



Krisenvorsorge jetzt umsetzen

Die Veränderungen in der europäischen Sicherheitsarchitektur der letzten Jahre erfordern auch Veränderungen in den deutschen Gesundheits- und insbesondere Krankenhausversorgungsstrukturen. Um die Bevölkerung der Bundesrepublik und ihre Soldatinnen und Soldaten sowie die Angehörigen der Streitkräfte verbündeter Länder im Konfliktfall medizinisch angemessen zu versorgen, bedarf es einer leistungsstarken, vernetzten und widerstandsfähigen Gesundheitsversorgung.

Als öffentlich-rechtliche und strategisch relevante Gesundheitseinrichtungen für Krisenzeiten sehen sich Universitätsklinik und BG Kliniken (Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung) gemeinsam in der Pflicht, sich organisatorisch so aufzustellen, dass sie im Bedarfsfall einen erheblichen Anteil ihrer fachlichen und infrastrukturellen Ressourcen für die medizinische Behandlung von Kriegsverletzten bereitstellen können. Zusammen mit den Bundeswehrkrankenhäusern gelten BG Kliniken und Universitätsklinik wegen ihrer umfassenden Expertise und spezialisierten Versorgungsstrukturen schon heute als zuverlässige Partner bei militärischen Konflikten, Pandemien oder Naturkatastrophen. Im Fall einer militärischen Auseinandersetzung wird das Personal des Sanitätsdienstes der Bundeswehr in erster Linie frontnah die Versorgung von Verletzten sichern müssen, was die Versorgungskapazitäten in den Bundeswehrkrankenhäusern einschränkt. Umso wichtiger sind zivile Krankenhäuser, auch für die Weiterversorgung von Soldatinnen und Soldaten in Deutschland. BG Kliniken und Universitätsklinik sind bereit, ihre Fähigkeiten und medizinischen Kapazitäten in den Dienst einer intensiven Zusammenarbeit von militärischem und zivilem Gesundheitswesen zu stellen.

Um das Gesundheitswesen auf diese neue Herausforderung einzustellen, sind Vorbereitungen für die Versorgung notwendig, die z.T. von den Einrichtungen selbst umgesetzt werden können, aber es sind auch gesetzliche Regelungen erforderlich, die im Gesundheitssicherstellungsgesetz getroffen werden sollten. BG Kliniken und Universitätsklinik legen die Regelungsbedarfe im Folgenden dar.

Inhaltsverzeichnis

Regelungsbedarfe auf einen Blick	2
Lage.....	3
Bestandsaufnahme und Regelungsbedarfe.....	4
Resiliente Krankenhaus-Infrastrukturen	4
Krankenhausalarm- und Einsatzplanung	5
Regionale Vernetzung und Kooperationen	5
Personalverfügbarkeit	6
Umgang mit Ressourcenmangel	7
Cluster-Konzept und zivil-militärische Zusammenarbeit zur Versorgung von Verwundeten der Streitkräfte	8

Regelungsbedarfe auf einen Blick

- Unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Planungs- und Zuweisungskompetenzen der Bundesländer in Friedenszeiten bedarf es einer klaren Steuerung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens im Bündnisfall durch die zuständigen Bundes- und Landesministerien. Das umfasst neben den Universitätsklinika, Bundeswehrkrankenhäusern und BG Kliniken auch die regionalen Maximalversorger und die weiteren zivilen Krankenhäuser sowie Rettungsdienste, Hilfsorganisationen, den ambulanten Sektor mit seinen Körperschaften, Reha-Einrichtungen sowie Katastrophenschutzbehörden. Überdies müssen organisations- und länderübergreifende Krisenmanagementübungen, in denen die Universitätsklinika mit ihrer Koordinierungsfunktion eine zentrale Rolle spielen, verstärkt gefördert und finanziert werden.
- Ein fester institutioneller Kooperationsrahmen zur Implementierung des Cluster-/Hub-Konzepts, eine stärkere Integration der Universitätsklinika und der BG Kliniken in die Sicherheitsarchitektur der Bundesländer sowie verbindliche Verlegungsmöglichkeiten in andere Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen sollten gesetzlich verankert werden. Mit der Krankenhausreform sollen den Universitätsklinika innerhalb von landesspezifischen Versorgungsregionen durch die zuständigen Bundesländer Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen werden. Diese Koordinierungsfunktion muss auch im Gesundheitssicherstellungsgesetz aufgegriffen werden.
- Aufbau eines mindestens auf Bundeslandebene einheitlichen digitalen Echtzeit-Lagebildsystems. Dieses sollte Informationen über spezielle Behandlungskapazitäten (z. B. ICU-Betten, ECMO-Geräte), Material, Medikamente, Personal etc. enthalten. Vor dem Hintergrund der föderalen Strukturen (unterschiedliche Organisationsstrukturen, Zuständigkeiten und Ressourcen) sollte das Lagebildsystem die Kapazitäten zumindest innerhalb der einzelnen Bundesländer für das Cluster abbilden, damit das Clustersystem effizient funktionieren kann.
- Bundesweit einheitliche, verpflichtende Berücksichtigung von dauerhaften und überregionalen Kapazitätsüberschreitungen sowie Funktionalitätseinschränkungen in Krankenhausalarm- und Einsatzplänen (KAEP). Die Bundesländer sollten hierzu in Abstimmung mit dem Bund Regelungen treffen, wie dies innerhalb eines Clusters bzw. Bundeslandes umgesetzt werden soll.
- Auch im Konfliktfall gelten grundsätzlich die anerkannten Regeln der Katastrophenmedizin. Es sind rechtliche Anpassungen notwendig, die den Krankenhäusern die Bevorratung und Eigenproduktion von Arzneimitteln erleichtern. Vor allem die besonders geforderten Krankenhäuser benötigen zudem autarke Infrastrukturen (z. B. Strom- und Wasserversorgung, Versorgung mit medizinischen Gasen, Entsorgung), damit sie die medizinische Versorgung gewährleisten können. Zudem muss die Versorgung mit sowie Produktionssteigerung von Blutprodukten im Krisenfall sichergestellt werden.
- Rechtsgrundlage für eine verpflichtende, einheitliche Erfassung sogenannter Mehrfachassigrierungen durch Ehrenämter und hauptberufliche Tätigkeit in Hilfsorganisationen, der Gesundheitsversorgung oder der Reserve der Bundeswehr, damit Kranken-

häuser für den Krisen- sowie Bündnis- und Verteidigungsfall eine verlässliche Personalplanung vornehmen und Reservepersonal in Katastrophenübungen und Schulungen berücksichtigen können. Dies wird auch eine verbindliche Priorisierung bei Mehrfachassigierung erfordern. Zusätzlich bedarf es einer Regelung der Rolle von Studierenden und Auszubildenden in medizinischen Berufen in Krisenfällen. Mit Feststellung des Zustimmungs-, Spannungs-, Bündnis- oder Verteidigungsfalls müssen die sich aus gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen ergebenden personellen Vorgaben sowie Dokumentations- und Meldepflichten in der stationären Versorgung automatisch ausgesetzt werden, um Personalressourcen freisetzen zu können.

- Priorisierung der Investitionen zur Stärkung der Resilienz zielgerichtet und in erster Linie auf Universitätskliniken, BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser. Diese Einrichtungen sind für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in einem Bündnis- und Verteidigungsfall von zentraler Bedeutung und daher besonders gefordert.

Lage

Die Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung in Krise und Krieg ist entscheidend für die Sicherheit und das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung, Grundlage für das Vertrauen in die staatliche Daseinsvorsorge der Bundesrepublik und im Konfliktfall essenziell für die Moral der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr und von NATO-Alliierten. Zugleich wird damit das Gesundheitswesen zum attraktiven Ziel für Sabotage und hybride Bedrohungen bereits im Frieden sowie für gezielte Zerstörung im Fall eines offenen Konflikts.

Bereits heute stellen Krisen wie Pandemien, Großschadenslagen und Naturkatastrophen das deutsche Gesundheitssystem zunehmend vor Herausforderungen. Aber auch die sicherheitspolitische Lage Europas hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert, insbesondere durch den russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine sowie die volatile Lage im Nahen und Mittleren Osten. Aktuelle Entwicklungen wie zunehmende hybride Bedrohungen, darunter Cyberangriffe, Sabotage-Akte und gezielte Zerstörung kritischer Infrastrukturen, beispielsweise Strom-, Wasser- und Wärmeversorgung, Unterbrechungen der Lieferketten für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie Beistandsverpflichtungen im Rahmen der Bündnisverteidigung führen dazu, dass sich die zivile Gesundheitsversorgung in Deutschland gezielt auf Krisenszenarien vorbereiten muss.

Im Fall eines Angriffs durch Russland auf die Staaten der NATO-Ostflanke ist mit bis zu 1.000 verwundeten Soldaten zu rechnen, die über einen ungewissen Zeitraum hinweg jeden Tag nach Deutschland gelangen werden. Die tatsächliche Anzahl Verwundeter ist dabei abhängig von der Intensität einer militärischen Eskalation und der dann eingesetzten Anzahl militärischer Einheiten und unterliegt aktuell nicht kalkulierbaren Schwankungen. Hinzu kommen weitere zivile Verletzte sowie eine große Anzahl an Geflüchteten aus frontnahen Gebieten.

Die nach dem Ende des Kalten Kriegs noch verbliebenen fünf Bundeswehrkrankenhäuser mit ihren insgesamt rund 1.800 Betten werden dieses stark erhöhte Aufkommen von militärischen Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht allein bewältigen können, zumal bei groß angelegten Konflikten ein Großteil des Personals aus den operativen Fächern nicht mehr im Landesinneren zur Verfügung stehen wird. Deshalb werden unvermeidlich die großen zivilen

Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Universitätsklinika, BG Kliniken und deren regionalen Netzwerkpartner die Hauptlast eines Krisenszenarios tragen müssen.

Bestandsaufnahme und Regelungsbedarfe

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen der vergangenen Jahre existieren bereits Erfahrungen, Konzepte und Lösungsansätze, die für die aktuellen Entwicklungen – ggf. in modifizierter Form – herangezogen werden können.

Resiliente Krankenhaus-Infrastrukturen

Bundeswehrkrankenhäuser, BG Kliniken und Universitätsklinika sind aufgrund ihrer breiten Spezialisierung und hervorgehobenen Rolle bereits im Frieden attraktive Ziele für Sabotage und hybride Bedrohungen. Im Falle militärischer Konfliktszenarien sind sie außerdem von zentraler Bedeutung für die Gesamtverteidigungsfähigkeit Deutschlands und hierdurch ebenfalls im Fokus für gegnerische Kräfte. Sie müssen daher ihrer Rolle entsprechend angemessen gesichert und geschützt werden. Für die Steigerung der Resilienz der Krankenhäuser sind Maßnahmen erforderlich, die insbesondere die technische Infrastruktur und Energieversorgung, die IT- und Kommunikationssicherheit, den Aufbau und die Nutzung geschützter Räume sowie den physischen Schutz des Krankenhauses umfassen.¹ Hierzu zählen beispielsweise die Ausweitung der Notstromfähigkeit, Trinkwasserreserven und -aufbereitung, Funk- oder Satellitenkommunikation als Rückfallebene, Sicherungs- und Überwachungsinstrumente für den Objektschutz, Schaffung von Ausweichbehandlungsräumen sowie der Ausbau der strategischen Lagerhaltung von Medikamenten. Das im Zuge der politischen Diskussion um die Zeitenwende auf den Weg gebrachte Sondervermögen sieht auch Investitionen zur Erhöhung der Resilienz von Krankenhäusern vor. Diese Investitionen müssen zeitnah, zielgerichtet und in erster Linie auf Bundeswehrkrankenhäuser, BG Kliniken und Universitätsklinika priorisiert werden. Dabei können besonders an den Standorten der Universitätsmedizin Synergien gehoben werden, da bereits heute enge räumliche Kooperationen bestehen bzw. Bauprojekte in unmittelbarer Nähe zueinander vereinbart werden. So wird der Neubau des BG Klinikums Hamburg auf dem Campus des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf erfolgen, genauso sollen der Neubau des BG Klinikums Halle Bergmannstrost auf dem Campus des Universitätsklinikums Halle und der Neubau des BG Klinikums Frankfurt auf dem Campus des Universitätsklinikums Frankfurt erfolgen. In Tübingen ist die Errichtung einer gemeinsamen Zentralen Notaufnahme der beiden unmittelbar benachbarten Kliniken geplant, die Ressourcen und Kompetenzen bündelt und beide Kliniken räumlich miteinander verbindet. In Ulm befinden sich das Universitätsklinikum und das Bundeswehrkrankenhaus in unmittelbarer Nähe und kooperieren eng.

Fazit: Die Investitionen zur Stärkung der Resilienz müssen zielgerichtet und in erster Linie auf Universitätsklinika, BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser priorisiert

¹ Zur Umsetzung der Sicherungsmaßnahmen gegen Cyberangriffe sowie für den Bündnis- und Verteidigungsfall für Bundeswehrkrankenhäuser, BG Kliniken und Universitätsklinika besteht laut des Gutachtens „Investitionsbedarfe zur Herstellung der Resilienz deutscher Krankenhäuser“ vom 28.10.2025 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein einmaliger Investitionsbedarf von circa 2,5 Mrd. Euro sowie ein jährlicher Aufwand von circa 100 Mio. Euro.

werden. Diese Einrichtungen sind für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in einem Bündnis- und Verteidigungsfall von zentraler Bedeutung und daher besonders gefordert.

Krankenhausalarm- und Einsatzplanung

Bislang gibt es, abgesehen von Handreichungen und Empfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), keinen verbindlichen bundeseinheitlichen Standard für die in den Krankenhausalarm- und Einsatzplänen (KAEP) zu berücksichtigenden Szenarien und die Detailtiefe dieser Konzepte. In der Folge wurden ihnen in der Regel zeitlich und räumlich begrenzte Schadensereignisse zugrunde gelegt. Diese umfassen beispielsweise Massenanfälle von Verletzten oder Erkrankten (MANV) durch eine Naturkatastrophe, eine erneute Pandemie, Unglücksfälle oder einen terroristischen Anschlag. Dauerhafte und überregionale Kapazitätsüberschreitungen sowie Funktionalitätseinschränkungen sind dagegen oft nur mangelhaft berücksichtigt.

Fazit: Es ist eine bundesweit einheitliche, verpflichtende Berücksichtigung von dauerhaften und überregionalen Kapazitätsüberschreitungen sowie Funktionalitätseinschränkungen in Krankenhausalarm- und Einsatzplänen nötig. Die Bundesländer sollten hierzu gemeinsam abgestimmte Regelungen treffen, wie dies innerhalb eines Clusters und auch der einzelnen Bundesländer umgesetzt werden soll.

Regionale Vernetzung und Kooperationen

Einige Bundesländer haben bereits während der Corona-Pandemie gute Erfahrungen damit gemacht, über die Universitätsklinik die Vernetzung, Koordination und Steuerung der medizinischen Bedarfe und Ressourcen auf übergeordneter Ebene sicherzustellen.

So wurde zum Beispiel in Hessen, basierend auf den Lehren aus der Pandemie, der Planungsstab Stationäre Versorgung im Landeskrankenhausplan 2025 festgeschrieben. Im Fokus steht die sektorenübergreifende Verzahnung aller etablierten Partner des Gesundheitswesens aufbauend auf den bestehenden Strukturen und Organisationsformen. Berücksichtigt werden der Rettungsdienst, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesärztekammer, die Kostenträger und die Landeskrankenhausgesellschaft.

In Ulm und dem Alb-Donau-Kreis erfolgt auf lokaler Ebene bereits seit 2017 ein enger Austausch der Kliniken mit Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten. In der sogenannten "Klinikübergreifende Sicherheitskonferenz Baden-Württemberg" tauschen sich über 20 Krankenhäuser zu Notfall- und Krisenmanagement sowie zur Steigerung ihrer Resilienz aus und stimmen sich hierbei eng mit den verantwortlichen Ressorts auf Landesebene ab.

Zwischen Universitätsklinik und BG Kliniken gibt es bereits zahlreiche Kooperationen, um regionale Versorgungskapazitäten effizienter zu nutzen und um die Weiterbildung insbesondere in den chirurgischen Fächern besser aufeinander abzustimmen: 2020 vereinbarten in Hamburg das BG Klinikum, das Bundeswehrkrankenhaus und das Universitätsklinikum Ham-

burg-Eppendorf eine enge Zusammenarbeit, u.a. werden Rotations- und Hospitationsmöglichkeiten für die Beschäftigten ermöglicht, um den Wissenstransfer und Kompetenzerwerb zu fördern. Die Charité und das BG Unfallkrankenhaus Berlin haben 2022 einen verstärkten Austausch medizinischen Wissens sowie die gemeinsame Durchführung klinischer und wissenschaftlicher Projekte vereinbart. Zudem werden Aktivitäten in Aus-, Fort- und Weiterbildung enger verzahnt, einschließlich gemeinsamer Berufungen. Weitere enge Kooperationen zwischen BG Kliniken und der Universitätsmedizin bestehen etwa in Frankfurt am Main, Tübingen, Halle, Bochum, zwischen Duisburg und Essen sowie zwischen Ludwigshafen und Heidelberg und Mannheim.

Während das föderale System der Bundesrepublik eine dezentrale Steuerung und regionale Herangehensweisen ermöglicht, birgt dieses gleichzeitig die Gefahr einer Fragmentierung und von Parallelstrukturen, die in einer Krise zu Verzögerungen, Informationsverlusten oder ineffizientem Ressourceneinsatz führen können.

Fazit: Unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Planungs- und Zuweisungskompetenzen der Bundesländer in Friedenszeiten, bedarf es einer klaren Steuerung und Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens im Bündnisfall durch die zuständigen Bundes- und Landesministerien. Das umfasst neben den Universitätsklinika, Bundeswehrkrankenhäusern und BG Kliniken auch die regionalen Maximalversorger und die weiteren zivilen Krankenhäuser, Rettungsdienste, Hilfsorganisationen, den ambulanten Sektor mit seinen Körperschaften, Reha-Einrichtungen sowie Katastrophenschutzbehörden. Überdies müssen organisations- und länderübergreifende Krisenmanagementübungen, in denen die Universitätsklinika eine zentrale Rolle spielen, verstärkt gefördert und finanziert werden.

Personalverfügbarkeit

Die Mitarbeitenden der Krankenhäuser sind entscheidend für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung im Krisenfall. Als Planungsgrundlage ist es notwendig, einen realistischen Überblick über das im Krisenfall verfügbare Personal zu erhalten. Dabei sind sogenannte Mehrfachassignierungen von Mitarbeitenden, die sich in Hilfsorganisationen oder der Reserve der Bundeswehr engagieren, problematisch, da diese gleichzeitig von mehreren Organisationen als verfügbare Arbeits- bzw. Einsatzkraft gezählt werden. In der Dimension „Personal“ verfügen die Universitätsklinika grundsätzlich über das Alleinstellungsmerkmal einer in besonderem Maß skalierbaren Personalressource, da sie in Krisenszenarien kurzfristig eine große Zahl von Medizinstudierenden und Auszubildenden in Gesundheitsberufen in ihre Prozesse einbeziehen können. Ungeachtet dessen, bestehen in der stationären Versorgung zahlreiche personelle Vorgaben sowie umfangreiche Dokumentations- und Meldepflichten (PpUGV, MD-Prüfungen etc.), die sich aus gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen ergeben und in erheblichem Maße Personal binden. Diese sind mit Feststellung des Zustimmungs-, Spannungs-, Bündnis- oder Verteidigungsfalls automatisch auszusetzen, um Personalressourcen freisetzen zu können. Die Vorbereitung des Personals in den Kliniken auf die angesprochenen Krisenlagen durch regelmäßige Schulungen und Übungen ist ein essenzieller Bestandteil der Krisenresilienz.

Fazit: Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für eine verpflichtende, einheitliche Erfassung sogenannter Mehrfachassignierungen durch Ehrenämter und hauptberufliche Tätigkeit in Hilfsorganisationen, der Gesundheitsversorgung oder der Reserve der Bundeswehr ist entscheidend, damit Krankenhäuser für den Krisen- sowie Bündnis- und Verteidigungsfall eine verlässliche Personalplanung vornehmen und Reservepersonal in Katastrophenübungen und Schulungen berücksichtigen können. Dies wird auch eine verbindliche Priorisierung bei Mehrfachassignierung erfordern. Zusätzlich bedarf es einer Regelung der Rolle von Studierenden und Auszubildenden in medizinischen Berufen in Krisenfällen. Mit Feststellung des Zustimmungs-, Spannungs-, Bündnis- oder Verteidigungsfalls müssen die sich aus gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen ergebenden personellen Vorgaben sowie Dokumentations- und Meldepflichten in der stationären Versorgung automatisch ausgesetzt werden, um Personalressourcen freisetzen zu können.

Umgang mit Ressourcenmangel

Auch im Konfliktfall gelten die anerkannten Regeln der Katastrophenmedizin. Die Situation in der Ukraine hebt die Problematik der Beschaffung und Lagerhaltung von Arzneimitteln und Medizinprodukten hervor. Das betrifft insbesondere, aber nicht nur, Antibiotika, Blutprodukte, Insulin und Impfstoffe. Es sind rechtliche Anpassungen mit Blick auf die Mindestbevorratung bestimmter kritischer Arzneimittel, den Zugang zu sogenannter „Bulkware“ für die pharmazeutische Eigenproduktion, den vereinfachten Austausch von Arzneimitteln zwischen Krankenhausapotheken sowie die Möglichkeit des Zukaufs von Arzneimitteln aus dem Ausland nötig. Mit ihren leistungsfähigen Apotheken sind die Universitätsklinika in der Lage, die Resilienz der Gesundheitsversorgung innerhalb ihrer Versorgungsregion u.a. durch strategische Lagerhaltung und Steigerung der Eigenproduktion zu erhöhen. Zudem erschweren Stromausfälle die Lagerung kühlungspflichtiger Produkte. Neben einer autarken Strom- und Wasserversorgung (z. B. mittels Wasseraufbereitung) benötigen Krankenhäuser auch Kapazitäten, um beispielsweise Sauerstoff herzustellen. Zudem muss die Versorgung der Universitätsklinika, BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser mit Blutprodukten im Krisenfall, sowie eine schnelle und durchhaltetfähige, bedarfsangemessene Produktionssteigerung durch das Vorhalten entsprechender Materialien zur Blutentnahme, Stabilisierung und Trennung sichergestellt werden. Gerichtete Blutspenden (Warmblutspenden) sollten im Konfliktfall mit weniger Aufwand möglich sein und eine Alternative bzw. Ergänzung zur Vollblutspende bzw. klassischen Blutprodukteversorgung darstellen.

Fazit: Auch im Konfliktfall gelten grundsätzlich die anerkannten Regeln der Katastrophenmedizin. Es sind rechtliche Anpassungen notwendig, die den Krankenhäusern die Bevorratung und Eigenproduktion von Arzneimitteln erleichtern. Vor allem die besonders geforderten Krankenhäuser benötigen zudem autarke Infrastrukturen (z. B. Strom- und Wasserversorgung, Versorgung mit medizinischen Gasen, Entsorgung), damit sie die medizinische Versorgung gewährleisten können. Zudem muss die Versorgung mit sowie Produktionssteigerung von Blutprodukten im Krisenfall sichergestellt werden.

Cluster-Konzept und zivil-militärische Zusammenarbeit zur Versorgung von Verwundeten der Streitkräfte

Die Verwundetenversorgung deutscher und verbündeter Soldaten muss auch im Falle einer bis dahin (noch) nicht erfolgten Gesetzgebung sichergestellt sein. Die zehn Berufsgenossenschaftlichen Kliniken der Gesetzlichen Unfallversicherung und die 37 Universitätsklinika arbeiten daher eng zusammen, um die Versorgung von verletzten Soldaten im unmittelbaren Krisenfall (sog. „fight tonight“) innerhalb kürzester Zeit sicherstellen zu können. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat in einem Umlaufbeschluss (Nr. 3/2026) festgehalten, das Bundesgebiet zur Versorgung von Verwundeten in vier Gebiete (sog. Cluster) einzuteilen: Cluster Nord, Cluster Ost, Cluster Süd und Cluster West. Die Clustergrenzen sind dabei streng an den Föderalgrenzen der Bundesländer ausgerichtet. BG Kliniken und Universitätsklinika unterstützen diese Orientierung an den Landesgrenzen. Universitätsklinika und BG-Kliniken sind in allen Clustern vorhanden.

Der Patiententransport aus dem Einsatzgebiet nach Deutschland erfolgt über den Sanitätsdienst der Bundeswehr bzw. andere Transportdienste. Dabei stellen aufzubauende Hubs die Schnittstellen für die zivil-militärische Zusammenarbeit dar. Hier erfolgt in einem zivil-militärischen Kräfteansatz die organisatorische Übergabe der Verletzten vom Sanitätsdienst der Bundeswehr an die Erstversorgungskliniken / koordinierenden Kliniken innerhalb eines Clusters. Hierbei spielen Universitätsklinika und BG Kliniken eine zentrale Rolle, wie z. B. bei der Übung Medic Quadriga 2026 in Berlin/Brandenburg zu erleben war. Verletzte, die nicht mehr notwendigerweise in einem Maximalversorgungssetting versorgt werden müssen, können über die in den Bundesländern bestehenden Organisationsstrukturen auch in Krankenhäuser anderer Versorgungsstufen verlegt werden. Hierzu kann insbesondere auch auf die bestehenden und etablierten Traumanetzwerke der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zurückgegriffen werden. Perspektivisch ist zur Steuerung und Nachverfolgung der über das Cluster-Konzept verlegten Patienten ein durchgehendes, bundesweit einheitliches Tracking unabdingbar. Dieses Tracking sollte bereits am Ort der Erstversorgung beginnen und bis zur Rehabilitationsbehandlung reichen.

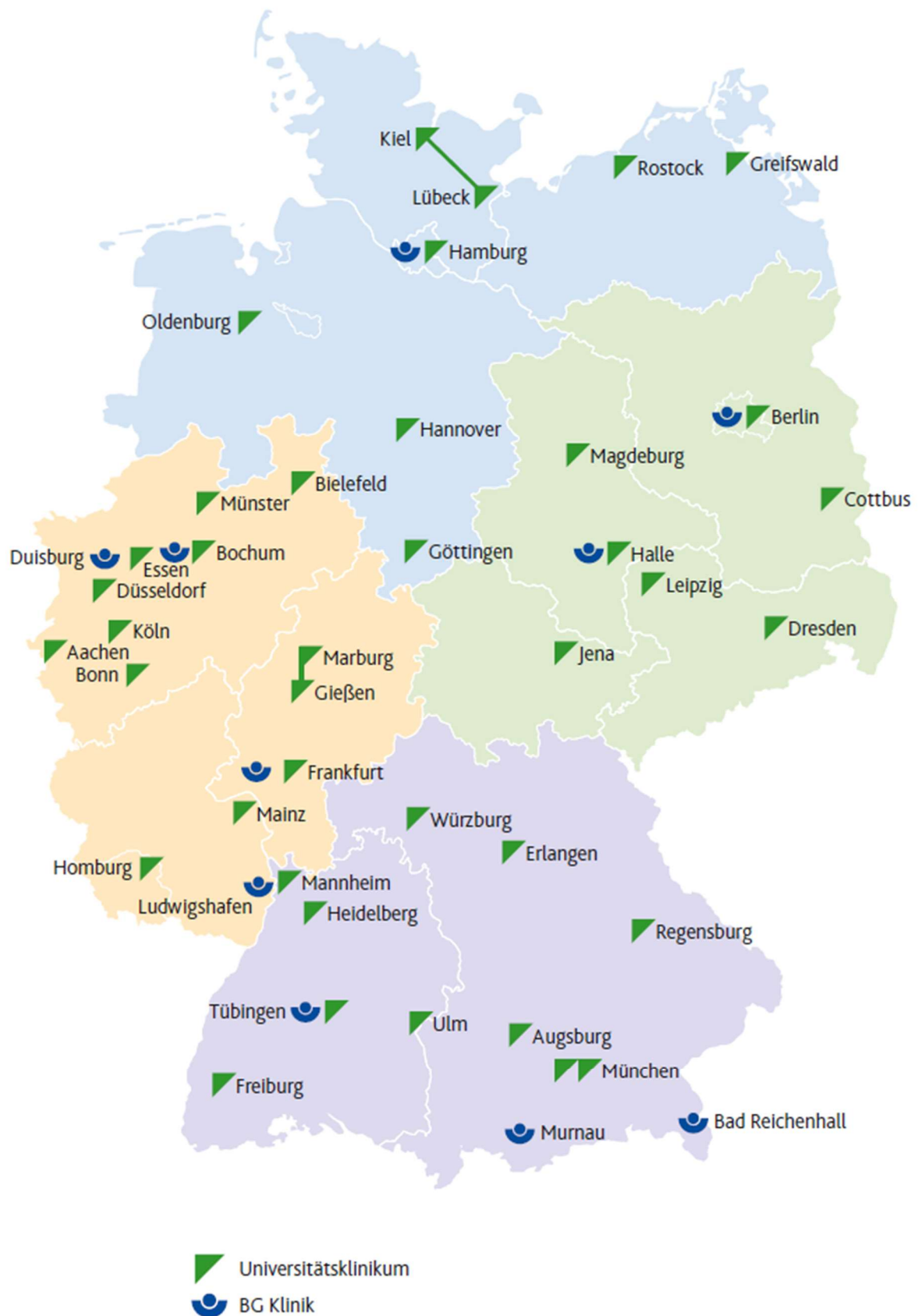


Abbildung: Clustereinteilung entsprechend GMK-Umlaufbeschluss Nr. 3/2026 und Verteilung der Universitätsklinika und BG Kliniken

Fazit: Ein fester institutioneller Kooperationsrahmen zur Implementierung des Cluster-/Hub-Konzepts, eine stärkere Integration der Universitätsklinika und der BG Kliniken in die Sicherheitsarchitektur der Bundesländer sowie verbindliche Verlegungsmöglichkeiten in andere Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen sollten gesetzlich verankert werden.

Mit der Krankenhausreform sollen den Universitätsklinika innerhalb von landesspezifischen Versorgungsregionen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen werden. Diese Koordinierungsfunktion muss auch im Gesundheitssicherstellungsgesetz aufgegriffen werden.

Besonders für die zielgerichtete Steuerung und Versorgung von Patienten über Landesgrenzen hinweg muss das Gesundheitssicherstellungsgesetz für den Sanitätsdienst der Bundeswehr, BG Kliniken und Universitätsklinika umsetzbare Lösungen enthalten.

Es muss ein mindestens auf Bundeslandebene einheitliches digitales Echtzeit-Lagebildsystem aufgebaut werden mit Informationen über spezielle Behandlungskapazitäten (z. B. ICU-Betten, ECMO-Geräte), Material, Medikamente, Personal etc. Vor dem Hintergrund der föderalen Strukturen (unterschiedliche Organisationsstrukturen, Zuständigkeiten und Ressourcen) sollte das Lagebildsystem die Kapazitäten zumindest innerhalb der einzelnen Bundesländer für das Cluster abbilden, damit das Cluster-Konzept effizient funktionieren kann. Dieses muss als interoperable Infrastruktur entwickelt werden, sodass alle maßgeblichen Akteure (Bund, Bundesländer und medizinische Einrichtungen) aufwandsarm Daten bereitstellen und darauf zugreifen können. Hierin sollten auch alle übrigen Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen integriert werden, um z. B. Verlegungen besser steuern zu können. Grundsätzlich ist der Aufbau von Parallelstrukturen zu vermeiden und eine bundeseinheitliche Lösung zu präferieren.

Berlin, im Oktober 2026

Für die Universitätsklinika in Deutschland:

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender

Für die BG Kliniken:

Reinhard Nieper, Vorsitzender der Geschäftsführung