

POLITIK 01.09.2026

Zivilmilitärische Zusammenarbeit in der Verwundetenversorgung: Herausforderung und Chance



Ausgangslage der medizinischen Infrastruktur in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem nimmt in Quantität und Qualität einen Spitzenplatz in Europa ein. Sowohl bei der Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten (Akut und Reha), der Ausstattung mit medizinischem Personal und den finanziellen Ressourcen werden andere Länder um teilweise ein Vielfaches übertroffen. Die Bevölkerung geht daher von einer dauerhaft, möglichst wohnortnah verfügbaren, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung aus und erwartet selbstverständlich auch eine gute Vorbereitung des Gesundheitssystems auf die Situationen Krise, Katastrophe und Verteidigung. Seit 1990 wurden allerdings wesentliche Komponenten der Vorbereitung auf einen Verteidigungsfall im Vertrauen auf die so genannte „Friedensdividende“ kontinuierlich zurückgefahren und medizinische Anteile in einem zunehmend kompetitiv angelegten Gesundheitssystem aus ökonomischen Gründen weitestgehend marginalisiert.

Der gerade stattfindende und dringend benötigte Reformprozess der stationären Versorgungslandschaft und des Gesundheitssystems in Deutschland hat das Ziel, überzählige Betten abzubauen und durch Spezialisierung und Zentralisierung Qualität und Sicherheit der Versorgung zu sichern und zu steigern. Weitergehende gesundheitspolitische Herausforderungen sind Sektorengrenzen und zunehmende Überbürokratisierung.

Die aktuellen geopolitischen Veränderungen werden dem in Transformation befindlichen Gesundheitssystem allerdings zusätzliche Belastungen aufbürden. Stichworte sind hier zivil-militärische Zusammenarbeit in der Verwundetenversorgung und -steuerung im Verteidigungsfall und Resilienz von Personal und Einrichtungen im Sinne einer Gesamtverteidigung. In der Gemengelage Bettenüberangebot, steigende Qualitätsanforderungen, heterogener Personalverteilung und hohem Bürokratieraufwand gilt es jetzt zukünftige Anforderungen klar zu definieren und skalierbare Versorgungsangebote für Krise, Verteidigung und Katastrophe aufzubauen. Wesentliche Herausforderungen liegen dabei in der Bündelung vorhandener, bisher aber nicht koordinierter Strukturen und Ressourcen, der intelligenten Steuerung von Patienten und die Verstärkung dieser Struktur durch eine solide, qualifizierte Personalausstattung, um auch langdauernde Krisen bewältigen zu können.

Planungsgrundlage Bündnis- und Landesverteidigung

Im Rahmen der geopolitischen Veränderungen seit dem Fall des Eisernen Vorhangs hat sich die Situation Deutschlands von der ursprünglich sofort erforderlichen Landesverteidigung auf eigenem Boden zu einer strategischen Drehscheibe der wahrscheinlich in östlichen Ländern des NATO-Bündnis stattfindenden Verteidigungsanstrengungen gewandelt. Es sind erhebliche Truppenbewegungen in einer Dimension von ca. 0,8 Millionen verbündeter Truppen Richtung Osten zu erwarten, mit frühzeitig einsetzenden, massiven Flüchtlingsbewegungen in der Gegenrichtung. Gleichzeitig wird die Intensität der schon jetzt zu beobachtenden hybriden Kriegsführung mit Sabotage, Anschlägen und Desinformation deutlich zunehmen. Bei aktiven Kampfhandlungen nimmt die Planungsvorlage der Bundeswehr die tägliche Rückführung von 1.000 verwundeten deutscher Soldaten mit ca. 700 stationären Aufnahmen an, die vorwiegend in das zivile Gesundheitssystem übergeben werden müssen. In Anlehnung an das während der Co-Vid Pandemie verwendete Kleeblattsystem, erarbeiten die Bundeswehr und die Bundesländer derzeit eine belastungsfähige Cluster-Hub-Struktur zur Patientensteuerung (siehe Artikel von Prof. Friemert). Die politische Abstimmung zu den Aufgaben der einzelnen Länder erfolgt derzeit in dem sogenannten Petersberger Prozess, der die länderspezifischen Vorbereitungen harmonisiert. Wesentliche Unterschiede zu der während der Pandemie erprobten Verfahren ist die Notwendigkeit „Push-Mechanismen“ einzusetzen, das heißt Verteilungen ohne vorherige individuelle Nachfrage in Krankenhäusern, um die lagebedingt notwendige schnelle Verteilung einer großen Zahl von Verwundeten in die einzelnen Clusterregionen zu ermöglichen.

Medizinische Anforderungen in der Bündnisverteidigung

Aus medizinischer Sicht sind die Vorbereitung auf ein weites Verwundungs- und Erkrankungsspektrum und daraus abgeleiteten Behandlungen notwendig. Besonders herauszustellen sind:

- Komplexe Mehrfachverwundungen in großer Zahl, z. B. vermehrt „thermal-blast“-Kombinationsverletzungen durch technologische Änderungen in der Kriegsführung
- Hohe Anzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen
- Besonders hoher Bedarf von plastisch rekonstruktiver Chirurgie und Verbrennungsmedizin, bei derzeit knapper Verfügbarkeit von Lehrstühlen und Hauptabteilungen mit Ausrichtung Plastische Rekonstruktion
- Umfassende Frührehabilitation mit dem Ziel der frühzeitigen Restitution und Wiedereingliederung.

Das Genannte entspricht auch in Friedenszeiten den typischen Aufgaben einer interdisziplinär aufgestellten „Zentrumschirurgie“ wie sie in überregionalen Traumazentren, Universitäts- und Spezialkliniken (BG und BW) nahezu flächendeckend in hoher Qualität angeboten werden. Eine Herausforderung ist die im Verteidigungsfall erforderlich schnelle quantitative Skalierbarkeit. Die zu erwartende Mangelressource wird in ausreichend qualifizierten, interdisziplinären und gut personalisierten Behandlungsteams gesehen, die ggf. unter kurzfristiger Hinzuziehung fachgebietsnahen Zusatzpersonals Behandlungskapazitäten schnell erweitern können. Durch die zu erwartende hohe Exposition mit diesen komplexen Verwundungsmustern ist andererseits aber auch von einer schnellen Qualifizierung des Zusatzpersonals unter Anleitung der vorhandenen „Experten“ auszugehen.

Grundkenntnisse in der Akutversorgung perforierender Verletzungen sind ebenfalls erforderlich. Der Bedarf innerhalb Deutschlands definiert sich aber analog der schon bestehenden Vorbereitungen zur Behandlung terrorassoziierter Verletzungen und Anschlägen. Die lebensrettende Primärversorgung der verwundeten Soldatinnen und Soldaten wird frontnah durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr und Nato erfolgen.

Rolle der Fachgesellschaften und Berufsverbände

Fachgesellschaften und Berufsverbände haben in Deutschland kein oder ein nur beschränktes politisches Mandat. Allerdings entwickeln und gestalten sie den medizinischen Fortschritt und gewährleisten durch wissenschaftliche Begleitung, Leitlinien und Analyse der notwendigen Rahmenbedingungen, ganz besonders im Bereich der Chirurgie, Qualität und Sicherheit der Patientenbehandlung.

Beispiele struktureller Impulse aus den Fachgesellschaften sind z. B. die Etablierung der bundesweit verfügbaren Traumanetzwerke-DGU aus dem Jahr 2006. Sie entstanden in Reaktion auf die Einführung der DRGs mit Konzentration auf planbare Leistungen und daraus abgeleitet der zwangsläufig zu erwartenden Vernachlässigung des bis dahin vorhandenen und weltweit einmaligen flächendeckenden Versorgungsangebotes für Unfallverletzungen und Verletzungsfolgen. Elementare Komponenten zum Erfolg waren die Schaffung einer belastungsfähigen Datenbasis zur Qualitätskontrolle (Traumaregister), klare Definition der strukturellen Anforderungen (Weißbuch Schwerverletztenversorgung), wissenschaftlich begründeter Prozessvorgaben (S3 Leitlinie Polytrauma) und dem Aufbau einer Datenschutz-konformen Kommunikationsplattform zum Austausch digitaler, patientenbezogener Daten (TK-Med). Die flächendeckende Versorgung konnte damit nicht nur erhalten werden, sondern es wurde die Versorgungsqualität durch Vorgaben, regelmäßige Audits und Strukturanpassungen messbar und kontinuierlich gesteigert.

Ab dem Jahr 2015 stieg die Zahl der terroristischen Anschläge in Europa und Deutschland deutlich an. Die Behandlung der beobachteten Verletzungsmuster benötigt sofort verfügbare chirurgische Kompetenzen („Höhlenkompetenz“), die weder aus der modernen Viszeralchirurgie („hochspezialisiert, minimalinvasiv und elektiv“), noch aus der Unfallchirurgie (Zuwendung zur „muskuloskelettalen Traumaversorgung und geriatrische Frakturen“) unmittelbar und flächendeckend abrufbar war. Im Februar 2022 einigten sich daher alle chirurgischen Fachgesellschaften sowie die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin unter dem Dach der DGCH die vorhandenen Fortbildungsformate zur Akut- und Notfallchirurgie zukünftig zu bündeln und gemeinsam zu managen. Das von DGAV, DGU und DGAI weiterentwickelte Angebot ACT! ist nicht nur interdisziplinär ausgestaltet, sondern auch international anerkannt. Es integriert die Vergabe der weltweit anerkannten Zertifikate des American College of Surgeons, USA (ACS), der Internationalen „Association for Trauma Surgery and Intensive Care“, Schweiz (IATISIC) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nürnberg (DATC, Definitive Anaesthetic Trauma Care).

Alein im Standort Homburg wurden zwischenzeitlich über 1.000 Chirurg:innen ausgebildet, an den Standorten Rostock und Berlin werden derzeit weitere Kapazitäten geschaffen. Ein zusätzliches Kursformat TDSC (Terror and Disaster Surgical Care) vermittelt taktische Kenntnisse zur Führung und Disposition eines Krankenhauses in der Krise entlang des Krankenhausalarm- und Einsatzplanes. Weitere Kursformate sind im Aufbau und komplettieren die Fähigkeiten in taktischer Führung und werden durch die genannten Formate zu chirurgischen Techniken in der Notfallversorgung („Skills“) ergänzt. Die Finanzierung dieser Fortbildungen wird zwischenzeitlich von einigen Landesregierungen in Deutschland übernommen und die Nachfrage steigt.

Schon im Rahmen der DGU-Notfallkonferenz 2018 in Frankfurt wurden aus dem Saarland erste Analysen zum Einsatz der flächendeckenden Traumanetzwerkstrukturen für eine optimierte Patientendisposition in terrorassoziierten Großschadensfällen vorgestellt.

Nach der russischen Vollinvasion in die Ukraine im Februar 2022, wurde die Vernetzungsfähigkeit der ärztlichen Verantwortungsträger der 54 deutschen Traumanetzwerke durch WebEx Konferenzen überprüft und mehrfach wiederholt. Zwischenzeitlich wird auch von Seite der behördlichen Strukturen (BBK, BW, Länder, Bund) im Rahmen der Kleeblatt- oder jetzt auch Hub-Strukturen regelmäßig auf die „Fachberatung Chirurgie des TNW“, zur Disposition der Verwundeten aus der Ukraine oder auch im Rahmen von Übungen (u. a. Medical Quadriga Berlin, 2026) zurückgegriffen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Fachgesellschaften auch ohne offizielles Mandat, durch Kreativität, Gestaltung der Medizinischen Entwicklungen und der exakten Kenntnis medizinischer Prozess- und Qualitätsanforderungen eine wichtige Rolle in Weiterentwicklung und Optimierung von benötigten Versorgungsstrukturen spielen werden und diese Funktion auch wahrnehmen

Was wird nun benötigt, welche Schritte sind erforderlich?

Unter folgenden Stichpunkten ist der vordringliche Klärungs- und Handlungsbedarf zusammenzufassen:

- Patientensteuerung muss neu gedacht werden, um die Hochwertressource „Zentrumschirurgie“ nur kurz möglichst zu beanspruchen und so ohne Qualitätsverlust die Behandlungsangebote zu erweitern
- Dazu sollten auch derzeit vorgesehene Vorgaben in der Gesundheitsversorgung überdacht werden: z. B. Überführung der Einsatzverwundung in das System der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (BG) und Anerkennung als „Arbeitsunfall“. Damit wird ein unkomplizierter Zugriff auf ein seit 142 Jahre bewährtes, hochspezialisiertes Sozialsystem ermöglicht. Es umfasst neben den neun BG-Kliniken über Zulassungsverfahren auch alle relevanten Traumazentren, den ambulanten Sektor der Durchgangsgäste und eine große Zahl von akkreditierten Rehaeinrichtungen. Dabei sind bewährte und gut bekannte Mechanismen zu Berichterstattung, Patientensteuerung, Reha-Steuerung, Wiedereingliederungskonzepten und Entschädigungsmechanismen eingeschlossen. So etwas muss nicht neu und parallel aufgebaut werden!
- Die Vorhaltung einer ausreichenden Zahl qualifizierten Fachpersonals in interdisziplinären Behandlungszentren und-teams braucht klare Vorgaben und eine Basisfinanzierung, um diese Mangelressource auch in Zeiten des hohen Kostendrucks skalierbar zu erhalten (z. B. Vorhaltung „Systemrelevanter Leistungsgruppen“ als Zentrumsaufgaben)
- Bestehende administrative Hürden müssen identifiziert und schnell abgebaut werden. Dabei ist eine steuernde, strategische Länder-Bund Koordination unabdingbar. Die offene und ehrliche Kommunikation von Lage und Anforderungen aus dem politischen und administrativen Raum muss dringend intensiviert werden.

- Auf allen Ebenen müssen die Maßnahmen im Sinn der „Gesamtverteidigung“ gedacht werden. Durch Schärfung des „Mindset“ wird die Fähigkeit zur dezentral vorhandenen, eigenständigen Problemlösung gefördert und das Vertrauen in eigene Fähigkeiten ausgebaut.

Fazit

Deutschland hat alle zur Bewältigung der medizinischen Lage in einem Bündnisfall erforderlichen Ressourcen in ausreichendem Maß. Die fehlende Koordination und Vorplanung, sowie die derzeitigen bürokratischen Vorgaben verhindern derzeit den benötigten schnellen Ausbau der Versorgungsstrukturen in Richtung Resilienz und Durchhaltefähigkeit. Folgende Eckpunkte sind daher vordringlich:

- Klare Definition und Beschreibung der zu erwartenden Aufgaben und Erwartungen.
- Es gilt keine Zeit verlieren! D. h. eine derzeit zweitbeste Lösung zu akzeptieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln, ist der erfolgversprechendere Weg, als endlos an einem „Goldenen Plan“ zu arbeiten.
- Mindset schärfen: Alle sind gefordert! Zivilverteidigung ist eine gesamtstaatliche Aufgabe. Nicht auf Anweisungen und große Lösungen warten, sondern unmittelbar beginnen und z. B. den eigenen Krankenhausalarm- und Einsatzplan auf den neuesten Stand bringen und an mögliche Zusatzaufgaben anpassen.
- Chirurgisch präventiv denken: Komplikationen wünschen wir uns nicht weg, sondern vermeiden sie durch akribische Planung und Vorbereitung von Lösungsstrategien!
- Ein in sich resilientes, vorbereitetes und entschlossenes Gesundheitssystem hat daher auch abschreckende Wirkung, da es ganz wesentlich zur moralischen Resilienz von Bevölkerung und Bundeswehr beiträgt.

Autor:innen des Artikels



Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Ehemaliger Direktor Lehrstuhl Unfallchirurgie, Universität des Saarlandes, Universitätsklinikum Homburg/Saar
Sprecher des Wehrmedizinischen Beirats, BMVg Berlin
Ehemaliger Präsident AO-Foundation, Schweiz, der DGCH, DGOU und DGU
Flottenarzt der Reserve, a.D.

 [Kontakt](#).eu

Mit freundlicher Unterstützung: Staatssekretär a.D. Christian Seel

Leiter der Stabsstelle Strategische Resilienz und Gesamtverteidigung, Landesregierung Saarland, Staatskanzlei
Oberst der Reserve

 [Kontakt](#)

Pohlemann, T: *Zivilmilitärische Zusammenarbeit in der Verwundetenversorgung: Herausforderung und Chance. Passion Chirurgie.*
2026 September;
16(09): Artikel 03_01.