

Positionspapier

10 Punkte zur Verbesserung der Notfall- und Katastrophenversorgung im deutschen Gesundheitswesen

Die in den letzten Jahren in Deutschland sowie international zu verzeichnende deutliche Zunahme von terroristischen- und Amoklagen sowie Naturkatastrophen verdeutlicht die enormen Herausforderungen an das deutsche Gesundheitssystem und unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer verbesserten Notfall- und Katastrophenversorgung. Auch die Verpflichtung Deutschlands als NATO-Mitglied im Bündnisfall die medizinische Versorgung einer Vielzahl von Patienten sicherzustellen, macht eine entsprechende Vorbereitung notwendig.

Die jüngsten Ereignisse in Magdeburg am 20. Dezember 2024 und München am 13. Februar 2025 haben erneut gezeigt, dass eine intensive Vorbereitung sowie regelmäßige Schulungen und Übungen von Notfallkonzepten unabdingbar für die erfolgreiche Bewältigung von lebensbedrohlichen Einsatzlagen und eine sichere Patientenversorgung insbesondere in Krisensituationen und Großschadenslagen sind.

Die infrastrukturellen Voraussetzungen für die Bewältigung von Großschadensereignissen durch die Einsatzkräfte in der präklinischen und innerklinischen Versorgung sind jedoch regional sehr unterschiedlich und aus Sicht der Autoren und Unterzeichner häufig unzureichend koordiniert. Darüber hinaus sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund und Ländern für den Katastrophen- bzw. Kriegsfall zwar gesetzlich geregelt, es fehlt jedoch an der Umsetzung in die operative Praxis und deren gesicherter Finanzierung. Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wird die kostenintensive Vorbereitung der Krankenhäuser auf den Katastrophen- und Kriegsfall sogar ganz ausgeklammert.

Als Vertreter der notfall- und katastrophenmedizinisch relevanten Fachgesellschaften und ihrer Partner sehen die Autoren und Unterzeichner es daher als ihre Pflicht an, auf die dringende Notwendigkeit umfassender gesetzlicher und struktureller Anpassungen im deutschen Gesundheitswesen hinzuweisen. Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist entscheidend, um die Resilienz des deutschen Gesundheitssystems zu stärken und für zukünftige Herausforderungen, einschließlich möglicher Szenarien der Landes- und Bündnisverteidigung, gewappnet zu sein.

10 Punkte für eine zukunftssichere Notfall- und Katastrophenversorgung in Deutschland

- 1) Zeitnahe **Verabschiedung** des Gesetzes zur **Reform der Notfallversorgung** (**NotfallG**).
- 2) **Prioritäre Erarbeitung** eines überfälligen **„Gesundheitssicherstellungsgesetzes“**.
- 3) **Verbindliche Umsetzung** der **gesetzlichen Zuständigkeit** der Ministerien der Länder und des Bundes, **koordinative Zusammenarbeit** und gemeinsames **Wahrnehmen** der Verantwortung.
- 4) **Bundeseinheitliche Governance** und **Finanzierung** der Notfall- und Katastrophenversorgung:
 - Übergeordnete, geregelte durchgängige Führungs- und Meldestruktur sowie klare Aufgabenverteilung in Bund, Land und Kommune
 - Verbindliche einheitliche Führungs-, Organisations- und Kommunikationsstruktur in den Krankenhäusern und mit externen Partnern
 - Eindeutige bundeseinheitliche Nomenklaturen der Krisenversorgung und Katastrophenmedizin
 - Regelung und Ausbau der Zusammenarbeit mit der Polizei bei Terror- und Amoklagen
- 5) **Zivil-militärische Zusammenarbeit** mit klaren Strukturen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben unter Einbindung der Fachgesellschaften gemeinsam mit den Landeskommandos der Bundeswehr.
- 6) **Strategische Patientensteuerung** und **-verteilung** von Patienten in lebensbedrohlichen Einsatzlagen zur Sicherstellung einer ressourcenadaptierten Gesamtbelastung des Gesundheitssystems unter Nutzung etablierter Strukturen (z. B. Kleeblatt-Struktur, TraumaNetzwerk DGU®).
- 7) Moderne, digitale **Behandlungskapazitätsnachweise** und Aufbau einer Plattform zur Qualitätssicherung der Versorgung.
- 8) Konsequente und flächendeckende Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen und gesicherte Finanzierung zur Entwicklung und regelmäßigen **Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen** sowie verpflichtende regelmäßige, interdisziplinäre und interprofessionelle **Schulungen** spezifischer Inhalte zur taktisch-strategischen Planung, Kommunikation, Logistik sowie zu akut- und notfallmedizinischen inklusive chirurgischen Kompetenzen in lebensbedrohlichen Einsatzlagen sowie entsprechende **Durchführung von Großschadensübungen** gemeinsam mit den Krankenhäusern, Rettungs- und Notarztdiensten, Feuerwehren und Behörden unter Begleitung eines Peer-Review Verfahren zur Qualitätssicherung.
- 9) Gesetzliche Regelung der **baulichen Basissicherheit an** Krankenhäusern im Hinblick auf **Amok- und Terrorlagen** sowie **Landes- und Bündnisverteidigung**.
- 10) Verbindliche Regelung der Logistik und Finanzierung **spezieller Materialkontingente** und **Teilnahme** an der **Sanitätsmittelbevorratung** des Bundes.

Als Vertreter der Fachgesellschaften appellieren wir an die politischen Entscheidungsträger in Bund und Ländern, die notwendigen Schritte zur Verbesserung der gesamtstaatlichen Sicherheit und Krisenvorsorge im Gesundheitsbereich zeitnah einzuleiten. Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist entscheidend, um die Resilienz des deutschen Gesundheitswesens zu stärken und auf zukünftige Herausforderungen vorbereitet zu sein.

Im Detail begründen wir die o.g. genannten Punkte wie folgt:

zu 1) Von entscheidender Bedeutung für die Verbesserung der Notfallversorgung in Deutschland ist die zügige Verabschiedung des "NotfallG". Mit diesem Gesetz sollen die Strukturen der Notfallversorgung bundesweit vereinheitlicht und effizienter gestaltet werden. Die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst, Krankenhäusern und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst einschließlich der Feuerwehren und der Behörden mit Sicherheitsaufgaben muss auch vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen optimiert werden, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherzustellen^{1,2}. Grundlage hierfür sind u. a. ein einheitlicher Dokumentationsstandard für alle Sektoren der Akut- und Notfallversorgung im Sinne der digitalen Rettungskette auf der Basis langjährig erfolgreich etablierter, moderner und international gültiger Dokumentations- und Interoperabilitätsstandards (AKTIN-Infrastruktur)^{3,4,5}. Auf den Mehrwert dieser Infrastruktur u. a. für eine datenbasierte Optimierung der Patientensteuerung sowie ein nachhaltiges Qualitätsmanagement wurde bereits in der Neunten Stellungnahme der Regierungskommission hingewiesen⁶.

zu 2) Ein dringend notwendiges Instrument zur Stärkung der Resilienz des deutschen Gesundheitswesens ist das Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG). Es soll die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten in Krisensituationen (Landes- und Bündnisverteidigung) sicherstellen und das strategische Patientenmanagement sowie regelmäßige Notfallübungen regeln⁷. Die zügige Erarbeitung und Verabschiedung dieses Gesetzes ist für eine bessere Vorbereitung des Gesundheitswesens auf Großschadenslagen und militärische Konflikte unerlässlich. Der kürzlich stattgefundene Fachworkshop des Bundesministeriums für Gesundheit unter Einbeziehung von Leistungserbringern, Verbänden und Fachgesellschaften war ein wichtiges Signal zur konstruktiven Zusammenarbeit.

zu 3) Eine verbindliche Regelung und Wahrnehmung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Ländern ist für ein effektives Krisenmanagement unerlässlich. Zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen und militärischen Konfliktsituationen ist ein strategischer Gesamtansatz erforderlich⁸. Unklarheiten in den Ressortzuständigkeiten und Weiterreichen der Verantwortung auf diesen Ebenen behindern eine effektive Vorbereitung. Eine verbindliche gesetzliche Regelung wird die Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Ebenen verbessern und eine einheitliche Führungs- und Meldestruktur sowie eine klare Aufgabenverteilung in Bund, Ländern und Kommunen gewährleisten⁹.

zu 4) Eine bundeseinheitliche Governance-Struktur und Finanzierung der Notfall- und Katastrophenversorgung wird eine flächendeckende Qualität sicherstellen. Dies umfasst:

- Einheitliche Führungs- und Meldestruktur: Eine übergeordnete, durchgängige Struktur ist essentiell für eine effektive Koordination in Krisensituationen¹⁰.
- Verbindliche Führungs- und Organisationsstruktur in Krankenhäusern: Eine einheitliche Struktur, wie sie im Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP) des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe vorgeschlagen wird, ist unerlässlich für eine effektive Krisenbewältigung¹¹.
- Bundeseinheitliche Nomenklaturen: Eine einheitliche Sprache und Terminologie sind entscheidend für eine reibungslose Kommunikation in Krisensituationen^{12,13}. Die kürzlich veröffentlichten katastrophenmedizinischen prähospitalen Behandlungsleitlinien bieten hierfür eine gute Grundlage¹⁴.

zu 5) Die Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ) gewinnt wieder zunehmend an Bedeutung. Bisher konnte sich der Katastrophenschutz und die zivilen Strukturen auf die Unterstützung der Bundeswehr verlassen. Bei Landes- und Bündnisverteidigung wird sich das umkehren und die Streitkräfte werden die Unterstützung der zivilen Versorgungsstrukturen benötigen. Um dies erfolgreich zu gewährleisten, ist eine klare Struktur und Aufgabenverteilung sowie gemeinsame Übungen zwischen zivilen und militärischen Akteuren, unter Einbeziehung der relevanten Fachgesellschaften notwendig¹⁵. Auch hier sind aktuell vom Bundesministerium für Gesundheit die ersten Schritte für einen weitergehenden nachhaltigen Austausch unternommen worden, der von den Leistungserbringern, Verbänden und Fachgesellschaften sehr begrüßt wird.

zu 6) Entscheidend für die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten ist ein effektives Patientenmanagement. Übergeordnetes Ziel bei Krise, Krieg oder Massenanfall von Verletzten und Erkrankten muss es sein durch eine koordinierte direkte Verteilung von Personal, Material und Patienten querschnittlich den bestmöglichen Behandlungsstandard im Gesamtsystem sicherzustellen. Hierbei können bestehende Strukturen wie das Kleeblatt-System oder der länderspezifische Bettennachweis entsprechend der Anforderungen weiterentwickelt und sollten bestehende Strukturen wie das TraumaNetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie genutzt und auch unter Einsatz digitaler Lösungen kontinuierlich aufeinander abgestimmt werden^{15,16}.

zu 7) Die Implementierung moderner, digitaler Behandlungskapazitätsnachweise und einer Plattform zur Qualitätssicherung¹⁷ der Versorgung ist notwendig. Dies ist essenzielle Grundlage der Erstellung eines tagesaktuellen Lagebildes über die vorhandenen Behandlungskapazitäten und ermöglicht die effiziente und transparente Ressourcenallokation in Krisensituationen zu gewährleisten. Zusammen mit medizinischen Datenregistern ist dies ein zentrales Instrument der Versorgungsforschung und

ein wertvolles Werkzeug der medizinischen Qualitätssicherung³. Die strukturierte, plausibilitätsgeprüfte Erfassung großer Fallzahlen auf einer longitudinal ausgerichteten Zeitachse mit unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten ermöglicht Aussagen zu zahlreichen relevanten Outcomes nicht nur zur Mortalität von Patienten¹⁸.

zu 8) Für die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung von Alarm- und Einsatzplänen sowie für verpflichtende, regelmäßige, interdisziplinäre und interprofessionelle Fortbildungen sind gesetzliche Grundlagen einschließlich der Regelung der Finanzierung erforderlich. Diese sollten spezifische Inhalte zur taktisch-strategischen Planung, Kommunikation, Logistik sowie zu akut- und notfallmedizinischen, inklusive chirurgischen Kompetenzen in lebensbedrohlichen Einsatzlagen beinhalten. Notaufnahmen nehmen eine zentrale Rolle bei der Disposition der Patienten innerhalb der klinischen Versorgungsstrukturen ein¹⁹. Wesentlich ist die gemeinsame Durchführung von Großschadensübungen unter Beteiligung aller bereits aufgezählter Strukturen mit begleitendem Peer-Review-Verfahren zur Qualitätssicherung²⁰.

zu 9) Eine gesetzliche Regelung der baulichen Basissicherheit an Krankenhäusern im Hinblick auf Amok- und Terrorlagen sowie Bündnis- und Landesverteidigung, gemäß dem Positionspapier der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus Einsatzplanung (DAKEP), ist erforderlich, um die Sicherheit und Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser in Krisensituationen zu gewährleisten²¹.

zu 10) Eine verbindliche Regelung der Logistik und Finanzierung spezieller Materialkontingente sowie die Beteiligung an der Sanitätsmittelbevorratung des Bundes sind unabdingbar, um eine adäquate Versorgung in Krisensituationen sicherzustellen. Es ist bekannt, dass eine wesentlich höhere Anzahl an Verletzten mit speziellen, schwerwiegenden thermisch-traumatischen Verletzungsmustern bei einem Massenansturm von Patienten in der Zivilen Verteidigung zu erwarten ist¹¹.

Die Deutsche Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS e.V.) das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF e.V.) und die Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF e.V.) unterstützen als methodisch orientierte Fachgesellschaften und Dachverbände diese Initiative. Sie weisen jedoch darauf hin, dass bei solchen komplexen Eingriffen in die Versorgungsstrukturen grundsätzlich die Evaluation der Zielerreichung, sowie die Erfassung von nicht intendierten Effekten durch eine unabhängige, methodisch gut geplante und durchgeführte Begleitforschung notwendig ist. Dies sollte bei der Evaluation der Zielerreichung und möglicher Nebeneffekte daher Bestandteil der Gesetzgebung sein.

Alle genannten Fachgesellschaften sind gern bereit, ihre Expertise in den Gesetzgebungsprozess einzubringen und bei der Umsetzung der notwendigen Maßnahmen zu unterstützen. Gemeinsam können wir ein resilientes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem gestalten, das uns in Zukunft in

die Lage versetzt, Großschadenslagen zu bewältigen und eine sichere Patientenversorgung zu gewährleisten.

Autoren: Prof. Dr. Felix Walcher, Dr. Alexandra Ramshorn-Zimmer, Prof. Dr. Uwe Janssens, Prof. Dr. Florian Hoffmann, Prof. Dr. Thomas Wurmb

Korrespondierender Autor: Prof. Dr. Felix Walcher, Universitätsmedizin Magdeburg, felix.walcher@med.ovgu.de

Literatur

¹ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e. V.). Stellungnahme der DIVI zum Reformvorhaben der Notfallversorgung. Stand 25. Juni 2024. <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen/divi-nimmt-stellung-zum-reformvorhaben-der-notfallversorgung-gesetzentwurf-dringend-optimierungsbeduerftig>. (zuletzt aufgerufen am 24. Januar 2025)

² Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e. V.). Notfallmedizinische Fachgesellschaften DIVI und DGINA warnen vor Scheitern dringender gesundheitspolitischer Reformen. 20. November 2024. <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen/notfallmedizinische-fachgesellschaften-divi-und-dgina-warnen-vor-scheitern-dringender-gesundheitspolitischer-reformen>. (zuletzt aufgerufen am 24. Januar 2025)

³ Brammen D, Greiner F, Kulla M, Otto R, Schirmeister W, Thun S, Drösler SE, Pollmanns J, Semler SC, Lefering R, Thiemann VS, Majeed RW, Heitmann KU, Röhrig R, Walcher F. (2020). Das AKTIN-Notaufnahmeregister – kontinuierlich aktuelle Daten aus der Akutmedizin: Ergebnisse des Registeraufbaus und erste Datenauswertungen aus 15 Notaufnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 117(1), 24.

⁴ Bienzeisler J, Bax SN, Schunk D, Wrede C, Erdmann B, Walcher, F (2024). Die Digitale Rettungskette. *Dtsch Ärztebl*, 12.

⁵ Brammen D, Dewenter H, Heitmann KU, Thiemann V, Majeed, RW, Walcher F, Thun S (2017). Mapping equivalence of German emergency department medical record concepts with SNOMED CT after implementation with HL7 CDA. In *German Medical Data Sciences: Visions and Bridges* (pp. 175-179). IOS Press.

⁶ Augurzky B, Bschor T, Busse R, Dötsch J, Evans M, Felix D, Gürkan I, Haeske-Seeberg H, Hasseler M, Huster S, Karagiannidis C, Kingteen T, Kroemer H, Münkler L, Schmitt J, Somasundaram R, Sundmacher L. (2023) Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung.

⁷ Deutscher Bundestag. 2. Wahlperiode. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/11052 – Vorstellungen und Planungen der Bundesregierung zur Aufstellung des Gesundheitswesens bei Katastrophen und militärischen Konflikten. (2024). Drucksache 20/11280.

⁸ Bundesministerium des Innern und für Heimat. Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015 – 2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022 – 2030. (2022) Hrsg. Bundesministerium des Inneren und für Heimat (BMI).

https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/BMI22017-resilienz-katastrophen.pdf?__blob=publicationFile&v=3. (zuletzt aufgerufen am 24. Januar 2025)

⁹ Achatz G, Bieler D, Schweigkofler U, Hoefler C, Lehmann W, Franke A. (2024). Berücksichtigung und Umsetzung der Elemente der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung in den Kliniken der TraumaNetzwerke DGU®. Die Unfallchirurgie, 1-11.

¹⁰ Wurmb T, Hahn N, Leflnau P. (2022). COVID-19-Pandemie: Führung in Krisensituationen mithilfe des Windmühlenmodells. Dtsch Arztebl Int, 119, A-64.

¹¹ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP). Empfehlungen für die Praxis zur Erstellung eines individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzplans. Stand November 2020. Hrsg. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)

¹² Franke A, Lehmann W, Wurmb T. (2024). Stationäre chirurgische Versorgung in Großschadenslagen und Katastrophen–aktuelle Behandlungskapazitäten in Abhängigkeit von Alarmierungsstatus des Krankenhauses und Versorgungskonzept. Die Chirurgie, 95(1), 52-62.

¹³ Franke A, Lehmann W, Wurmb T. (2024). Stationäre chirurgische Versorgung in Großschadenslagen und Katastrophen–Grundlagen, Ziele, Konzepte, Vorbereitung. Die Chirurgie, 95(1), 42-51.

¹⁴ Speicher C, Wurmb T, Schwarzmann G, Zech C, Jansen H, Weismann D, Anger F, Paul M, Münch A, Ohr M, Meyboh P, Kippnich, M. (2024). Evaluation der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung anhand einer Übung eines Massenanfalls von Verletzten. Die Anaesthesiologie, 73(12), 810-818.

¹⁵ Franke A, Bieler D, Achatz, G. (2024). Notfall- und katastrophenmedizinische Krisenversorgung aus der Perspektive „Unfallchirurgie“. Die Unfallchirurgie, 1-10.

¹⁶ Lehmann W, Blaschke S, Schweigkofler U, Spering C. (2024). Möglichkeiten der Nutzung von TraumaNetzwerken DGU unter Verwendung von digitalen Lösungen. Die Unfallchirurgie, 1-6.

¹⁷ Wurmb T, Kurz S, Schwarzmann G, Trautner H, Kinstle U, Wagenhäuser U, Koch F, Münch M, Meybohm P, Kippnich M. (2024). Application of quality indicators and critical lessons learned assessment as a research approach for the evaluation of rescue missions during terrorist attacks. *Scientific Reports*, 14(1), 25087.

¹⁸ Imach S, Lefering R, Kölbel B, Wolf M, Hackenberg L, Bieler D. (2024). Nutzung von Registern zur Schaffung eines evidenzbasierten Vorgehens im Katastrophen- und Zivilschutzfall. *Die Unfallchirurgie*, 1-6.

¹⁹ Ramshorn-Zimmer A, Gries A. (2022). Strukturen zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie für die Notfallmedizin–Teil 2. *Notfallmedizin up2date*, 17(02), 169-186.

²⁰ Blätzing M, Franke A, Friemert B, Bieler D, Hube P, Achatz, G. Civil protection and disaster medicine-Options for basic and advanced training. *Unfallchirurgie (Heidelberg, Germany)*.

²¹ Wurmb T, Scholtes K, Kolibay F, Lechleuthner A, Scholtes G, Schwarzmann, G. (2024). Positionspapier der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung (DAKEP e. V.) zur baulichen Planung von Krankenhausneubauten im Kontext Terrorismus, Amok sowie Bündnis- und Landesverteidigung. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 1-4.

Prof. Dr. Felix Walcher
Past Präsident DIVI e. V.

Prof. Dr. Florian Hoffmann
Präsident DIVI e. V.

Prof. Dr. Björn Hossfeld
Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin DIVI e. V.

Bernhard Gliwitzky
Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin DIVI e. V.

Prof. Dr. Gernot Marx
Präsident DGAI e. V.

PD Dr. Jan Wnent
Vertreter Sektion Notfallmedizin DGAI e. V.

Prof. Dr. Matthias Kochanek
Präsident DGIIN e.V.

Prof. Dr. Uwe Janssens
Generalsekretär DGIIN e.V.

Prof. Dr. Dietmar Pennig
Generalsekretär DGU e. V.

Prof. Dr. Axel Franke
Sprecher Sektion Einsatz-, Katastrophen-
und Taktische Chirurgie DGU e. V.

Prof. Dr. Udo Rolle
Präsident DGCH e.V.

Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär DGCH e.V.

Martin Pin
Präsident DGINA e. V.

Dr. Patric Tralls
Sprecher AG Katastrophenmedizin DGINA e. V.

Dr. Felix Kolibay
Vorstandsvorsitzender DAKEP e. V.

Prof. Dr. Thomas Wurmb
1. Stellvertretender Vorsitzender DAKEP e. V.

Dr. Florian Reifferscheid
Vorsitzender BAND e. V.

Dr. Peter Gretenkort
Stellvertretender Vorsitzender BAND e. V.

Prof. Dr. Clemens Kill
1. Vorsitzender DGRN e. V.

PD Dr. Peter Benöhr
2. Vorsitzender DGRN e. V.

Prof. Dr. Rainer Röhrig
TMF-Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. Dr. Melanie Börries
Stellvertretende TMF-Vorstandsvorsitzende

Prof. Dr. André Scherag
Präsident GMDS e. V.

Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch
1. Vizepräsident GMDS e. V.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF e. V.

Prof. Dr. Jochen Schmitt
Stellvertretende Vorsitzender DNVF e. V.