlich** umzusetzender Ansatz.
- o Die Förderung **gemeinsamer transsektoraler Versorgungszentren** zur medizinischen Regelung als auch zur Notfallversorgung der Bevölkerung ist im ländlichen Raum umzusetzen.
- o Die Förderung von **regionalen Gesundheitsnetzwerken** muss gestärkt werden.
- o Kleinere & regionale Notfallzentren sollten als **Satelliten-ZNA's** an große überregionale Zentren digital angebunden und vernetzt werden – dies sichert nachhaltig die Qualität der Versorgung.
- o Der Einsatz von digitalen Lösungen, wie z.B. der **Tele- Hausarzt** (telemedizinisch erreichbarer Hausarzt) wird von PatientInnen zunehmend eingefordert werden.

## ANTWORTEN DES EXPERTENFORUM 2019

### ► „EINE NUMMER FÜR ALLE HILFEERSUCHEN“

#### PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland erfüllt noch nicht die Anforderung an eine effiziente, digitalisierte Steuerung.

#### LÖSUNG

- o **24/7** Erreichbarkeit und ein verbindliches, qualitativ identisches **Abfrageschema und Konzept zur Dispositionsentscheidung** sowie **ausgebildete Disponenten/ Dispatcher** zur sicheren Zuordnung der **Notruf-Dringlichkeit** und zur **Disposition**.
- o Ein evaluiertes System zur **strukturierten und standardisierten Notrufabfrage/ Hilfeersuchen und Disposition** mit **intelligenten selbstlernenden Systemen** (mit KI-Kompetenz).
- o Eine standardisierte **medienbruchfreie Weitergabe des Hilfeersuchens an ambulante Versorgungssysteme** zur Entlastung der ILS (Rettungsdienst und Feuerwehr).
- o ein obligates System zur **Evaluation der Qualität der Disposition**, um stetige Verbesserung in der Treffsicherheit zu erreichen.

### ► AN DEN KLINIKEN WERDEN „INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN (INZ)“ EINGERICHTET

#### PROBLEM

Die Strukturen möglicher INZ in Deutschland sollten nochmals strategisch überdacht werden.

#### LÖSUNG

- o Die **Einrichtung von INZ** wird **begrüßt**, **Festlegung der Standorte** der INZ muss durch die **Landeskrankenhausplanung** erfolgen.
- o Die vom Rettungsdienst/Krankentransport zugeführten Patienten werden **unverzüglich nach Behandlungsdringlichkeit** gesichtet – hierfür ist ein **geeignetes System & qualifiziertes Personal** vorzuhalten, um **Dringlichkeit** und **Behandlungsstufe** (ambulant/stationär) zu bestimmen.
- o INZ müssen die **bedarfsgerechte ambulante Versorgung durch eine KV-Notdienstpraxis** sicherstellen und in eine **sektorenübergreifende Auswertung** der Notfallbehandlungsdaten einbezogen werden.
- o Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen werden um **konstruktive Kooperation** im Sinne „Gemeinsam Denken | Gemeinsam Handeln | Gemeinsam Versorgen“ ersucht.

### ► „GESTUFTES SYSTEM DER NOTFALLVERSORGUNG“ IN KLINIKEN

#### PROBLEM

Die Strukturen möglicher INZ in Deutschland sollten nochmals strategisch überdacht werden.

#### LÖSUNG

- o die **Reduktion von Standorten** steht einer wohnortnahen Versorgung der Bürger entgegen - entgegen, kann jedoch durch **gemeinsame transsektorale Versorgungszentren** sehr gut kompensiert werden.
- o die **Zentrumsbildung** führt zu einer weiteren **Kumulation von Notfallpatienten** in den betroffenen / beteiligten Kliniken, führt zu weiteren Wegen und damit zu einer möglichen Mehrbelastung des Rettungsdienstes.
- o Die **verlängerten präklinischen Versorgungs- und Transportzeiten bei kritischen Patienten können eine Outcome-Verschlechterung** (> 60 min Notruf->Klinik-Intervall) bewirken.

## EPILOG - ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN ZU DEN ANTWORTEN

Wir bewegen uns in Deutschland in einem Angebotssystem verschiedener Notfallversorgungsstrukturen und –Stufen. Die Erwartungen der Bürger an das Gesundheitssystem sind sehr hoch. Wenn ein Patient ein gesundheitliches Problem hat, muss er/sie eigenständig den Weg durch das System finden. 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.

### ► „Eine Nummer für alle Hilfeersuchen“

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 2019 VOR:

- Die gemeinsamen Nummern für Hilfeersuchen sind **24/7** unter den etablierten Notrufnummern 112, 116117 erreichbar und eng vernetzt.
- Hilfeersuchen werden unter beiden Nummern nach einem verbindlichen, qualitativ identischen **Abfrageschema und Konzept zur Dispositionsentscheidung** abgewickelt
- Die Einrichtungen für Hilfeersuchen unter beiden Nummern benötigen entsprechend **ausgebildeter Disponenten/ Dispatcher zur sicheren Zuordnung der Notruf-Dringlichkeit und zur Disposition** des geeigneten Dienstes
- Die Einrichtungen für Hilfeersuchen unter beiden Nummern benötigen ein evaluiertes System zur **strukturierten und standardisierten Notrufabfrage/ Hilfeersuchen und Disposition** mit entsprechender technischer Unterstützung für das erweiterte Spektrum. Hier erscheinen für die Zukunft **intelligente selbstlernende Systeme** (mit KI-Kompetenz) erfolgversprechend
- Zur Entlastung der ILS (Rettungsdienst und Feuerwehr) muss eine standardisierte **medienbruchfreie Weitergabe des Hilfeersuchens an ambulante Versorgungssysteme** organisiert sein
- Die gemeinsamen Nummern für Hilfeersuchen sollten auch jeweils aktuelle Informationen ausgewählte Pflegedienste, Sozialdienste und Palliativdienste mit kurzen Reaktionszeiten verbindlich vorhalten und ggfls. aktivieren können

- Die Einrichtungen für Hilfeersuchen benötigen unter beiden Nummern ein System zur **Evaluation der Qualität der Disposition**, um stetige Verbesserung in der Treffsicherheit zu erreichen.
- Die Daten sollen unabhängig von Sektorengrenzen und im Rahmen der Versorgungsforschung von einer neutralen Stelle und Standortübergreifend ausgewertet werden. Es ist ein bundesweites Qualitätsmonitoring zu etablieren

### ► An den Kliniken werden Integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet

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 **Behandlungsstufe (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** (Stand 2019) **nach einhelliger Meinung dafür ungeeignet**. In 2022 führt hierzu die HKG gemeinsam mit der KV das sogenannte SaN-Pilotprojekt durch und evaluiert hierbei SmED bzw. SmED contact. (Stand 2022).

## GRUNDSÄTZLICH FORDERT DER EXPERTENKREIS IN 2019:

- 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 (Stand 2019) und SmED contact plus wissenschaftlich zu evaluieren (Stand 2022).
- Entsprechend dieser Feststellung wird der Patient in die Notfallpraxis oder die Notaufnahme gelenkt.

- 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, kleinen Wundversorgung, Notfall-Sonographie)
  - Die geregelte Kooperation (z.B.: Notfall-Röntgen- und/oder Labordiagnostik)
- INZ sollen in eine **Sektorenübergreifende Auswertungen** der Notfallbehandlungsdaten einbezogen werden. Dafür bedarf es einheitlicher Datensätze und Kennzahlen für ein gemeinsames QM
- **Regionale Pilotprojekte**, welche grundsätzlich den Forderungen des Expertenkreises entsprechen (z.B. das Projekt der sektorenübergreifende Notfallversorgung in Hessen [SaN]) sollten gefördert und evaluiert werden. (Stand 2022)

#### ► 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 1.748 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 IN 2019 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 entgegensteht
- die **Zentrumsbildung zu einer weiteren Kumulation von Notfallpatienten** in den betroffenen / beteiligten Kliniken führt
- Die Strukturänderung zu weiteren Wegen und damit zu einer möglichen 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

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 ambulanten 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 | 2022

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Dr. med. Andreas Botzlar, 2. Bundesvorsitzender/ 1. Vizepräsident	Marburger Bund e.V.   Bundesverbandes, Berlin Bayerische Ärztekammer KÖR, München BG Unfallklinik Murnau gGmbH   Unfallchirurgie, Murnau
Frau Diplom-Pflegewirtin (FH) Sabine Brase, M.Sc. Pflegedirektorin / Mitglied der Leitung Lehrbeauftragte	Universitätsmedizin Oldenburg AöR   Pflegedirektion, Oldenburg   Verband der PflegedirektorInnen Universi- tätskliniken Deutschland e.V.   Berlin EAH Jena - Ernst-Abbe-Hochschule Jena KÖR   Jena
Frau Prof. Dr. med. Sabine Blaschke-Steinbrecher, CEDE Ärztliche Leitung	Universitätsmedizin Göttingen StÖR   Zentrale Notaufnahmestelle, Göttingen
Herr Dr. rer. pol. Dipl.-Volkswirt Matthias Brachmann Geschäftsführer / Geschäftsführer	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   Notfallcampus, Düsseldorf / bcmed GmbH   Ulm
Herr Dr. med. Christian Braun, M.A. Geschäftsführer / Ärztlicher Direktor Vorsitzender des SKHG-Vorstandes	Klinikum Saarbrücken gGmbH   Vorstand des Klinikums, Saarbrücken Saarländische Krankenhausgesellschaft e.V.   Vorstand, Saarbrücken (SKHG)
Herr Priv.-Doz. Herr Dr. med. Jörg Christian Brokmann Leitender Arzt ZNA	Uniklinik RWTH Aachen AöR   Zentrale Notaufnahmestelle, Aachen
Herr Frédéric Bruder Geschäftsführer / Accountable Manager	ADAC Luftrettung gGmbH   Geschäftsführung, München
Frau Dr. med. Alina Dahmen, M.Sc., Medizinische Direktorin	Klinikum Wolfsburg   Direktorium, Wolfsburg
Herr Dr. med. Janosch Dahmen, MdB Gesundheitspolitischer Sprecher	Deutscher Bundestag   Gesundheitsausschuss, Berlin Bündnis 90 / Die Grünen   Bundestagsfraktion, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Christoph Dodt Erweiterter Vorstand / Chefarzt/ Vizepräsident	Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   beratendes Vorstandsmitglied, Berlin/ München Klinik Bogenhausen   Klinik für Akut- und Not- fallmedizin, München / Europ. Gesellschaft f. Notfallmedi- zin (EUSEM), Antwerpen
Herr Prof. Dr. med. Harald Dormann Erweiterter Vorstand / Sprecher / Chef- arzt	Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   beratendes Vorstandsmitglied, Sprecher des Boards Patientenversorgung & Wissenschaft, Berlin/ Klini- kum Fürth   Zentrale Notaufnahmestelle, Fürth
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Felbinger Chefarzt	München Klinik Neuperlach & München Klinik Harlaching   Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie Akut- und Notfallmedizin, München
Frau Dr. med. Claudia Fremder Geschäftsführerin/ Vorstand	Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband DGD e.V.   Geschäftsführung, Marburg / DGD-Stiftung StÖR   Vorstand, Marburg
Herr Bernhard Gliwitzky, FERC Sprecher der Sektion / GF der GRC-Akademie	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V.   Sektion Notfall- und Katastro- phenmedizin, Berlin / German Resuscitation Council e.V.   Akademie, Bellheim

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Prof. Dr. med. Steffen Gramminger, M.A. Geschäftsführender Direktor/ Departmentleiter	Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) e.V.   Geschäftsführung, Eschborn Medical School Hamburg GmbH   Department Medizinma- nagement, Hamburg
Herr Dr. jur. Christian Höftberger, MBA Präsident / Vorsitzender des Vorstandes	Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) e.V.   Vorstand, Eschborn / Rhön-Klinikum AG   Vorstand, Bad Neustadt a. d. Saale
Frau Dipl.-Polit. Melanie Kanzler Verbandsdirektorin	Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV)   Direktorium, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Christian K. Lackner, Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung StbR   Vorstand, München
Herr Ulrich Langenberg RB'r, Gruppenleitung Krankenhaus	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Lan- des Nordrhein-Westfalen   Abteilung IV, Krankenhausver- sorgung, Düsseldorf
Herr Dr. rer. pol. Wulf-Dietrich Leber Abteilungsleitung	GKV-Spitzenverband KÖR   Abteilung Krankenhäuser, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alex Lechleuthner Institutsleiter & Äztl. Leiter RD/ Direk- tor/ Vorsitzender des Bundesvorstandes	Stadt Köln - Berufsfeuerwehr Köln   Institut für Notfallme- dizin, Köln Technische Hochschule Köln KÖR   Institut für Rettungsin- genieurwesen und Gefahrenabwehr, Köln / Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V.   Vorstand, Köln
Herr Oberstarzt a. D. Prof. Dr. med. Andreas Markewitz Medizinischer Geschäftsführer	DIVI   Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V., Präsidium und Geschäftsstelle, Berlin
Frau Dr. med. Ranka Marohl Mitglied des Vorstandes / Chefarztin	Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   Vorstand, Berlin/ Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH   Interdisziplinäre Notfallambulanz und Klinik für Notfall- und Akutmedizin, Köln
Herr Ministerialdirigent Jochen Metzner Leiter der Abteilung	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demo- graphie des Landes Rheinland-Pfalz   Abteilung Gesundheit, Mainz
Frau Dr. med. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, M.Sc. Vorstandsmitglied und Vorsitzende Leitende Oberärztin	Ärztekammer Nordrhein KÖR   Kammervorstand & Kran- kenhauskommission, Düsseldorf / Marburger Bund e.V.   Landesvorstand Nordrhein-Westfalen / Rheinland-Pfalz, Düsseldorf, Klinikum Leverkusen gGmbH   Klinik für Anäs- thesiologie und Intensivmedizin, Leverkusen
Herr Kevin Pfaffner, Ges.-oec. (M.Sc.) Verwaltungsleiter   Prokurist	Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH   Rhön Kli- nikum AG   Kaufmännische Geschäftsführung, Standort Marburg, Marburg
Herr Martin Pin Präsident / Chefarzt	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   Vorstand, Berlin / Kaiserswerther Diakonie   Fl.-Nightingale- Krankenhaus   Zentrale Notaufnahmestelle, Düsseldorf
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Prückner Geschäftsführender Direktor	Klinikum der Universität München AöR   Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Fabian Schülke Director, Head of Hospital Consulting	PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft   PwC Deutschland, Healthcare Consulting, Hospital Consulting, Frankfurt und Stuttgart
Frau Priv.-Doz. Dr. med. Sara Sheikhzadeh Chefärztin	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH   Asklepios Klinikum Harburg und Klinik St. Georg   Zentrale Notaufnahmen Harburg und St. Georg, Hamburg
Herr Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram Erweiterter Vorstand / Ärztlicher Leiter	Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   beratendes Vorstandsmitglied, Charité Universitätsmedizin Berlin KöR   Notaufnahme Campus Benjamin Franklin der Charité, Berlin
Herr Dr. med. Eckhard Starke stv. Vorstandsvorsitzender/ Mitglied	Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) KöR   Vorstand, Frankfurt am Main / Kassenärztliche Bundesvereinigung KöR   KBV-Vertreterversammlung, Berlin
Herr Dr. med. Erwin Stolpe stv. Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung StbR   Vorstand München
Herr Stefan Sydow Leiter der Abteilung.	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration   Abteilung V Gesundheit, Wiesbaden
Frau Justiziarin Anja Tiedemann	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) JPÖR   Abteilung Recht, Berlin
Herr Dr. med. Frank Wösten Ärztlicher Direktor / Chefarzt Leiter	Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen gGmbH   Direktion Nord, Klinikum Bremen-Nord / Interdisziplinäre Zentrale Notaufnahme, Kurzlagerstation und Belegungsmanagement, Bremen/ DGINA e.V.   Landesgruppe Bremen, Bremen
Frau Dr. med. Brigitte Wrede, MPH Leitung der Arbeitsgruppe	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin   Arbeitsgruppe Krankenhausplanung, Qualitätssicherung und Notfallversorgung, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Christian Wrede Vizepräsident / Chefarzt	Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.   Vorstand, Berlin/ HELIOS Klinikum Berlin-Buch GmbH Interdisziplinäre Notfallzentrum mit Rettungsstelle, Berlin
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Markus Zimmermann, MHBA Leiter / ÄLRD	Universitätsklinikum Regensburg AöR   Klinische Akut- & Notfallmedizin, Interdisziplinäre Notaufnahme, Regensburg

## 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
Herr Priv.-Doz. 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 / amtier. Vorsitzende des Länderausschusses "Rettungswesen", Berlin
Frau Elke Huster-Nowak Fachabteilungsleiterin	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz / Gesundheitsbehörde, 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   Fachbereich 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 Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Prückner, Geschäftsf. 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. Bundesvorsitzen- der	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
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 & Vor- stands-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



## CLAUS ENNEKER STIFTUNG

GESCHÄFTSSTELLE DER STIFTUNG  
GASSE 20 A | 83703 GMUND A. T.  
WWW.ENNEKER-STIFTUNG.DE  
GS@ENNEKER-STIFTUNG.DE