

POLITIK 01.09.2026

Gesundheitsversorgung bei Krisenfällen oder in einem Verteidigungsszenario



Wir leben in einer Zeit zunehmender Unsicherheiten: Pandemien, Extremwetter, Cyberangriffe auf kritische Infrastrukturen und nicht zuletzt die Rückkehr der Landes- und Bündnisverteidigung als realistische Aufgabe. Die Frage ist nicht mehr, ob Krisen eintreten, sondern wann – und ob wir dann handlungsfähig sind. Das Gesundheitswesen spielt dabei eine Schlüsselrolle. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und die Ärztekammern sind zentrale Akteure im Krisenmanagement – von der Niederlassung bis zum Maximalversorger.

Bei vielen Ärztinnen und Ärzten gibt es nach wie vor Berührungängste, sich mit möglichen Szenarien der Gesundheitsversorgung in Krisenfällen etwa durch Naturkatastrophen oder in einem Verteidigungsszenario zu beschäftigen. Die Notwendigkeit einer sachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema, ohne naiv zu sein oder zu katastrophisieren, liegt allerdings auf dem Tisch und ist längst überfällig. Ein weiterer Punkt ist die dringend notwendige Selbstertüchtigung der Bevölkerung, die nicht verängstigen, sondern dazu ermutigen soll, z. B. Vorräte anzulegen und kleinere Verletzungen selbst behandeln zu können und im Idealfall mitzuhelfen.

Wie ernst die Lage genommen wird, zeigte ein Termin vom 2. Juni 2025. Der Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr und Wehrmedizinische Berater des Verteidigungsministers, Generaloberstabsarzt Dr. Ralf Hoffmann, luden erstmals sämtliche Akteure der Gesundheitsversorgung in die Berliner Julius-Leber-Kaserne ein. Zum Symposium „Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung“ kamen Vertreterinnen und Vertreter aus Bundeswehr, zivilem Gesundheitswesen, Ständesvertretungen, Katastrophenschutz, Hilfsorganisationen, Wissenschaft und Politik; auch die Autorin durfte als Vertreterin der Ärztekammer Schleswig-Holstein teilnehmen. Die Botschaft war unmissverständlich: Das Gesundheitssystem müsse „raus aus dem Dornröschenschlaf“.

Die Zahlen machen die Dimension greifbar. Eine NATO-Simulation rechnet für einen Konflikt auf deutschem Boden, sollte Deutschland zur Verwundetendrehscheibe werden, mit rund 1.000 Patientinnen und Patienten pro Tag. Die fünf Bundeswehrkrankenhäuser und die kooperierenden BG-Kliniken wären binnen zwei Tagen voll belegt, zumal deren militärisches Personal dann bereits weiter vorn gebunden wäre. Die Schlussfolgerung war eindeutig: Ohne umfassende Einbindung ziviler Kliniken ist die Versorgung im Ernstfall nicht zu leisten. Zentrale Forderung war deshalb ein Gesundheitssicherstellungsgesetz. Die Ergebnisse wurden in einem Bericht für die Ministerien für Inneres, Verteidigung und Gesundheit zusammengefasst.

Gerade wir Ärztinnen und Ärzte müssen uns darüber klar sein, dass sowohl in Krisenfällen als auch im Verteidigungs- bzw. Bündnisfall die zivile Medizin ein wichtiger Bestandteil der Versorgung der Bevölkerung und ggf. Flüchtender und Soldatinnen und Soldaten ist, und zwar vom Hausarzt bis zum Maximalversorger. Es geht um die Verzahnung verschiedener Bereiche, um die schnelle Umstellung von Friedens- auf Katastrophen- bzw. die sogenannte taktische Medizin und um die Versorgung von bestimmten Verletzungsmustern, die wir in Zeiten von Frieden und ohne größere Naturkatastrophen kaum kennen.

Krankenhäuser, aber auch der ambulante Bereich, sind im Krisenfall die zentrale Säule der medizinischen Versorgung. Ihre Rolle variiert je nach Versorgungsstufe (s. Tab. 1).

Tab. 1: Rolle der einzelnen Versorgungsstufen

Versorgungsstufe	Rolle im Krisenfall	Beispiele
Niederlassung/MVZ	Erste Anlaufstelle, Triage, Weiterleitung	Hausärzte, Fachärzte

Grund- und Regelversorgung	Stabilisierung, ambulante Versorgung, leichte Verletzungen	Kreiskrankenhäuser
Schwerpunktversorgung	Spezialisierte Versorgung, OP-Kapazitäten	Schwerpunktkliniken
Maximalversorgung	Schwerstverletzte, Spezialoperationen, ECMO, Intensivversorgung	Universitätskliniken, BG-Kliniken

Dabei stellen sich diverse Herausforderungen, deren es sich anzunehmen gilt:

- Ressourcenknappheit: Personal, Betten, Medikamente und Verbandsmaterial (Lagerkapazitäten in der Regel nur für wenige Tage vorhanden), Energie und Wasser, Wärmung und Kühlung
- Alarmpläne: Viele Krankenhausalarmpläne decken zivile Katastrophen ab, nicht aber militärische Bedrohungen.
- Koordinationsbedarf: Wer entscheidet über Verlegungen? Wer priorisiert?
- Schutzkonzepte: Für das Personal fehlen belastbare Konzepte, etwa für Menschen, die nicht krankenhauspflchtig sind, aber aus Sicherheitsgründen eine Klinik aufsuchen.

Im Rahmen der zivil-militärischen Zusammenarbeit (ZMZ) wird der Sanitätsdienst der Bundeswehr unterstützt. Dabei behandeln zivile Krankenhäuser auch Soldatinnen und Soldaten (und Flüchtende). Umgekehrt unterstützt die Bundeswehr zivile Strukturen bei Katastrophen (z. B. Personal in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern). Für die Gesundheitsversorgung ist ein Baustein besonders bedeutsam: Auf Grundlage des Operationsplan Deutschland (OPLAN DEU) unter Federführung des Operativen Führungskommandos der Bundeswehr entsteht ein Konzept zur nationalen Patientensteuerung im Bündnis- und Verteidigungsfall. Ähnlich wie in der Corona-Pandemie werden Verwundete und Erkrankte über regionale „Hubs“ nach abgestimmten Grundsätzen auf die verfügbaren Kapazitäten verteilt. Für die einzelne Klinik heißt das: Sie ist Teil eines überregionalen Verbundes und nicht mehr allein für ihr Einzugsgebiet verantwortlich.

Für den Fall der Landes- und Bündnisverteidigung, etwa im NATO-Rahmen, müssen in der Regel mindestens die folgenden Punkte geklärt werden:

- Klare Kommandostrukturen, die allen bekannt sind: Wer führt im Krisenfall? Wer ist Ansprechpartner für die Bundeswehr?
- Ressourcenmanagement: Welche Krankenhäuser übernehmen welche Aufgaben? Wo werden Verwundete behandelt?
- Logistik: Sicherstellung von Medikamenten, Verbrauchsmaterial, Energie, Wasser und Transportkapazitäten sowie Kinderbetreuung, Wer ist überhaupt da? Wer ist Reservist und deshalb möglicherweise nicht verfügbar? Gerade bei Ärztinnen und Ärzten und in Blaulicht-Organisationen gibt es sehr viele Reservisten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vor Ort sind!
- Kommunikation: Funktionierende Kommunikation auch bei Ausfall von Strom und Internet (z. B. über Funk, Satellit).

One Health: Krisen ganzheitlich denken

So wichtig die Vorbereitung auf den Verteidigungsfall ist: Die meisten Krisen erreichen uns nicht als Krieg, sondern als Pandemie, als Tierseuche mit Übergriff auf den Menschen oder als Folge von Umweltveränderungen. Hier lohnt das One-Health-Konzept, das die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt als untrennbar verbunden versteht. International wird es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO), der Weltorganisation für Tiergesundheit (WOAH) und dem UN-Umweltprogramm (UNEP) getragen.

Der Bezug zur Krisenvorsorge ist unmittelbar: Ein Großteil neuer Infektionskrankheiten entsteht an der Schnittstelle von Mensch, Tier und Umwelt. Auch Antibiotikaresistenzen, die im Verletzungsfall über Leben und Tod entscheiden, lassen sich nur sektorenübergreifend eindämmen. Resilienz beginnt also nicht erst im Schockraum, sondern in einer vorausschauenden Vorsorge, die Human-, Veterinär- und Umweltmedizin, öffentlichen Gesundheitsdienst und Katastrophenschutz zusammenführt. One Health und die Verteidigungsvorsorge sind damit zwei Seiten derselben Medaille: die eines widerstandsfähigen Gesundheitssystems.

Wir müssen unsere Resilienz stärken

Wir müssen unsere Resilienz stärken. Dazu zählen u. a. Themen wie Logistik, Versorgung von sehr vielen und ernsthaft erkrankten Patienten in kurzer Zeit, Lagerkapazitäten sowie Transportkapazitäten für Patienten und Materialien aller Art, Nachschub an Medikamenten, Blut und Sanitätsmaterial, Arbeiten ohne Strom und Internet, die Errichtung von Not-Wasserbrunnen, Triage und Rehabilitation. Ebenso gehören die gezielte Fort- und Weiterbildung medizinischen Personals, Spezialisierungen zur Notfallchirurgie bzw. -chirurgen und zu Disaster-Nurses, die Schulung nicht-medizinischen Personals und der Schutz sowie die mentale Gesundheit der in Gesundheitsberufen Tätigen dazu. Die Bevölkerung sollte geschult und Konzepte wie erweiterte Erste-Hilfe-Kurse, ein Resilienz- und Gesundheitsunterricht von Kindern bereits im Kindergarten und Schule und vieles mehr deutlich konsequenter verfolgt werden.

Wie kann die ambulante Versorgung im Fall der Fälle aussehen?

Vielen Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich ist nicht klar, dass sie im Krisen- oder Verteidigungs- bzw. Bündnisfall für die medizinische Versorgung als Personen mit besonderen Fähigkeiten herangezogen werden können. Beispielsweise verpflichtet § 24 [1] des Landeskatastrophenschutzgesetz Schleswig-Holstein (LKatG SH) jede mindestens 16 Jahre alte Person, bei der Bekämpfung von Katastrophen nach ihren Fähigkeiten Hilfe zu leisten, wenn die Katastrophenschutzbehörde sie dazu auffordert.

Auch die Ärztekammern haben zentrale Aufgaben, die sich beispielhaft in § 23 LKatG SH finden: Sie müssen der Behörde auf Anforderung ihre Berufsangehörigen mitteilen, in Abstimmung mit den zuständigen Stellen Fortbildungen für mitwirkende Berufsangehörige anbieten und Auskünfte erteilen. Was mit den Fortbildungsmaßnahmen konkret gemeint ist, lässt der Gesetzgeber offen und kann es aktuell auf Nachfrage auch selbst nicht beantworten.

Denkbar wären z. B. Konzepte mit sogenannten Vorsichtungs-Zelten vor Krankenhäusern, in denen niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sitzen und dann ggf. zu einer stationären Behandlung ins Krankenhaus weiterleiten. Wichtig ist auch die Zusammenarbeit mit den Apothekerinnen und Apothekern, die eine Krankenhausapotheke als „Basisstation“ durch persönliche Anwesenheit, durch Medikamente aus der eigenen Apotheke oder durch das Anfertigen von Salben und Infusionen unterstützen könnten. Ihre Bereitschaft dazu hat die Apothekerschaft beim Berliner Symposium ausdrücklich bekräftigt.

Der Wandel im Kopf jedes Einzelnen muss sein: „WAS KANN ICH BEITRAGEN“ UND NICHT: „WAS KANN FÜR MICH GETAN WERDEN?“

Die Befähigung der Bevölkerung zur Selbsthilfe und Selbstversorgung ist eines der wichtigsten Themen. In möglichen Ausnahmesituationen – und dabei muss es sich nicht unbedingt um den Verteidigungsfall handeln – wird die zivile Gesundheitsversorgung auf ein Minimum heruntergefahren; Krankenhäuser können innerhalb weniger Stunden von „weiß“ auf „grün“ umgestellt werden. Daher sollte die Bevölkerung auch auf Konzepte wie z. B. das des Home Hospitals, also die Verlagerung stationärer Behandlung in die häusliche Umgebung, vorbereitet werden.

Solche Gedanken und Ansprüche können und müssen wir unserer Bevölkerung zumuten und sie sind im Übrigen in anderen Ländern längst normal. In Schweden wird beispielsweise jedem Haushalt die Broschüre „In Case of Crisis and War“ zur Vorbereitung auf und zum Handeln in solchen Situationen in den Briefkasten gesteckt. Ziel ist es, eine resiliente Bevölkerung zu haben, und dazu ist ein ebenso resilientes ziviles Gesundheitssystem notwendig.



Die Bevölkerung ist im Krisenfall nicht nur Betroffene, sondern auch potenzielle Helfer:in. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) hat im Jahr 2025 einen grundlegend überarbeiteten Ratgeber „Vorsorgen für Krisen und Katastrophen“ veröffentlicht (www.bit.ly/RatgeberKrise).

Der neue BBK-Ratgeber enthält erstmals auch Hinweise zum Umgang mit Ängsten und Sorgen in Extremsituationen – sowohl für Erwachsene als auch für Kinder. Auf der gleichen Webseite des BBK sind auch Checklisten für die Bevorratung erhältlich. Parallel sollte die NINA-App als Zentrale Warn-App des Bundes genutzt werden. Sie enthält auch Notfalltipps. Ebenso wichtig ist ein batterie- oder kurbelbetriebenes Radio für Informationen bei Netzausfall.

Grundsätzlich sollte jeder Haushalt vorbereitet sein auf:

- Stromausfall: mindestens 72 Stunden Autonomie, ideal 7–14 Tage
- Wasserversorgung: mindestens 2 Liter Trinkwasser pro Person und Tag für 10 Tage
- Lebensmittel: haltbarer und ausgewogener Vorrat für 10 Tage
- Medikamente: persönliche Medikamente für mindestens 30 Tage
- Dokumente und Bargeld: wichtige Unterlagen griffbereit, Bargeldreserve zu Hause

Beispielhaft zu erwähnen ist die Kampagne in Nordfriesland, bei der auch auf Plattdeutsch u. a. mit Postern und QR-Codes in Behörden, im öffentlichen Nahverkehr und Arztpraxen für die eigene Resilienz geworben wird (s. Abbildung 1).



Abb. 1: Poster in einer nordfriesländischen Hausarztpraxis (Foto: privat)

Wir sollten uns der Realität stellen: Als Privatpersonen und insbesondere als Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens müssen wir dafür uns darum kümmern, die Bevölkerung und uns selbst versorgen zu können. Der Wandel hin zu knapperer medizinischer Versorgung führt dazu, dass im Krisen- oder Verteidigungsfall derzeit keine adäquate Versorgung sichergestellt wäre. Realistisch ist, dass Deutschland dann weitgehend auf sich allein gestellt sein und im Gegenteil Anfragen anderer Länder erhalten wird. Deshalb müssen wir ins Handeln kommen, statt zu blockieren, möglichst wenig Bürokratie zulassen, pragmatisch denken und handeln, zivile Krankenhäuser ertüchtigen und ebenso die Niedergelassenen, die Rettungsdienste und Angebote wie das ambulante Operieren stärken. Das Symposium in Berlin, der Operationsplan Deutschland und das One-Health-Konzept weisen in dieselbe Richtung: Vorsorge ist eine gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der das Gesundheitswesen zentral mitwirkt.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.



Hören Sie den Podcast von Frau Prof. Doreen Richardt zum Thema „[Militär und Ärzteschaft müssen kooperieren](http://www.bit.ly/PodcastMilitärÄrztenschaft)“ hier: www.bit.ly/PodcastMilitärÄrztenschaft



Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.

BDC-Themen-Referat Familie und berufliche Perspektiven
Klinik für Chirurgie und Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck

 [Kontakt](#)

Richardt D: Gesundheitsversorgung bei Krisenfällen oder in einem Verteidigungsszenario. Passion Chirurgie. 2026 September; 16(09): Artikel 03_03.