

Im Krisenfall handlungsfähig

Resilienz des Gesundheitswesens aus ärztlicher Sicht



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Zusammenwirken von Akteuren und Ebenen zur Verbesserung der Abläufe	5
Ausgangslage und Herausforderungen	5
▶ Krisenreaktion in Gesundheitseinrichtungen	5
▶ Einheitliche Information der Bevölkerung	6
▶ Kommunikationswege abstimmen und digitalisieren	6
▶ Lageerfassung und -führung ermöglichen	7
▶ Abläufe im Krisenfall regelmäßig üben	7
Lösungsansätze	8
▶ Krisenreaktion in Gesundheitseinrichtungen auf aktuelle Krisenszenarien ausrichten	8
▶ Information der Bevölkerung koordinieren	8
▶ Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stärken	8
▶ Digitale Kommunikationssysteme auf- und ausbauen	9
▶ Lagezentrum Gesundheit auf Bundesebene einrichten	9
▶ Flächendeckende Übungen für den Krisenfall finanzieren	10
▶ Nationalen Pandemieplan zügig neu vorlegen	10
Versorgung / Ausstattung / Bevorratung	11
Ausgangslage und Herausforderungen	11
▶ Ausreichende Kapazitäten vorhalten	11
▶ Gesundheitseinrichtungen vor Ausfällen schützen	11
▶ Kritische Infrastrukturen umfassend sichern	12
▶ Technische Souveränität stärken	12
▶ Lieferketten bei Arzneimitteln stärken	12
▶ Versorgung mit Blut- und Blutprodukten sicherstellen	13
▶ Bedrohung der Gesundheit durch Klimawandel ernst nehmen	14
Lösungsansätze	15
▶ Resilienz in Reformgesetzen berücksichtigen	15
▶ Gesundheitseinrichtungen als KRITIS schützen	15
▶ Europas Digitale Souveränität steigern	15
▶ Lieferkettenfragilität überwinden, Bevorratung stärken	15
▶ Hämotherapie auf Krisen vorbereiten	16
▶ Klimaschutz und Klimaanpassung vorantreiben	16

Medizinisches Personal	17
Ausgangslage und Herausforderungen	17
▶ Ausreichende Personalreserve aufbauen	17
▶ Mehrfachassignierungen feststellen	18
▶ Ärztliche Kompetenzen zur Behandlung krisenspezifischer Erkrankungen stärken	18
▶ Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen berücksichtigen	19
▶ Ärztliche Entscheidungskompetenz wahren	19
Lösungsansätze	20
▶ Grundlagen für die Feststellung des verfügbaren Personals schaffen	20
▶ Heilberufe- und Kammergesetze anpassen	20
▶ Personalreserve auf- und ausbauen	20
▶ Ärztinnen und Ärzte entlasten	21
▶ Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten weiterentwickeln	22
 Aufgaben für die ärztliche Selbstverwaltung	23
 Krisenszenarien im All-Gefahren-Ansatz	24
 COVID-19-Pandemie: Lessons-Learned	25

Einleitung

Das Gesundheitssystem wird immer wieder mit Herausforderungen konfrontiert, die seine Krisenfestigkeit auf die Probe stellen. Um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Krisensituationen aufrechtzuerhalten, muss das System resilient, also ausreichend widerstands-, durchhalte- und lernfähig, sein. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen umschreibt Resilienz in seinem Gutachten von 2023 als „die Fähigkeit, mit außergewöhnlichen Krisen oder externen Schocks“ fertigzuwerden.

In der jüngeren Vergangenheit wurde anhand der COVID-19-Pandemie (siehe Seite 25), der Flut im Ahrtal, der Belastungen bei den extremen Hitzetagen im Juni 2026, aber auch der Anschläge auf das Stromnetz in Berlin oder den permanenten Lieferschwierigkeiten bei teilweise kritischen Arzneimitteln und Medizinprodukten offenkundig, dass das Gesundheitssystem nicht ausreichend vorbereitet ist. Mit der veränderten Bedrohungslage infolge des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine ergibt sich eine zusätzliche Herausforderung für die Krisenfestigkeit des Gesundheitssystems, wenn es auch unter den Bedingungen eines Bündnis- und/oder Verteidigungsfalls die Patientenversorgung sicherstellen soll und muss.

Der Deutsche Ärztetag (DÄT) hat in den Jahren 2025 und 2026 Beschlüsse zum Thema Resilienz gefasst. Darin wird der Gesetzgeber aufgefordert, die Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems als Ziel in allen gesetzgeberischen Vorhaben im

Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die Beschlüsse zeigen zugleich wichtige Handlungsfelder auf.

Seit dem Herbst 2025 befasst sich die vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) eingerichtete Arbeitsgruppe „Resilienz des Gesundheitswesens“ mit der Thematik. Die Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer und Dr. Edgar Pinkowski sowie den Mitgliedern Dr. Johannes Backus (Kommandeur des Kommando Gesundheitsversorgung der Bundeswehr) und Prof. Dr. Matthias Münzberg (Geschäftsführer Medizin, BG Unfallklinik Frankfurt am Main) hat mehrere Werkstattgespräche geführt und den Austausch mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Verantwortungsbereichen und Tätigkeitsfeldern gesucht. Das vorliegende Papier greift Erkenntnisse aus den Gesprächen aus ärztlicher Perspektive auf.

Resilienz ist als eine gesamtstaatliche Aufgabe zu begreifen. Entsprechend richtet sich die BÄK mit dem vorliegenden Strategiepapier primär an den Gesetzgeber, der die Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems als vorrangiges politisches Ziel anerkennen und die rechtlichen Grundlagen dafür schaffen muss, damit das Gesundheitssystem in Deutschland auf krisenbedingte Auswirkungen vorbereitet ist. Aber auch für die ärztliche Selbstverwaltung eröffnen sich Handlungsfelder, in denen die Ärztekammern zu einer Steigerung der Resilienz des Gesundheitswesens und einer besseren Bündelung von Kompetenzen, einschließlich der öffentlichen

Kommunikation, beitragen können. Die Ärztekammern bringen die ärztliche Perspektive in das bevorstehende Gesetzgebungsverfahren ein und beraten im Krisenfall Politik und Behörden. Sie leisten jedoch auch selbst Hilfe in Krisen, besonders mit Blick auf die Gewinnung und Qualifizierung von Personal. Schließlich treffen die Ärztekammern auch selbst Vorkehrungen, um ihre Funktionsfähigkeit unter krisenhaften Bedingungen zu erhalten.

Derzeit bereitet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) vor. Entscheidend wird dabei sein, Defizite bei der Zuordnung von Zuständigkeiten zu überwinden und die Vielzahl der im Krisenfall zu beteiligenden Akteure unter Berücksichtigung möglicher Herausforderungen durch den Föderalismus oder des europäischen Mehrebenensystems neu zu organisieren. Das GeSiG darf nicht – wie andere Sicherstellungsgesetze – allein auf den Bündnis- oder Verteidigungsfall ausgerichtet sein. Vielmehr müssen für die Vielfalt möglicher Krisenszenarien die rechtlichen Vorgaben im Sinne eines umfassenden Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetzes geschaffen werden.

Das vorliegende Strategiepapier bezieht sich im Sinne eines All-Gefahren-Ansatzes (siehe Seite 24) auf verschiedene Krisenszenarien. Gemeinsam ist diesen Szenarien, dass den Strukturen des Gesundheitswesens über einen unterschiedlich lan-

gen Zeitraum und eine unterschiedliche geographische Ausdehnung eine erhöhte Anzahl von Verletzten und/oder Erkrankten für die Versorgung zugeführt wird. Entsprechend muss das Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die Patientenversorgung anhand dieser Lage hochskalieren zu können. Alternativ müssen bei Erreichen oder Überschreiten der Kapazitätsgrenzen Leistungen priorisiert oder zeitlich verschoben werden. In der Weiterentwicklung ihrer Strategie zur medizinischen Planung und Bewältigung medizinischer Notfalllagen (Allied Medical Publication, AMedP-1.10) skizziert die NATO dazu ein 4-Stufen-Modell, das in eskalierender Stufung (konventionell bis anhaltende Krise) die Auswirkungen dieser Lagen auf die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen darstellt.

Das Papier fokussiert sich auf drei Handlungsfelder für Politik und ärztliche Selbstverwaltung, in denen aus ärztlicher Perspektive ein besonderer Regelungsbedarf besteht:

- Zusammenwirken (Kommunikation, Koordination und Kooperation) von Akteuren und Ebenen,
- Aspekte der Versorgung, Ausstattung und Bevorratung,
- Qualitative und quantitative Verfügbarkeit des Gesundheitspersonals.

Für diese Handlungsfelder werden jeweils die Herausforderungen für den Krisenfall und mögliche Lösungsansätze beschrieben.

Zusammenwirken von Akteuren und Ebenen zur Verbesserung der Abläufe

Ausgangslage und Herausforderungen

Ein resilientes Gesundheitssystem erfordert die zielgerichtete Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure in der Versorgung und auf sämtlichen Verwaltungsebenen (Kommune, Land, Bund, EU). Je nach Szenario und Intensität der Lage muss dabei die gesamte Zusammenarbeit neu geordnet werden.

Das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Vielfalt an Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsgrade, einem starken ambulanten Bereich und einer Vielzahl von Reha-Einrichtungen bietet grundsätzlich gute Voraussetzungen für krisenresiliente Strukturen. Das System ist aber robuster, wenn es in der Krise Ausfälle von Gesundheitseinrichtungen kompensieren kann, indem nahegelegene und funktionale Einrichtungen zeitweise die Aufgaben in der Patientenversorgung übernehmen. Dazu muss die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen gefördert und eindeutig festgelegt werden, welche Einrichtung in welchem Umfang Aufgaben in der Patientenversorgung übernehmen kann. Das betrifft nicht nur die Zusammenarbeit unter Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, sondern auch zwischen Krankenhäusern und Praxen bzw. innerhalb des ambulanten Versorgungsbereichs. Wenn es in einer Krise zu einer großen Zahl Schwerverletzter oder Schwersterkrankter kommt, muss die Versorgung primär von Bundeswehrkrankenhäusern, BG-Kliniken, Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung übernommen werden. Die Rolle

von anderen Krankenhäusern, Reha-Kliniken und des ambulanten Bereichs liegt dann in der Entlastung größerer Krankenhäuser durch Übernahme von weniger komplexen Behandlungen, Übernahme von Patientinnen und Patienten nach Erstbehandlung in größeren Krankenhäusern und ggf. Überlassung von Personal. Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass für eine effektive Bewältigung von Gesundheitskrisen eine klare regionale Steuerung erforderlich ist. Der Gesetzgeber sollte hierfür die notwendigen rechtlichen Grundlagen schaffen und den zuständigen Koordinierungsstellen – soweit zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung erforderlich – verbindliche Weisungsbefugnisse einräumen.



Krisenreaktion in Gesundheitseinrichtungen

Die in Krisenlagen in Krankenhäusern anzuwendenden Abläufe sind in individuellen Krankenhausalarm- und Einsatzplänen (KAEP) festgelegt. Die Landeskrankenhausesetze verpflichten Krankenhäuser, KAEP als Instrument der Gefahrenabwehr verbindlich aufzustellen. Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser finden sich zudem im Handbuch KAEP, das durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) mit Hilfe der Expertise von Krankenhäusern und einschlägigen

Fachgesellschaften erstellt wurde. Als problematisch erweist sich jedoch, dass die Anforderungen an KAEP nicht bundeseinheitlich sind. In einigen Ländern bestehen in Ergänzung zu den Verpflichtungen durch die Krankenhausgesetze auch Rahmenpläne mit weiteren Vorgaben. Zudem spiegeln die KAEP vielfach nicht die Anforderungen in Lagen wider, die aufgrund veränderter Krisenszenarien zu erwarten sind. KAEP sind vornehmlich auf den Massenanfall von Verletzten (MANV) ausgelegt und Krisen von einer bestimmten Intensität und Dauer werden nicht ausreichend erfasst.

Für den ambulanten Bereich besteht keine gesetzliche Verpflichtung. Damit die Praxen im Krisenfall zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung beitragen können, sind im Sinne der Gefahrenabwehr entsprechend auch für Praxen festgelegte Abläufe im Risiko- und Krisenmanagement zu konzipieren. Dabei ist Sorge dafür zu tragen, dass die Konzepte auch für kleinere Gesundheitseinrichtungen umsetzbar sind.



Einheitliche Information der Bevölkerung

Ein für die Resilienz des Gesundheitswesens wesentliches Element ist eine auf Krisen vorbereitete Bevölkerung. In Deutschland wirken zahlreiche Institutionen an der Information der Bevölkerung mit. Zum Kern der hierzu zu Beteiligten zählen die Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ebenso wie die Bundesoberbehörden Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Robert Koch-Institut (RKI) oder Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Damit die Vielzahl von Akteuren, die zudem auf unterschiedlichen Ebenen (Kommune, Land, Bund) angesiedelt sind, die Bevölkerung in einer Krisenlage einheitlich informieren können, sind ihre jeweiligen Zuständigkeiten eindeutig festzulegen und

zur gemeinsamen Abstimmung einer Informationsstrategie passende Formate zu schaffen.

Ziel muss es dabei sein, die Bevölkerung zur Vorbereitung auf außergewöhnliche Lagen dafür zu sensibilisieren, dass in Krisen durch den Ausfall und/oder die Überbeanspruchung des Gesundheitssystems eine Einschränkung der Patientenversorgung auftreten kann. Die Bevölkerung ist daher davon zu überzeugen, dass durch individuelle Vorsorge ein Beitrag zur Resilienz des Gesundheitswesens zu leisten ist. Die Bevölkerung sollte durch staatliche Stellen zielgerichtet über individuelle Vorsorgemöglichkeiten (z. B. Medikamentenvorräte, Notfallpläne und Unterstützungsangebote) informiert werden, um die Eigenverantwortung und persönliche Resilienz zu stärken. Zudem ist für ein Engagement im Zivilschutz zu werben. Hierfür reicht die Bereitstellung von Informationen auf der Seite des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe nicht aus.

Eine entsprechend vorbereitete Bevölkerung verfügt über ausreichende Erste-Hilfe-Kenntnisse und allgemeine Gesundheitskompetenz und weist einen möglichst vollständigen Impfstatus auf. Regelmäßige Erste-Hilfe-Kurse sollten zusätzlich die Schulung des richtigen Verhaltens im Krisenfall umfassen (z. B. Lebensmittelbevorratung, Zugang zu Transistorradios, Reaktion auf Sirenen).



Kommunikationswege abstimmen und digitalisieren

Die umgehende wie effektive Reaktion auf ein Krisenszenario erfordert entsprechende Voraussetzungen für die Kommunikation zwischen den Beteiligten. Das setzt eine technisch wie semantisch interoperable und funktionale digitale Infrastruktur voraus. Digitale Kommunikationswege

müssen durch die Vereinheitlichung der Schnittstellen und Verfahren standardisiert und durch einen Schutz vor (schweren) Störungen, einem Ausfall bzw. dem Vorhalten von (analogen) Alternativen krisensicher gestaltet werden.

Die Kommunikation zwischen den in der Rettungskette einzubeziehenden Akteuren ist jedoch durch eine unvollständige Digitalisierung gekennzeichnet. Entsprechend ist die Kommunikation entlang der Rettungskette unter dem Aspekt der Übergabe von Verletzten und Erkrankten und unter Beteiligung relevanter Akteure wie dem Sanitätsdienst der Bundeswehr oder den Rettungsdiensten digital aufzusetzen. Zu den in diesem Zusammenhang zu beseitigenden Hürden zählt insbesondere die technische Ausstattung der Rettungsdienste, da die Digitalisierung der Fahrzeuge weiterhin Lücken aufweist.



Lageerfassung und -führung ermöglichen

Funktionale Führungs- und Koordinationsstrukturen sind die notwendige Voraussetzung, um in Krisenlagen umgehend und adäquat reagieren zu können. Es fehlt z. B. an geeigneten zentralen und dezentralen Strukturen zur Lageeinschätzung und -führung im Gesundheitswesen, wenn Krisen die Grenzen von Bundesländern überwinden oder das Gesundheitssystem gesamtstaatlich überfordert wird. Zur Lageerfassung muss auf Bundesebene ein Lagezentrum eingerichtet werden, das mindestens folgende für das Gesundheitssystem zentrale Informationen über Kapazitäten in der Patientenversorgung in Echtzeit sowie hinsichtlich Menge und Standort vorhält:

- Personalverfügbarkeit
- verfügbare Krankenhausbetten, darunter operative Kapazitäten und Intensivbetten,
- Kapazitäten im ambulanten Bereich,

- Kapazitäten im Bereich der Rehabilitation,
- bestehende Sanitätsmittelvorräte, in (Krankenhaus-)Apotheken, im Pharmagroßhandel und in der Bevorratung des BBK,
- aktuelles Infektionsgeschehen,
- Kapazitäten im Bereich Transport und Logistik.

Bei der Einrichtung des Lagezentrums ist eine klare Abgrenzung zu den Zuständigkeiten des Nationalen Sicherheitsrats im Bundeskanzleramt und des beim BBK angesiedelten Gemeinsamen Melde- und Lagezentrums von Bund und Ländern (GMLZ) vorzunehmen.



Abläufe im Krisenfall regelmäßig üben

Um in Krisen friktionsfrei zu funktionieren, müssen Abläufe standardisiert, etabliert und trainiert werden. Ein wesentlicher Beitrag, um in Großschadenslagen ohne Zeitverlust und zielgerichtet reagieren zu können, sind regelmäßig durchgeführte Übungen. Diese erleichtern auch die Bildung von Netzwerken, um den Austausch zwischen den Akteuren zu verbessern.

Derzeit erfolgt die Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ) im Wesentlichen im friedensmäßigen Katastrophenschutz mittels Rettung, Evakuierung, Versorgung und Instandsetzung bei Naturkatastrophen oder schweren Unglücken. Übungen sollten unter Beteiligung der Bundeswehr ausgehend von einer eher konventionellen Großschadenslage bis hin zum Szenario der Zivilen Verteidigung im Bündnis- oder Verteidigungsfall eskalierend ausgelegt sein. Ein zentrales Problem besteht in der unzureichenden Finanzierung von Übungen. Für Gesundheitseinrichtungen, insbesondere aber für Krankenhäuser, können für Übungen durch den damit verbundenen Personalausfall erhebliche Kosten entstehen.

Lösungsansätze

Als Beitrag zur Krisenresilienz des Gesundheitssystems müssen die Prozesse und Strukturen der Zusammenarbeit aller Ebenen und Akteure in der Patientenversorgung und im Zivil- und Katastrophenschutz – einschließlich des ÖGD und der ZMZ – klar definiert, abgestimmt und im Sinne des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes regelmäßig auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. In diesem Zusammenhang muss auch eine politische Prüfung erfolgen, inwieweit eine Übertragung von Kompetenzen auf den Bund möglich und wann diese Übertragung sachgerecht wäre.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen erforderlich:



Krisenreaktion in Gesundheitseinrichtungen auf aktuelle Krisenszenarien ausrichten

In den Krankenhausgesetzen oder Katastrophenschutzgesetzen der Länder ist auf eine höhere Verbindlichkeit bei der Erstellung und Überarbeitung der KAEP hinzuwirken. Dabei muss auch die Anpassung der KAEP an veränderte Krisenszenarien jenseits des MANV berücksichtigt werden. Einige Länder haben bereits ihre Rahmenpläne für die Erstellung von KAEP angepasst und dabei explizit die durch den russischen Angriffskrieg veränderte geopolitische Lage berücksichtigt. Andere Länder sollten diesem Beispiel folgen.

Über die Krankenhäuser hinaus müssen auch für andere Gesundheitseinrichtungen Empfehlungen erarbeitet werden, wie interne Abläufe unter dem Eindruck einer Krise zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung anzupassen sind. Dies muss unter Berücksichtigung der Besonderheiten ambulanter Strukturen (dezentral, personell kleiner) und der zur Verfügung stehenden Ressourcen

erfolgen. Hierfür ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen.



Information der Bevölkerung koordinieren

Die jeweiligen Zuständigkeiten der an der Information der Bevölkerung beteiligten Akteure, neben den Akteuren des ÖGD in den Kommunen und Ländern auch BIÖG, RKI oder PEI, müssen klarer abgegrenzt und die Abstimmung unter den Akteuren verbessert werden. Dazu sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Zusammenarbeit z. B. in Krisenstäben und auf gemeinsamen Plattformen für sämtliche Krisenszenarien etabliert und eine niedrigschwellige Kommunikation mit der Bevölkerung und eine Bündelung von Informationen, z. B. in Wissensdatenbanken, ermöglicht wird.



Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stärken

Eine zentrale Rolle bei der Vorbereitung der Bevölkerung auf Krisen und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung kommt dem ÖGD zu. Zudem übernimmt der ÖGD bei der Lagebewertung und -führung sowie bei chemischen, biologischen, radiologischen und nuklearen Lagen (CBRN-Lagen)/Umweltlagen durch die koordinierende und fachlich bewertende Funktion der Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene bereits eine wichtige Aufgabe. Damit der ÖGD seine Aufgaben adäquat ausfüllen kann, ist eine nachhaltige Stärkung und ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Im Zentrum muss dazu eine angemessene Personalausstattung mit qualifizierten Fachkräften unter ärztlicher Leitung der Gesundheitsämter stehen. Der ÖGD ist in seiner Unabhängigkeit in fachlichen Fragen zu stärken.

Der Pakt für den ÖGD muss über den 31.12.2026 fortgeführt und Bund und Länder für die Finanzierung in die Pflicht genommen werden. Eine Modernisierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sollte für den ÖGD eine bessere Ausstattung mit qualifizierten Fachkräften und interdisziplinären Teams, zentral koordinierter Krisenkommunikation, der Einbindung in Katastrophen- und Bevölkerungsschutzstrukturen mit klaren gesetzlichen Zuständigkeiten sowie präventionsorientierte Aufgaben in der Krisenvorsorge vorsehen. Zudem ist der ÖGD zwingend und regelhaft in Übungen des Katastrophenschutzes einzubinden.

Auch die technische Ausstattung des ÖGD ist einer Bestandsaufnahme zu unterziehen. Dabei ist zu prüfen, ob die bisher im Rahmen des Paktes für den ÖGD gewährten Mittel zu einer angemessenen Ausstattung der Gesundheitsämter mit digitalen Systemen/IT-Infrastrukturen geführt haben. In diesem Zusammenhang ist unbedingt auf möglichst einheitliche technische Systeme bzw. eine funktionsfähige Interoperabilität hinzuwirken.

Schließlich ist auch dafür Sorge zu tragen, dass ausreichende Laborkapazitäten vorgehalten und auskömmlich finanziert werden. Das betrifft Referenzlabore auf Bundesebene ebenso wie Kapazitäten in den Ländern.



Digitale Kommunikationssysteme auf- und ausbauen

Für den Ausbau der Kommunikation zwischen den Akteuren und Ebenen im Zivil- und Katastrophenschutz sind die technischen Möglichkeiten durch den Auf- und Ausbau digitaler Kommunikationssysteme zu schaffen. Die im Mai 2026 durch die Bundesregierung beschlossenen Eckpunkte des Pakts für den Bevölkerungsschutz sehen u. a. die

Anschaffung digitaler Kommunikationssysteme vor. Die dafür bisher zugesagten Mittel werden jedoch mutmaßlich nicht ausreichen, um alle für die Patientenversorgung zuständigen Einsatzkräfte über Behörden- und Ländergrenzen hinweg in Echtzeit koordinieren zu können.

Die Kommunikation entlang der Rettungskette erfordert auch ein Informations- und Kommunikationssystem zur Vernetzung von Rettungsdiensten, Leitstellen und Krankenhäusern. Diese können in Großschadenslagen wichtige Lageinformationen wie Einsatzort, Anzahl der Verletzten und Art des Ereignisses bereitstellen und Notfallpatientinnen und Notfallpatienten digital und in Echtzeit in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ankündigen. Dabei ist nicht nur ein bundeseinheitlicher Standard anzustreben, sondern auch die technische und semantische Interoperabilität durch die Wahl einer international verwendeten medizinischen Terminologie, wie sie bspw. von SNOMED CT verwendet wird, sollte ermöglicht werden.



Lagezentrum Gesundheit auf Bundesebene einrichten

Das Lagezentrum muss durch seine institutionelle Ansiedlung auf Bundesebene gewährleisten, dass ein Lagebild für den gesamten Gesundheitsbereich ermöglicht wird. Die BÄK muss zur Berücksichtigung der ärztlichen Perspektive verbindlich in die Lagebeurteilung eingebunden werden. Dabei übernimmt sie die Aufgabe, die ärztliche Expertise zu bündeln, etwa indem sie gezielt die zuständigen Fachgesellschaften bzw. Akteure einbindet. Im Krisenfall sollte das zentrale Lagezentrum einerseits die Erfassung verfügbarer personeller und sachlicher Kapazitäten für die Gesundheitsversorgung verbessern und andererseits im Sinne einer strategischen Patientensteuerung die Verteilung von Verletzten

nach Vorbild des in der Corona-Pandemie entwickelten Kleeblattsystems bewerkstelligen. Dazu zählt auch die Schaffung eines bundesweit einheitlichen Erfassungssystems für Geschädigte. Bei einer Skalierung im Spannungsfall ist auch zu berücksichtigen, dass eine parallele Planung der Sicherstellung der Versorgung von Soldaten sowie der Versorgung der Zivilbevölkerung und Kriegsflüchtlingen, z. B. im Bereich von Dialyse, Onkologie, etc. zu erfolgen hat.



Flächendeckende Übungen für den Krisenfall finanzieren

Um mittels Übungen die Vorbereitungen auf Krise, Krieg und Katastrophe zu ermöglichen, müssen die Hürden beseitigt werden, die bislang die flächendeckende Durchführung von Übungen bzw. die Beteiligung an ihnen verhindert haben. Dazu sind die Übungen auskömmlich zu finanzieren und die Kosten für die Beteiligung von Gesundheitseinrich-

tungen an den Übungen zu decken, z. B. über einen hierzu aufzulegenden Fonds. Zudem sind gesetzliche Regelungen für die Freistellung von Personal zur Teilnahme an den Übungen zu schaffen. Dabei ist insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass auch ambulantes Personal in die Übungen einbezogen wird.



Nationalen Pandemieplan zügig neu vorlegen

Um auf künftige Gesundheitsnotlagen infolge von Pandemien besser vorbereitet zu sein, ist die derzeit vorgenommene Überarbeitung und Neukonzeption des Nationalen Pandemieplans zeitnah abzuschließen. Der gewählte Ansatz, den Pandemieplan nach Überarbeitung niedrigschwellig zugänglich zu machen und kontinuierlich zu aktualisieren, sodass Ärztinnen und Ärzte im Krisenfall jederzeit auf den aktuellen Stand zugreifen können, ist dabei zu begrüßen. Die Ärzteschaft ist bei der Überarbeitung und Fortschreibung verbindlich einzubeziehen.

Versorgung / Ausstattung / Bevorratung

Ausgangslage und Herausforderungen

Die Resilienz des Gesundheitssystems bemisst sich daran, inwieweit es in der Krise gelingt, die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten. Damit stellen sich zum einen konkrete Herausforderungen an die Infrastruktur. Gesundheitseinrichtungen müssen nicht nur in ausreichendem Umfang vorhanden, sondern für den Krisenfall auch ausreichend vor einem Ausfall geschützt sein. Zum anderen stellen sich vor dem Hintergrund wachsender Rohstoff- und Technikabhängigkeit und fragiler Lieferketten konkrete Herausforderungen an die Versorgung mit Sanitätsmaterial, Arzneimitteln, Impfstoffen, Medizinprodukten oder Schutzkleidung. Vor dem Hintergrund einer veränderten Bedrohungslage müssen bestehende Konzepte stärker auf Krisen langer Dauer bzw. hoher Anforderungen an die Kapazitäten ausgerichtet werden.



Ausreichende Kapazitäten vorhalten

Ein resilientes Gesundheitswesen hält ausreichende Kapazitäten und Möglichkeiten zur Skalierung (Ausweitung) der Versorgung vor. Dazu gehört auch die Frage der Redundanz: Wenn eine Gesundheitseinrichtung ausfällt, muss eine andere Einrichtung die Versorgung übernehmen können. Dieser Anspruch steht in einem Spannungsverhältnis zu dem gesundheitspolitischen Ziel, gerade im stationären

Bereich Kapazitäten zu konzentrieren bzw. abzubauen. Tatsächlich kann es nicht darum gehen, ineffiziente Strukturen aufrechtzuerhalten, sondern es geht um den Aufbau von arbeitsteiligen Strukturen, die leistungsfähig sind und in der Krise ihre Versorgungskapazitäten schnell ausweiten können. Dies erfordert entsprechende Investitionsmittel, die von Bund und Ländern bereitzustellen sind. Krankenhäuser benötigen „dual-use-Strukturen“ (aus der Tiefgarage wird im Bedarfsfall eine unterirdische Intensivstation) und Spezialeinrichtungen wie Dekontaminationseinheiten. Erforderlich ist auch eine Rückbesinnung auf traditionelle Konzepte, wie standardisierte Feldkrankenhäuser oder Behelfskrankenhäuser, deren Vorhaltung seit 1997 nicht länger gesetzlich geregelt ist. Gebäude, die in diesem Sinne als potenzielle Behelfskrankenhäuser genutzt werden könnten, etwa ehemalige Krankenhäuser, sollten durch die Länder gelistet werden. Zusätzlich sind Vorhaltungen für mobile ambulante Einheiten im Krisenfall zu treffen.



Gesundheitseinrichtungen vor Ausfällen schützen

Der Schutz vor dem Ausfall von Gesundheitseinrichtungen erfordert zunächst bauliche Maßnahmen. Vorschläge dafür liegen bereits vor. Diese betreffen jedoch eher herkömmliche Szenarien, indem sie u. a.

die Sicherung des Zugangs zu Krankenhäusern, die Beschaffenheit von Fluchtwegen, die Abschottung bzw. Abriegelung neuralgischer Abteilungen und die Errichtung von Schutzräumen thematisieren.

Zunehmend werden jedoch auch Vorschläge diskutiert, wie in der baulichen Planung von Krankenhäusern auch der Schutz vor CBRN-Gefahren oder der Betrieb unterirdischer Einrichtungen berücksichtigt werden kann. Vergleichbare Handreichungen oder Empfehlungen für den niedergelassenen Bereich fehlen bislang.

Schutzmaßnahmen für Gesundheitseinrichtungen erfordern relevante Investitionen, für die die notwendigen Mittel bereitgestellt werden müssen.



Kritische Infrastrukturen umfassend sichern

Angriffe auf das Stromnetz in Berlin haben verdeutlicht, dass der Ausfall Kritischer Infrastrukturen weitreichende Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben kann. Zur Steigerung der Resilienz muss die Versorgung mit Strom, Wasser, Heizung oder medizinischen Gasen sichergestellt werden. Ebenfalls zu sichern ist die Entsorgung, z. B. von Ab- bzw. Schmutzwasser. In den genannten Bereichen müssen die Gesundheitseinrichtungen einerseits in die Lage versetzt werden, eigene Vorkehrungen zu treffen. Andererseits ist zu klären, wie Gesundheitseinrichtungen bei Einschränkungen in der Strom- oder Wasserversorgung durch die Netzbetreiber Priorität eingeräumt werden kann. In diesem Zusammenhang sind auch Vorkehrungen zu treffen, wie auf einen Ausfall gewohnter Kommunikationsmittel und -wege zu reagieren ist.

Da Einrichtungen des Gesundheitswesens zu den häufigsten Angriffszielen von Cyberattacken zählen,

müssen große Gesundheitseinrichtungen die Vorgaben aus der NIS-2-Richtlinie der EU umsetzen und diesbezügliche Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) berücksichtigen.

Um als Element der Kritischen Infrastruktur besonderen Schutz zu genießen, müssen Gesundheitseinrichtungen festgelegte Schwellenwerte erreichen. Derzeit gilt für die stationäre medizinische Versorgung von 500 000 Einwohnern ein Schwellenwert von 30 000 vollstationären Fällen im Jahr (BSI-Kritisverordnung) oder für Gesundheitseinrichtungen gemäß BSIG ein Schwellenwert von 50 Beschäftigten oder 10 Millionen Euro Jahresumsatz und 10 Millionen Euro Bilanzsumme (wichtige Einrichtungen) bzw. 250 Beschäftigten oder 50 Millionen Euro Jahresumsatz und 43 Millionen Euro Bilanzsumme (besonders wichtige Einrichtung).



Technische Souveränität stärken

Angeht es um eine wachsende technische Abhängigkeit ist zudem zu überprüfen, wie sich Europa und Deutschland im Sinne einer höheren technischen Souveränität aufstellen können. In die Planungen einzubeziehen sind daher Fragen, wie durch den Aufbau eigener Kapazitäten eine Unabhängigkeit von technischer Infrastruktur (Software, Server, Datenbanken, aber auch Medizinprodukte) erreicht werden kann, deren Steuerung und Zugriff aus Staaten möglich ist, die nicht europäischen Rechtsnormen unterliegen.



Lieferketten bei Arzneimitteln stärken

Ein krisenresilientes Gesundheitssystem gewährleistet die lückenlose Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Heil- und Hilfsmitteln sowie

Sanitätsmaterial. Eine spezifische Lieferkettenfragilität ist bspw. bei Arzneimitteln auf die Abhängigkeit Europas von der Wirkstoffproduktion in Asien zurückzuführen. Die Covid-19-Pandemie hat verdeutlicht, wie sich Lieferengpässe intensivieren können, wenn Produktion und Transport infolge der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zusätzlich eingeschränkt werden. Damit die Abhängigkeit Europas nicht erneut zu Engpässen führt bzw. in Konflikten auch als geopolitischer Hebel eingesetzt wird, muss eine Kombination unterschiedlicher Ansätze geplant werden.

Als zielführende Maßnahme wird die (Wieder-)Ansiedlung der Produktion in Europa genannt. Diese dürfte angesichts bestehender Auflagen bei der Arzneimittelproduktion aber immense Kosten verursachen und lange dauern. Für die Aufrechterhaltung der Versorgung ist auch eine strategische Bevorratung kritischer Arzneimittel von Bedeutung. Für Deutschland gibt es Listen versorgungskritischer und versorgungsrelevanter Arzneimittel, welche das BfArM und der Beirat für Lieferengpässe erstellen. Diese Listen bilden die Grundlage für die auf europäischer Ebene durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) geführte Liste, auf die sich auch der Critical Medicines Act der EU bezieht. Für den militärischen Versorgungskontext besteht eine Liste der Bundeswehr/NATO. Für die bedarfsgerechte Bevorratung müssen die bestehenden Listen regelmäßig überprüft und für die verschiedenen Katastrophenszenarien harmonisiert werden.

Das Arzneimittelgesetz (AMG) und die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) verpflichten Apotheken dazu, einen durchschnittlichen Wochenbedarf an Medikamenten – darunter auch Notfallmedikamente – vorrätig zu halten. Krankenhausapotheken haben Intensiv- und bestimmte Spezialmedikamente vorzuhalten. Eine Bevorratungsverpflichtung ergibt sich zudem durch das Arzneimittel-Lieferengpass-

bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG), das u. a. eine sechsmonatige Bevorratungspflicht für Hersteller rabattierter Arzneimittel und eine sechswöchige Bevorratungspflicht bei versorgungsrelevanten Antibiotika und Parenteralia vorsieht.

Der Bund bevorratet nach § 23 Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) über das BBK deutschlandweit Sanitätsmaterial. Aber auch die europäische Ebene spielt in diesem Kontext eine zunehmend wichtige Rolle. Der Critical Medicines Act der EU soll über die Sicherung der Arzneimittelversorgung zu einem resilienteren Europa beitragen. Neben Standortförderung und einer strengeren Lieferkettensicherung sieht die europäische Ebene im Rahmen der „Vorsorgeunion“ (Preparedness Union) auch die Lagerungs- und Umwälzungsstrategie (Stockpiling Strategy) zur Sicherstellung der Versorgung mit lebenswichtigen Gütern in Krisenzeiten wie Pandemien oder Naturkatastrophen vor.

Um auf eine Krise reagieren zu können, muss ein klares Bild über den Umfang und Ort des gelagerten Materials ermöglicht werden und angesichts der Vielzahl beteiligter Akteure klare Zuständigkeiten festgelegt und ggf. auch die Bündelung von Kompetenzen geprüft werden.



Versorgung mit Blut- und Blutprodukten sicherstellen

Als weiteres Element zur Steigerung der Resilienz des Gesundheitswesens sind vor Eintreten einer (militärischen) Krisenlage auch die notwendigen Vorkehrungen zur Aufrechterhaltung der Versorgung mit Blut und Blutprodukten zu treffen. Zur Stärkung der Resilienz der Blutversorgung ist für die Herstellung anzustreben, die bestehenden, stark zentralisierten Strukturen in ihrer Resilienz zu stärken und zugleich

durch dezentrale Kapazitäten zu ergänzen. Neben dem physischen Schutz der Herstellungsstätten sind auch Maßnahmen zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit, etwa Notstromversorgung, Redundanzen oder IT-Sicherheit, erforderlich.

Außerdem sind auch in Deutschland die Einsatzmöglichkeiten und technischen sowie infrastrukturellen Voraussetzungen für die Gabe von Vollblut in besonderen Lagen zeitnah zu prüfen. In der Hämotherapie ist derzeit die gezielte Therapie mit Blutkomponenten allgemein anerkannter Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik. International wird jedoch auch kalt gelagertes Vollblut in Katastrophenszenarien bereits standardisiert eingesetzt.



Bedrohung der Gesundheit durch Klimawandel ernst nehmen

Jenseits militärischer Szenarien bleibt der Klimawandel die größte Bedrohung für die Gesundheit und Zukunft der Menschheit. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 in Hannover hat die Bundesregierung daher erneut und nachdrücklich dazu aufgefordert, dieser Gefahr zum Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger durch einen entschlosseneren Klimaschutz entgegenzuwirken. Außerdem sind die notwendigen Klimaanpassungsmaßnahmen für das Gesundheitswesen zügig umzusetzen und zu finanzieren. Dies betrifft insbesondere den Hitzeschutz. Prävention und Aufklärung zu klimainduzierten Gesundheitsrisiken sind auszubauen.

Lösungsansätze

Der Gesetzgeber ist gefordert, die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, um die Patientenversorgung auch in Krise, Krieg und Katastrophe sicherstellen zu können. Notwendige Vorkehrungen sind umgehend zu treffen, die Planungen im Bereich Versorgung, Ausstattung und Bevorratung sind dabei insbesondere an potenziell langanhaltenden Krisenszenarien wie einer Pandemie oder dem Bündnis- und Verteidigungsfall auszurichten, damit das System bei Bedarf hochskaliert werden kann.

Konkret sind durch den Gesetzgeber folgende Punkte zu berücksichtigen:



Resilienz in Reformgesetzen berücksichtigen

Reformvorhaben im Bereich der Krankenhausversorgung, der Notfallversorgung und der Primärversorgung sind auf die Schaffung resilienter Strukturen und Prozesse auszurichten. Resilienz ist in allen Versorgungsbereichen als eigenständiges Ziel neben den weiteren Reformzielen anzuerkennen und entsprechend zu finanzieren. Dabei müssen sektorenübergreifende Ansätze gewählt werden, die auch den Bereich der Rehabilitation einbeziehen.



Gesundheitseinrichtungen als KRITIS schützen

Bei der Evaluierung des KRITIS-DachG und des NIS-2-Umsetzungsgesetzes muss der Schutz als Kritische Infrastruktur auf weitere Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt werden. Durch eine moderate Anpassung der Schwellenwerte sollte eine größere Zahl von auch mittelgroßen Einrichtungen in den Schutzbereich dieser Regelungen einbezogen werden. Dabei sollte es den Ländern ermöglicht

werden, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Umsetzung der Vorgaben muss ausreichend gegenfinanziert werden.

Zudem muss durch Anpassungen der einschlägigen Gesetze, z. B. des Energiewirtschaftsgesetzes (EnWG), sichergestellt sein, dass Gesundheitseinrichtungen durch die Netzbetreiber für Strom, Wasser und Wärme bei Versorgungsengpässen prioritär berücksichtigt werden.



Europas Digitale Souveränität steigern

Zur Überwindung der Technikabhängigkeit Deutschlands und Europas ist die Bundesregierung aufgefordert, sich in den europäischen Strukturen für eine umfassende Strategie zur Steigerung der Unabhängigkeit im Bereich der technischen Infrastruktur (Software, Server, Datenbanken, Clouds, aber auch Medizinprodukte) einzusetzen. Zu dieser Strategie muss auch eine stärkere Festlegung auf standardisierte Datenformate gehören, die den Austausch zwischen den Gesundheitseinrichtungen, aber auch zwischen den EU-Mitgliedstaaten erleichtert.



Lieferkettenfragilität überwinden, Bevorratung stärken

Eine größere Stabilität der Lieferketten erfordert eine Kombination verschiedener Ansätze. Dazu zählen: Diversifizierung der Lieferketten, Vorhaltung von Grundstoffen in Deutschland bzw. Europa, (Wieder-)Ansiedlung der Produktion in Europa, Ausbau der Kapazitäten für die Herstellung von Arzneimitteln durch die Bundeswehr. Die strategische Bevorratung ist ein zusätzliches Instrument der

Risikovorsorge. Dazu ist das bereits unmittelbar nach der Pandemie gefasste Ziel, eine Nationale Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) einzurichten, die eine Bevorratung mit kritischen Arzneimitteln und Medizinprodukten für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten gewährleistet, endlich entschieden weiterzuverfolgen. Die gesetzliche Regelung, die die Bevorratung des Bedarfs von zwei Wochen bei vollversorgenden Arzneimittel-Großhandlungen vorschreibt, reicht nicht aus.

Sanitätsmaterial ist einerseits dezentral zu lagern, der Bestand aber in einem Lagezentrum Gesundheit digital tagesaktuell nachvollziehbar nachzuhalten. Zudem hat die Entnahme anhand einer Strategie zu erfolgen, die Effizienz- und Nachhaltigkeitsaspekte berücksichtigt. Dazu gehört auch eine sachgerechte Überprüfung der zeitlichen Vorgaben zur Lagerfähigkeit bestimmter Materialien („Shelf life“), z. B. von Verbandsmaterialien. Auch Arztpraxen können durch die Bevorratung von Material und medizinischer Ausrüstung ihren Beitrag leisten.



Hämotherapie auf Krisen vorbereiten

Um die Versorgung mit Blut und Blutprodukten auch in Krisen sicherzustellen, ist einerseits die Gewinnung und Produktion zu schützen. Neben der Härtung diesbezüglicher Einrichtungen sind auch Maßnahmen für eine stärkere Dezentralisierung zu

ergreifen. So könnte beispielsweise eine Muster-Zulassung für alle Blutspendedienste die Vorgänge deutlich beschleunigen.

Um auch in Deutschland kalt gelagertes Vollblut in Ausnahmesituationen standardisiert einsetzen zu können, sollten die notwendigen Schritte gemäß dem Votum 50 des Arbeitskreises Blut des BMG vom 14.11.2025 umgehend eingeleitet werden. Wesentliche Bedeutung kommt der Zulassung von kalt gelagertem Vollblut in Deutschland und der Erhebung von Daten und Erfahrungen aus den Zulassungsverfahren und der Anwendung zu. Auf dieser Basis kann dann auch der allgemein anerkannte Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung und Anwendung von Blut und Blutprodukten in der Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer gemäß §§ 12a und 18 des Transfusionsgesetzes festgestellt werden.



Klimaschutz und Klimaanpassung vorantreiben

Zur Stärkung der Klimaresilienz müssen Klimaschutz und Klimaanpassung konsequent umgesetzt werden. Dazu gehört die Finanzierung klimafreundlicher Investitionen in die bauliche Infrastruktur. Außerdem sind verbindliche Hitzeschutzpläne, ein bundesweites Hitzealarmsystem sowie effektive soziale Schutzmaßnahmen für vulnerable Gruppen erforderlich.

Medizinisches Personal

Ausgangslage und Herausforderungen

Ein resilientes Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine quantitativ wie qualitativ ausreichende Personalausstattung aus. Die Erfassung der für die Patientenversorgung notwendigen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten muss dabei in Abhängigkeit von den jeweiligen Krisenszenarien erfolgen.

Wenn das Gesundheitswesen in Krisen an seine Kapazitätsgrenzen geführt wird, müssen die zur Verfügung stehenden Personalressourcen je nach Dauer und Intensität der Lage eingeteilt werden. Je stärker die Belastung des Gesundheitssystems, desto mehr wird z. B. der ambulante Bereich den stationären Sektor entlasten müssen.



Ausreichende Personalreserve aufbauen

Eine quantitativ ausreichende Personalausstattung ist aufgrund eines bereits bestehenden Fachkräftemangels in Krisenzeiten nur unter Anstrengungen zu erreichen. Im Fall einer Krise von kurzer Dauer ist davon auszugehen, dass auftretende Personallücken durch Gesundheitsfachkräfte aus dem Personalbestand aufgefangen werden können. Anders dürfte es sich bei Krisenlagen verhalten, die durch eine längere Dauer gekennzeichnet sind.

Umso wichtiger ist es, nicht erst in einer Krise, sondern schon jetzt das Personal im Gesundheitswesen zu

stärken und die Attraktivität einer Tätigkeit in der Patientenversorgung zu erhöhen. Dabei geht es u. a. um einen konsequenten Bürokratieabbau, eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und um eine angemessene Bezahlung.

Auch mit Blick auf den Einsatz und die Qualifizierung von Gesundheitspersonal bei Hilfsorganisationen, dem Technischen Hilfswerk oder bei der Bundeswehr sind Anreize zu schaffen. Dies gilt für die Berufsangehörigen selbst, aber auch für die Arbeitgeber (Ermöglichung und Förderung des Engagements und entsprechender Freistellungen durch den Arbeitgeber). Dabei ist die Verfügbarkeit für das primäre Einsatzgebiet zu wahren.

Mehrfachassigrierungen sind zu erfassen (s. nächster Unterabschnitt und Abschnitt "Grundlagen für die Feststellung des verfügbaren Personals schaffen"). Auch jenseits der Gesundheitsberufe ist in der Bevölkerung die Bereitschaft zum Engagement in Organisationen zu erhöhen, die im Krisenfall die Gesundheitsversorgung unterstützen können.

Im Bündnis-, Spannungs- oder Verteidigungsfall besteht für wehrpflichtige Männer durch das Arbeitssicherstellungsgesetz eine Dienstverpflichtung. Für Frauen vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 55. Lebensjahr besteht im Verteidigungsfall eine Dienstpflicht im zivilen Gesundheits- und Sanitätswesen. Die Dienstverpflichtung ist subsidiär und

setzt voraus, dass der Bedarf nicht auf freiwilliger Basis gedeckt werden kann.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit im Rahmen des GeSiG zur Personalrekrutierung berufs- oder arbeitsrechtliche sowie sonstige arbeitsbezogene Regelungen ggf. zur Disposition gestellt werden, um in Krisen unterhalb des Bündnis- und/oder Verteidigungsfalls kurzfristig zusätzliches Personal im Gesundheitssystem zu rekrutieren. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist dem Prinzip der Freiwilligkeit so weit und so lange wie möglich Vorrang vor einer Verpflichtung zu geben. Grundsätzlich darf es zu keiner Gefährdung des Personals durch Absenkung von Schutzstandards kommen.



Mehrfachassignierungen feststellen

Im Falle einer Mehrfachassignierung (z.B. eine Ärztin oder ein Arzt ist gleichzeitig in verschiedenen Funktionen z. B. als haupt- oder ehrenamtliche Kraft im Rahmen einer Hilfs- oder Blaulichtorganisation oder als Reservist bzw. Reservistin bei der Bundeswehr registriert) kann es zur Überschätzung der tatsächlich zur Verfügung stehenden ärztlichen Personalstärke kommen. Derzeit werden Mehrfachassignierungen nicht systematisch erfasst. Zur Steigerung der Resilienz ist es daher dringend geboten, bereits in Antizipation von Krisen die rechtliche Möglichkeit zu schaffen, eine Mehrfachverplanung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderem Gesundheitsfachpersonal festzustellen.



Ärztliche Kompetenzen zur Behandlung krisenspezifischer Erkrankungen stärken

Die ärztlichen Aufgaben in einer Krise umfassen u. a. das Erstellen und Bewerten von Einsatzlagen,

die Koordination von Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsfachberufen sowie die Zusammenarbeit/Kommunikation mit den relevanten Organisationen. Relevant sind auch der Umgang mit Massenanfall von Verletzten, biologischen Bedrohungslagen oder der Versorgung unter militärischen Bedingungen.

Erforderliche Fähigkeiten betreffen dementsprechend im ärztlichen Bereich insbesondere die Themen Notfall- und Katastrophenmedizin bei Großschadenslagen, Traumatologie, Psychosoziale Notfallversorgung (Resilienzförderung auch für sich selbst), Führungs- und Kommunikationsfähigkeiten im Krisenfall, zivil-militärische Zusammenarbeit (Zusammenarbeit mit Bundeswehr, Polizei, Katastrophenschutz, Feuerwehr, THW etc.) und ggf. erweiterte Kenntnisse im Bereich Zivilschutz und Verteidigungsfall.

Auch hinsichtlich der Kenntnisse und Fähigkeiten, die Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung von Verletzten und Erkrankten aufweisen müssen, sind Anpassungen vorzunehmen. Erfahrungen aus dem Krieg in der Ukraine weisen auf spezifische Verletzungsmuster hin, etwa eine Häufung von Verbrennungs-, Explosions- und Schusswunden, die insbesondere den Kopf, die Brust und die Extremitäten betreffen. Zudem treten als Ergebnis des Einsatzes von Artillerie, Raketen und Streumunition häufig komplexe, kombinierte Verletzungen auf, etwa Knochenbrüche, Gewebeerreißungen, Verbrennungen, Hirnverletzungen und Gehirnerschütterungen sowie Verletzungen der Atemwege. Aufgrund des Einsatzes von Drohnen in der Kriegsführung („gläsernes Gefechtsfeld“) und einer einhergehend verzögerten Versorgung Verletzter sind auch veränderte Infektionsbilder bzw. septische Verläufe mit multiresistenten Erregern ein wichtiger Aspekt, auf den die inhaltliche

Vorbereitung von Ärztinnen und Ärzten auszurichten ist. Neben physischen Traumata sind psychische Traumata wie Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) weit verbreitet.



Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen berücksichtigen

Wenn die Kapazitäten des Gesundheitssystems an ihre Grenzen stoßen, werden unweigerlich Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und die Tätigkeit der weiteren Beschäftigten im Gesundheitswesen die Folge sein. Der mit der Ausweitung der Kapazitäten einhergehende erhöhte Personalbedarf in der Patientenversorgung wird zu Mehrarbeit führen. Arbeitnehmerschutzrechte könnten betroffen sein. Gerade in einer langanhaltenden Krise muss eine Überlastung des Personals vermieden werden, die sowohl den Beschäftigten als auch der Patientenversorgung schaden würde. Neben körperlichen Belastungen müssen auch psychische Belastungen und Traumatisierungen bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen bedacht werden; für eine ausreichende Unterstützung in diesem Bereich ist zu sorgen.

Für erkrankte und verwundete Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr ist ein Versorgungsniveau nach dem Siebten Sozialgesetzbuch (SGB VII) zu ermöglichen. Einsatzschädigungen von Soldatinnen und Soldaten sind dazu grundsätzlich als Arbeitsunfall anzuerkennen, um ihnen im Fall einer Einsatzschädigung den Zugang zu sämtlichen Leistungen der Berufsgenossenschaft (BG)/Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu ermöglichen.



Ärztliche Entscheidungskompetenz wahren

Auch in einer Krise muss gelten, dass ärztliche Behandlungsentscheidungen auf medizinisch-fachlicher Beurteilung und der individuellen Situation der Patientinnen und Patienten beruhen. Die Allokation der ärztlichen Versorgung ist primär an der medizinischen Dringlichkeit und Notwendigkeit und nicht am Status des Patienten (Zivilist oder Angehöriger der Streitkräfte) auszurichten. Am Arztvorbehalt und an der ärztlichen Gesamtverantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess ist festzuhalten. Fachfremde Eingriffe in ärztliche Indikationsentscheidungen sind abzuwehren.

Das gilt auch für die Situation einer Triage. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Triage-Regelung im Infektionsschutzgesetz vom 04.11.2025 sollten Bund und Länder davon absehen, diesen sensiblen Bereich ärztlicher Entscheidungen gesetzlich zu regeln. Die Bundesärztekammer hat zur Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels bereits im Jahr 2020 eine Orientierungshilfe veröffentlicht. Als zentrale Grundsätze benennt diese Orientierungshilfe die Patientenautonomie sowie das Prinzip der Gleichbehandlung allen menschlichen Lebens; als zentrale Entscheidungskriterien für die Einleitung und Fortführung einer Intensivtherapie werden Indikation, Patientenwille und klinische Erfolgsaussichten benannt. Daran müssen sich auch Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichenden Ressourcen ausrichten; solche Entscheidungen können nicht starren gesetzlichen Vorgaben folgen, sondern erfordern stets eine ärztliche Abwägung im Einzelfall.

Lösungsansätze

In den verschiedenen Krisenszenarien, zumal in Szenarien von längerer Dauer, sind Auswirkungen auf die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten und den weiteren Gesundheitsberufen unvermeidlich. Wenn das Gesundheitssystem an seine Kapazitätsgrenzen gebracht wird, ergeben sich Auswirkungen auf den ärztlichen Personalbedarf und die Zusammenarbeit mit anderen Berufen im Gesundheitswesen.

Diese sind durch den Gesetzgeber umgehend anzugehen und beziehen sich auf folgende Aspekte:



Grundlagen für die Feststellung des verfügbaren Personals schaffen

Der Gesetzgeber ist aufgerufen, die rechtlichen Grundlagen für eine umfassende und praxistaugliche Erfassung des verfügbaren Personals zu schaffen. Für die Erfassung ist es essenziell, ein regional abgestuftes Bild der real für die Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte wie auch des weiteren Personals zu ermöglichen. Erfasst werden müssen neben den regulär in der Patientenversorgung Tätigen auch Freiwillige, die bereit sind, in einer Krise zusätzlich tätig zu werden. In diesem Zusammenhang ist z. B. die Erfassung von Mehrfachassignierungen zu regeln. Die Informationen zur Personalverfügbarkeit müssen an diejenigen Stellen vorliegen, die auf der regionalen und überregionalen Ebene für die Steuerung des Personaleinsatzes Verantwortung übernehmen. Dabei müssen die Daten auf einer überregionalen Ebene keinen Personenbezug aufweisen.



Heilberufe- und Kammergesetze anpassen

Damit die Ärztekammern ihr Meldewesen anpassen können, um das im Krisenfall verfügbare Personal

differenziert nach Qualifikation und Einsatzmöglichkeiten zu erfassen, sind Änderungen der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder erforderlich. Unter anderem muss die Möglichkeit geschaffen werden, Informationen über eine bestehende Verpflichtung bei Hilfs- bzw. Blaulichtorganisationen oder als Reservistin/Reservist bei der Bundeswehr verbindlich einzuholen. Die Zuständigkeit der Ärztekammern für die Berufsbildung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) legt es nahe, dass sie auch die Erfassung von MFA im Krisenfall übernehmen, sofern die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden. Die zusätzlichen Aufwände der Kammern sind durch die öffentliche Hand zu finanzieren.



Personalreserve auf- und ausbauen

Für den Krisenfall ist eine Personalreserve aufzubauen, aus der umgehend zusätzliches Personal für die Patientenversorgung gewonnen werden kann. Zu dieser Reserve zählen potenziell Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand, die über die zuständigen Ärztekammern zu gewinnen sind.

Damit Ärztinnen und Ärzte, die in Teilzeit tätig sind, ihren Tätigkeitsumfang in einer Krise vergrößern können, sind die Voraussetzungen, z. B. durch mehr Unterstützung bei der Kinderbetreuung, zu schaffen.

Zu der Personalreserve müssen aber auch Angehörige aller anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufe gehören.

Die Einbindung von Medizinstudierenden kann je nach Ausbildungsstand mit klar definierter Aufgabenzuweisung erfolgen; vorzeitige Tätigkeiten von Studierenden sind nur unter Supervision und angepasst an das Semester/Ausbildungsjahr, bzw. an die prakti-

sche Einsatzerfahrung zu ermöglichen. In Betracht kommen vor allem Studierende in fortgeschrittenen klinischen Studiensemestern und im Praktischen Jahr. Dabei ist die (anteilige) Anerkennung geleisteter Zeiten sowie ggf. die Anerkennung alternativer Studienleistungen durch regulatorische Flexibilisierungen in der Approbationsordnung (ÄApprO) vorzusehen.

Auch Menschen, die bisher keine Qualifikation im Gesundheitsbereich haben, können für Unterstützungs- und Hilfstätigkeiten auf Wunsch bereits jetzt qualifiziert werden (z. B. im Sinne von Pflegediensthelfern). Freiwillige mit entsprechenden Vorkenntnissen könnten in klar definierte Abläufe der Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Voraussetzung dafür ist eine klare Abgrenzung zu ärztlichen Tätigkeiten und die Gewährleistung von Aufsicht. Eine solche Personalreserve würde für Tätigkeiten von überwiegend unterstützender Natur vorgesehen werden (Transport, Logistik, Basishygiene, Betreuung).

Bei der Personalgewinnung in einer Krise ist aus Sicht der Bundesärztekammer bei Ärztinnen und Ärzten wie allen weiteren Berufsgruppen und Helfern soweit wie irgend möglich auf Freiwilligkeit zu setzen. Freiwilliger Einsatz führt zu mehr Motivation und besseren Ergebnissen. Grundlage dafür ist die Bereitschaft des Staates, für die unter den jeweiligen Bedingungen bestmöglichen Rahmenbedingungen zu sorgen.

Dazu gehören die Bereitstellung der notwendigen Arbeitsmittel sowie eine strukturierte Einweisung und Einarbeitung, aber auch die Absicherung für den Fall einer Verletzung oder tätigkeitsbedingten Erkrankung im Einsatz und ein umfassender Haftpflichtversicherungsschutz und die Absicherung von Berufsunfähigkeit und Hinterbliebener im Todesfall.



Ärztinnen und Ärzte entlasten

Die Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten (wie auch weiterer Gesundheitsberufe) wird derzeit in erheblichem Umfang durch Bürokratie in Anspruch genommen. Bürokratieentlastung ist auch unabhängig von Krisenlagen ein vordringliches Ziel.

In einer Krise muss ärztliche Arbeitszeit zunächst dadurch mobilisiert werden, dass die Kontroll- und Qualitätsbürokratie ausgesetzt wird. Dokumentations- und Berichtspflichten müssen sich auf das Mindestmaß dessen beschränken, was zur Patientenversorgung und zum Management der Krise unbedingt erforderlich ist.

Außerdem ist auch eine Entlastung durch andere Berufsgruppen in gewissem Umfang möglich. Dem sind allerdings schon dadurch Grenzen gesetzt, dass in einer Krise andere Berufsgruppen ebenfalls überlastet sein werden. Unter Wahrung des Arztvorbehaltes und der ärztlichen Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie ist gleichwohl durch die Ärzteschaft zu entscheiden, in welchem Umfang andere Berufsgruppen (soweit es deren Kapazitäten zulassen) Aufgaben im Rahmen der Delegation übernehmen können.

Beispiele aus der Ukraine verdeutlichen, dass Lösungen der Telemedizin auch in einem anwachsenden Szenario bis hin zur Landesverteidigung sinnvoll eingesetzt werden können. IT- und Sicherheitsinfrastrukturen, wie insbesondere die Telematikinfrastruktur, müssen für diesen Fall resilient sein, damit ergänzende Versorgung über telemedizinische Dienste möglich bleibt. Zudem ist die Interoperabilität zu gewährleisten.



Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten weiterentwickeln

Die für die Arbeit im Krisenfall notwendigen Grundlagen sind Ärztinnen und Ärzten bereits in der ärztlichen Ausbildung zu vermitteln. Einige Inhalte (bspw. zur Katastrophenmedizin) sind für das Medizinstudium im Nationalen Lernzielkatalog bereits abgebildet. Dieser wird aktuell weiterentwickelt und sollte bedarfsgerecht aktualisiert und ergänzt werden.

Für Ärztinnen und Ärzte hat die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern bereits heute ein umfangreiches Fortbildungsangebot entwickelt, etwa die kürzlich überarbeiteten Curricula „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ und „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“.

Die Bundesärztekammer prüft gemeinsam mit den Ärztekammern, ob bestehende Fort- und Weiterbildungsangebote mit Blick auf die Themen Resilienz und veränderte medizinische Anforderungen in bestimmten Krisenlagen anzupassen sind. Mit Blick auf die Versorgung von Kriegsverletzten entwickelt die Bundesärztekammer in Abstimmung mit den Ärztekammern ein Muster-Fortbildungscurriculum.

Darüber hinaus sind auch den Gesundheitsfachberufen die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Angehörige aller Gesundheitsberufe müssen regelmäßig in krisenrelevanter medizinischer Versorgung geschult werden. Dies beinhaltet auch die psychosoziale Prävention und Unterstützung (z. B. Peer-Support) der Mitarbeitenden.

Aufgaben für die ärztliche Selbstverwaltung

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern bündeln den medizinischen Sachverstand und das Versorgungswissen der Ärzteschaft in allen Versorgungsbereichen. Sie stehen bereit, Gesetzgeber, Regierung und Behörden auf Bundes- und Landesebene und in den Kommunen mit dieser Kompetenz bei allen Krisenvorbereitungen und in einer Krise zu beraten und zu unterstützen. Dazu gehören insbesondere folgende Bereiche:

- Die BÄK wirkt in einem zu errichtenden **Lagezentrum Gesundheit** auf Bundesebene mit. Als zentrale Organisation der deutschen Ärzteschaft koordiniert sie die Entscheidungsfindung mit den fachlich zuständigen ärztlichen Verbänden und Fachgesellschaften.
- An **Übungen** wie z. B. der Länder- und ressortübergreifenden Krisenmanagementübung, LÜKEX, beteiligen sich die Ärztekammern aktiv. Sie werben innerhalb der Ärzteschaft für eine Mitwirkung.
- Die Ärztekammern wirken beim Aufbau einer **freiwilligen Personalreserve** aus Ärztinnen und Ärzten sowie MFA für den Einsatz in der Patientenversorgung in Krisenlagen mit. Diese Personalreserve soll in Krisenlagen insbesondere die Mitwirkung in Strukturen des Katastrophen- oder Zivilschutzes ggf. auch über Grenzen eines Kammerbereichs hinweg erleichtern. In diesem Zusammenhang realisieren die Ärztekammern auch die Erfassung einer bestehenden Mehrfachassigierung von Ärztinnen und Ärzten in ihren Melderegistern.
- Die BÄK prüft gemeinsam mit den Ärztekammern, ob bestehende **Fort- und Weiterbildungsangebote** mit Blick auf die Themen Resilienz und veränderte medizinische Anforderungen in bestimmten Krisenlagen anzupassen sind. Mit Blick auf die Versorgung von Kriegsverletzten entwickelt die BÄK in Abstimmung mit den Ärztekammern ein Muster-Fortbildungscurriculum.
- Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern unterstützen alle Bemühungen, bei der Bevölkerung für Blutspenden zu werben. Die Bundesärztekammer berücksichtigt darüber hinaus das Thema Krise bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik in ihrer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut aufgestellten Richtlinie für die Hämotherapie. Sie steht einer Konkretisierung der entsprechenden Richtlinienkompetenz aufgeschlossen gegenüber.
- Um die **Fortsetzung des Betriebs in der Krise** zu ermöglichen, müssen die Kammern prüfen, inwieweit die Ver- und ggf. auch Entsorgung mit Strom, Wasser und Wärme oder der Schutz ihrer IT-Infrastruktur und Kommunikationswege gewährleistet ist bzw. ob Einsatz- und Alarmpläne für die Mitarbeitenden zu erstellen sind. Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch unter den Kammern kann best-practice Modelle aufzeigen.

Krisenszenarien im All-Gefahren-Ansatz

Im Sinne einer ansteigenden Komplexität bzw. potenzieller Disruption der Patientenversorgung werden in diesem Papier folgende Szenarien berücksichtigt:

- ▶ **Unfall:** Das Szenario bezieht sich auf größere Lagen mit einem Massenanfall von Verletzten (MANV), der für das Gesundheitswesen eine Großalarmierung von Rettungskräften zur Folge hat. Im Sinne einer Rettungskette sind Rettungsdienste, Feuerwehr, Polizei und Krankenhäuser zwecks Versorgung, Verteilung und Transport der Patienten eng zu koordinieren.
- ▶ **Anschlag:** Unklare Lage mit Gefahrenpotenzial, insbesondere wenn eine Einrichtung des Gesundheitswesens selbst zum Tatort geworden ist, oder weitere Anschläge möglich sind. Eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Polizei, Rettungsdiensten, Krankenhäusern und Behörden ist essenziell.
- ▶ **Naturkatastrophe:** Der MANV geht zumeist mit zerstörter Infrastruktur einher, sodass Patientinnen und Patienten verletzt oder improvisierte Behandlungsplätze eingerichtet werden müssen. Externe Hilfe und überregionale Unterstützung sowie die Koordination zwischen Rettungsdiensten, Katastrophenschutz, Bundeswehr und medizinischen Einrichtungen können erforderlich sein.
- ▶ **Umweltkatastrophe:** Unfälle mit Auswirkungen auf die Umwelt gehen potenziell mit einer CBRN-Gefahr (chemisch, biologisch, radiologisch, nuklear) einher. Rettungsdienste und Krankenhäuser müssen zusätzlich zur Versorgung von Verletzten Schutzmaßnahmen gegen eine Kontamination treffen. Für die Dekontamination und Sicherung der Umgebung können die Feuerwehr und Spezialkräfte für Gefahrgut (CBRN-Einheiten) herangezogen werden.
- ▶ **Pandemie:** Das Gesundheitssystem wird durch den hohen und langfristigen Bedarf, z. B. an Intensivbetten, Beatmungsgeräten und Personal an die Kapazitätsgrenzen geführt. Der Schutz von medizinischem Personal und Patienten vor Ansteckung erfordert strenge Hygienemaßnahmen und persönliche Schutzausrüstung (PSA). Die Abstimmung zwischen Gesundheitsämtern, Kliniken, Laboren, Arztpraxen, MVZ und politischen Entscheidungsträgern ist essenziell.
- ▶ **Bündnis- und/oder Verteidigungsfall:** Aufgrund seiner strategischen Lage im Zentrum des europäischen NATO-Gebiets ist Deutschland Drehscheibe für den Aufmarsch und die Versorgung verbündeter und eigener Streitkräfte. Neben den Vorbereitungen auf Truppenverlegungen ist für das Gesundheitssystem entscheidend, dass durch den Rücktransport von Verletzten mit einer zusätzlichen Belastung von 1 000 Verletzten am Tag zu rechnen ist. Zugleich ist mit einer Störung der Infrastruktur und/oder einer Unterbrechung der Versorgung, z. B. mit Medikamenten, zu rechnen.

Die beschriebenen Krisenszenarien sind nicht statisch und die aus ihnen resultierenden Lagen nicht eindeutig abgrenzbar. Das betrifft etwa extreme Ausprägungen in den jeweiligen Szenarien, z. B. Naturkatastrophen als Folge des Klimawandels (Fluten, Hitzedom) oder veränderte terroristische Bedrohungslagen im Szenario Anschlag. Zu berücksichtigen sind auch Geflüchtete, die z. B. als Folge von Natur- und Umweltkatastrophen oder einer militärischen Auseinandersetzung in die Versorgung integriert werden müssen. Die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten im Sinne des Host Nation Support sorgt dafür, dass es zu einer potenziell konkurrierenden Parallelität mit der Regelversorgung der Bevölkerung kommen kann.

COVID-19-Pandemie: Lessons-Learned

Die COVID-19-Pandemie legte offen, dass das deutsche Gesundheitssystem auf eine Pandemie zunächst nur begrenzt vorbereitet war. Die Erfassung von Infektionsdaten, der Wirksamkeit von Maßnahmen und verfügbaren Ressourcen erfolgte teilweise langsam, unvollständig und uneinheitlich. Es wurde deutlich, dass Monitoring- und Surveillance-Systeme sowie klinische Pandemieforschung bereits präpandemisch etabliert und regelmäßig evaluiert werden müssen, um potenzielle Gefahren, geeignete Maßnahmen und langfristige Folgen frühzeitig zu erkennen.

► **Kommunikation:** Eine transparente Kommunikation von Erkenntnissen aus der Datenerhebung ist notwendig, um Nutzen und mögliche Schäden abzuwägen und zugleich die ärztliche Beratung, Behandlung und Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten während einer Pandemie zu unterstützen. Zudem kann eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung auf Grundlage empirischer Daten einer Politisierung des Krisengeschehens entgegenwirken sowie den Einsatz von Maßnahmen ethisch und politisch begründen und so für die Bevölkerung nachvollziehbar machen.

► **Ressourcen:** Die COVID-19-Pandemie hat den hohen Bedarf an materiellen Ressourcen wie Schutzausrüstung, Testkapazitäten und Intensivbetten offengelegt. Für zukünftige Pandemien sind stabile Lieferketten sowie eine koordinierte Bevorratung und Finanzierung erforderlich, um den Zugang zu Ressourcen sicherzustellen. Eine vorausschauende präpandemische Vorbereitung kann dabei sowohl die Wirksamkeit als auch die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen stärken. Zudem besteht die Notwendigkeit, bereits interpandemisch die Ausbildung von Fachkräften zu stärken, Maßnahmen zum Arbeitsschutz konsequent umzusetzen und Aufgaben sowie Befugnisse klar abzustimmen, um eine effiziente, fachlich fundierte und ethisch verantwortbare Versorgung zu gewährleisten.

► **Bedarfsplanung:** Für eine effektive Bedarfsplanung in Krisenzeiten ist es künftig notwendig, neben personellen Ressourcen auch technische Ausstattung und fachliche

Kompetenz der zuständigen Einrichtungen zu stärken. Belastbare Surveillance-Daten, wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen müssen zeitnah und niedrigschwellig Wissenschaft, Politik und Ärzteschaft zugänglich gemacht werden. Um in Krisen schnell, koordiniert und evidenzbasiert handeln zu können, ist ein leistungsfähiger ÖGD entscheidend.

► **Kompetenzsicherung:** Dafür müssen die in der Pandemie aufgebauten Kompetenzen auch interpandemisch nachhaltig gesichert und ausgebaut werden. Für zukünftige Krisen empfiehlt sich zudem eine zentrale Koordinierungsstelle zwischen Politik, Wissenschaft und Industrie, die transparente und konsolidierte Informationen zu Entwicklungen, Ressourcen und Zuständigkeiten bereitstellt und so eine dauerhafte sektorübergreifende Zusammenarbeit auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ermöglicht.

► **Internationale Zusammenarbeit:** Auf internationaler Ebene hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Überarbeitung der internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) auf die Lehren aus der COVID-19-Pandemie reagiert. In diesen wurde nun u. a. der Begriff der „pandemischen Notlage“ eingeführt und die Mitgliedstaaten zur schnellen Information und Abstimmung bei unklaren Gesundheitsrisiken verpflichtet. Im Januar 2026 wurden die Anpassungen in deutsches Recht umgesetzt. Ein internationales Pandemieabkommen wird zurzeit separat verhandelt.

Insgesamt zeigt sich, dass erfolgreiche Pandemievorsorge auf der konsequenten Umsetzung dieser strukturellen Verbesserungen in nicht-akuten Zeiten beruht. Nur durch frühzeitige Vorbereitung, evidenzbasierte Steuerung und resiliente Systeme lassen sich zukünftige Pandemien wirksam bewältigen und ihre Auswirkungen begrenzen.

Impressum

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 | 10623 Berlin
Fon: +49 (0) 30/ 400 456-0
Fax: +49 (0) 30/ 400 456-388
E-Mail: info@baek.de
www.baek.de

Stand: August 2026

Layout und Umsetzung:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Titelbildnachweis:

© picture alliance/DeFodi Images | Harry Langer

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten nicht kommerziellen Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.