



Prof. Dr. med.
Bernhard Kumle
Direktor der Klinik für
Akut und Notfallmedi-
zin, Schwarzwald-Baar
Klinikum Villingen-
Schwenningen



Martin Pin
Chefarzt Zentrale
Interdisziplinäre Not-
aufnahme und Akut-
station, Florence
Nightingale Kranken-
haus der Kaisers-
werther Diakonie,
Düsseldorf



Priv.-Doz. Dr. med.
Thorsten O. Hammer
Leiter Stabsstelle
Katastrophenschutz,
Risiko- und Gefahren-
abwehr am Universi-
tätsklinikum Freiburg.



Dr. med. Rainer Kram
Leiter Stabsstelle
Katastrophenschutz,
Universitätsklinikum
Düsseldorf

Resilientes Gesundheitssystem: die tragende Rolle der Notaufnahmen im Kontext von Krise, Krieg und Katastrophen

Die deutsche Notfallversorgung arbeitet seit Jahren an ihrer Belastungsgrenze. Was bereits im Alltag unter hohem Druck nur mit erheblichem personellem und organisatorischem Aufwand funktioniert, wird in Krise, Katastrophe oder gar im Bündnis- oder Verteidigungsfall nicht plötzlich resilient, lediglich weil die Lage ernster wird. Gerade deshalb ist es höchste Zeit, die Vorbereitung auf außergewöhnliche Lagen und insbesondere die zivil-militärische Zusammenarbeit nicht länger als Spezialthema für Planspiele und Behördenkreise zu behandeln, sondern als das, was sie längst sind: wesentliche Voraussetzungen für eine belastbare Gesundheitsversorgung im Ernstfall.

Im Zentrum der aktuellen Debatte stehen häufig Szenarien für die Versorgung Verwundeter – militärisch wie zivil. Hinzu kommen größere Fluchtbewegungen und damit zusätzliche medizinische Versorgungsbedarfe auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Dimension der Herausforderung wird deutlich, wenn die Bundeswehr für einen Bündnisfall mit 1.000 Verwundeten, Verletzten und Erkrankten pro Tag als erste Planungsgröße rechnet. Deutschland würde aufgrund seiner geografischen Lage zugleich zur logistischen und medizinischen Drehscheibe innerhalb Europas.

Dabei darf nicht aus dem Blick geraten, dass diese Versorgung nicht an die Stelle der regulären Notfallversorgung tritt, sondern zusätzlich zu ihr bewältigt werden muss. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Unfälle, Sepsis und andere akute Erkrankungen der Bevölkerung nehmen im Krisen- oder Verteidigungsfall nicht ab, nur weil zusätzlich Verwundete zu versorgen sind. Die Belastung addiert sich, sie verschiebt sich nicht. Wer über Krisenfestigkeit spricht, muss deshalb sicherstellen, dass die alltägliche Notfallversorgung der Bevölkerung auch unter widrigsten Bedingungen funktionsfähig bleibt.

Fachforen wie das Enneker Forum Tegernsee sind dafür wichtige Orte: Sie bringen entscheidende Akteure aus Politik, Gesundheitswesen, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Bundeswehr zusammen und zeigen, dass der Problemdruck inzwischen in allen Bereichen angekommen ist. Zwischen Erkenntnis und Umsetzung liegt jedoch weiterhin eine erhebliche Lücke. Resilienz wird noch zu häufig als zusätzliches Qualitätsmerkmal diskutiert. Tatsächlich ist sie eine Grundbedingung dafür, dass Notaufnahmen, Rettungsdienste, Leitstellen und Krankenhäuser unter außergewöhnlichen Belastungen überhaupt handlungsfähig bleiben.

Notfallversorgung wird gesundheitspolitisch noch immer überwiegend als Sektorenproblem betrachtet: zu viele Patientinnen und Patienten, zu wenig Personal, unklare Steuerung, Schnittstellenprobleme und stockende Reformen. All das trifft zu. Aber es greift zu kurz.

Ein System, das bereits im Normalbetrieb mit Überfüllung, Personalknappheit und Reibungsverlusten kämpft, besitzt zwangsläufig nur begrenzte Reserven für Großschadenslagen, hybride Krisen oder militärisch bedingte Patientenströme.

Wenn über Kapazitäten und Belastungsgrenzen gesprochen wird, richtet sich der Blick häufig auf Intensiv- und OP-Kapazitäten. Bettenzahlen lassen sich vergleichsweise einfach erheben und vermitteln. Doch ein freies Bett allein behandelt keinen Patienten. Entscheidend ist die tatsächlich funktionsfähige Behandlungskapazität:

qualifiziertes Personal, diagnostische Möglichkeiten, OP- und Intensivressourcen, Blutprodukte, Arzneimittel, Medizintechnik, Sauerstoffversorgung, Logistik, IT, Kommunikation und Transportkapazitäten müssen gleichzeitig verfügbar sein.

Der eigentliche Engpass entsteht dabei häufig bereits in der Notaufnahme. Sie ist die Drehscheibe, an der Patientenströme gesichtet, priorisiert, diagnostiziert, behandelt, aufgenommen oder weitergeleitet werden. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie haben gezeigt: Sind nachgelagerte Kapazitäten erschöpft, verbleiben Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme. Aus einem klinischen Versorgungsbereich wird damit zunehmend ein Boarding-Bereich – und eine zentrale Versorgungsstruktur kann in ihrer eigentlichen Funktion erheblich eingeschränkt oder sogar handlungsunfähig werden.

Die entscheidende Ressource eines Krankenhauses im Krisenfall ist deshalb nicht allein das Bett, sondern die Fähigkeit, Patientenströme kontinuierlich zu steuern und Ressourcen dynamisch zuzuordnen. Es geht nicht nur um **Surge Capacity**, also zusätzliche quantitative Kapazität, sondern ebenso um **Surge Capability**: die Fähigkeit eines Systems, unter außergewöhnlichen Bedingungen andere Prozesse, Priorisierungen und Versorgungsstrategien umzusetzen.

Notfallversorgung ist damit nicht nur Bestandteil der Regelversorgung. Sie ist Daseinsvorsorge und zugleich ein tragender Pfeiler staatlicher Sicherheitsvorsorge.

Zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bedeutet keine Militarisierung der Medizin. Sie bedeutet vielmehr, Versorgungsrealitäten anzuerkennen. Die Bundeswehr verfügt über sanitätsdienstliche Kompetenzen, Führungsstrukturen und Erfahrungen in der Versorgung unter erschwerten Bedingungen. Das zivile Gesundheitswesen verfügt über Fläche, Regelversorgungskapazitäten, hochspezialisierte Medizin und regionale Netzwerke. Im Ernstfall werden beide Seiten aufeinander angewiesen sein.

Dabei darf zivil-militärische Zusammenarbeit nicht als einseitige Unterstützungsleistung der Bundeswehr für das zivile Gesundheitswesen missverstanden werden. Im Bündnis- und Verteidigungsfall verändert sich diese Perspektive: Dann ist auch der Sanitätsdienst in erheblichem Umfang auf die Aufnahme-, Operations-, Intensiv- und Rehabilitationskapazitäten des zivilen Gesundheitswesens angewiesen. Zivil-militärische Zusammenarbeit ist deshalb keine Einbahnstraße, sondern eine gegenseitige Abhängigkeit.

Umso problematischer ist es, dass vielerorts noch immer in institutionellen Parallelwelten gedacht wird. Statt belastbarer Schnittstellen bestehen zu häufig personenabhängige Kontakt, unvollständige Lagebilder und nicht ausreichend definierte Übergabeprozesse, die sich durch föderale Strukturen zusätzlich komplex darstellen. Das ist im Alltag ineffizient; in der Krise kann es gefährlich werden.

Verwundetentransporte, Verlegungsketten, Aufnahmeprozesse, Sichtung und Priorisierung dürfen nicht erst unter Einsatzbedingungen konkretisiert werden. Sie müssen bereits heute Bestandteil professioneller Vorbereitung sein. Dafür braucht es deutschlandweit abgestimmte Verfahren, gemeinsame Begrifflichkeiten, definierte Ansprechpartner, interoperable Kommunikationswege und vor allem regelmäßige gemeinsame Übungen.

Denn ein Plan, der nie unter realistischen Bedingungen geübt wurde, ist zunächst nur eine Annahme über die eigene Handlungsfähigkeit.

Eine weitere Dimension wird in der Diskussion um zusätzliche Behandlungskapazitäten häufig unterschätzt: Das Krankenhaus selbst kann im Krisenfall betroffen sein.

Ein langanhaltender Stromausfall, der Ausfall der IT oder Telekommunikation, Cyberangriffe, Störungen der Wasserversorgung, Engpässe bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, unterbrochene Lieferketten oder ein erheblicher Personalausfall können die Funktionalität und damit die Versorgungskapazität drastisch reduzieren – gerade dann, wenn sie am dringendsten benötigt wird. Wenn Patientengefährdung real wird, greift die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung mit Strukturen, die zur Bewältigung beitragen.

Resilienz bedeutet deshalb nicht allein, zusätzliche Patientinnen und Patienten aufnehmen zu können. Resilienz bedeutet ebenso, kritische Leistungen trotz eigener Beeinträchtigung aufrechterhalten und nach einer Störung schnell wiederherstellen zu können.

Business Continuity Management ist dabei kein betriebswirtschaftliches Zusatzinstrument, sondern integraler Bestandteil medizinischer Krisenvorsorge. Krankenhäuser müssen wissen, welche Prozesse unverzichtbar sind, von welchen Ressourcen sie abhängen, welche Redundanzen existieren und wie lange kritische Funktionen unter Ausfallbedingungen aufrechterhalten werden können.

Das gilt in besonderer Weise für die Notaufnahme. Sie kann ihre Funktion nur erfüllen, wenn Diagnostik, Kommunikation, Patientendokumentation, Labor, Radiologie, OP, Intensivmedizin, Apotheke, Logistik und innerklinische Transportwege ebenfalls funktionieren.

In außergewöhnlichen Lagen wird neben Personal und Material eine weitere Ressource entscheidend: Führung.

Krisen erzeugen Informationsdefizite, Zeitdruck, konkurrierende Prioritäten und Ressourcenknappheit. Krankenhäuser benötigen deshalb etablierte Führungsstrukturen, die frühzeitig aktiviert werden können. Eine leistungsfähige Krankenhaus-einsatzleitung, ein kontinuierliches Lagebild, definierte Entscheidungswege, klare Verantwortlichkeiten und Schnittstellen zu Rettungsdienst, Leitstellen, Behörden und übergeordneten Führungsstrukturen sind keine administrativen Details. Sie beeinflussen unmittelbar die medizinische Leistungsfähigkeit.

Gerade unter dynamischen Bedingungen muss ein Krankenhaus in der Lage sein, Ressourcen nicht nur zu erfassen, sondern aktiv zu priorisieren und umzuverteilen. Medizinische Krisenführung ist deshalb Teil der Patientenversorgung.

Ein kritischer Punkt bleibt der politische Umgang mit der Notfallversorgung selbst. Die im April 2026 vom Bundeskabinett beschlossene Reform der Notfallversorgung setzt mit sektorenübergreifender Vernetzung, digital unterstützter Ersteinschätzung, Integrierten Notfallzentren und einer stärkeren Vernetzung von Leitstellen wichtige Akzente.

Diese Reform muss nun konsequent umgesetzt und um die Dimension von Krisenresilienz und gesundheitlicher Sicherheit ergänzt werden. Denn ein System ohne klare Zuständigkeitsarchitektur, funktionierende Schnittstellen und belastbare Patientensteuerung ist bereits im Alltag störanfällig. Unter Katastrophen- oder Verteidigungsbedingungen kann daraus ein Sicherheitsrisiko werden.

Hinzu kommt: Resilienz ist nicht zum Nulltarif zu haben. Krankenhäuser, Notaufnahmen, Rettungsdienste und Leitstellen können nicht gleichzeitig ökonomisch immer weiter verdichtet und sicherheitspolitisch zunehmend als strategische Reserve betrachtet werden. Wer Redundanz fordert, muss sie auch finanzieren.

Ohne verlässliche Finanzierungsverantwortung bleiben Resilienzkonzepte Strategiepapier. Dabei ist auch die Reihenfolge entscheidend, damit knappe finanzielle Mittel nicht fehlgeleitet werden: Zuerst braucht es ein tragfähiges, abgestimmtes Gesamtkonzept – und diesem muss eine belastbare Finanzierung folgen. Ein Gießkannenprinzip ist hier ebenso wenig zielführend wie eine Vielzahl isolierter Einzelprojekte. Gute Ideen und Eigeninitiativen einzelner Akteure müssen bewertet, miteinander verknüpft und in eine übergeordnete Sicherheitsarchitektur eingebunden werden. Eine noch fehlende Finanzierung darf nicht dazu führen, dass Krankenhäuser auf organisatorische und strukturelle Maßnahmen verzichten. Die Zeit drängt und die Lage erfordert ab sofort entscheidende Schritte zur Erhöhung der Resilienz.

Ein weiterer blinder Fleck ist die Tendenz, zwischen Krieg, Katastrophe, Pandemie, Cyberangriff, Stromausfall und Massenanfall von Verletzten organisatorisch zu stark zu unterscheiden. Natürlich unterscheiden sich Ursachen und medizinische Konsequenzen. Die dafür erforderlichen resilienten Grundstrukturen sind jedoch vielfach dieselben.

Gerade deshalb überzeugt der All-Gefahren-Ansatz. Wer Führungsstrukturen etabliert, Leitstellen stärkt, Kommunikationswege und -inhalte vereinheitlicht, Redundanzen schafft, Notaufnahmen ertüchtigt, Business-Continuity-Strukturen implementiert und regionale Netzwerke regelmäßig beübt, verbessert nicht nur die Verteidigungsfähigkeit. Dieselben Fähigkeiten erhöhen auch die Reaktionsfähigkeit bei Hochwasser, Hitzewellen, Pandemien, Terrorlagen, Cyberangriffen oder langandauernden Stromausfällen.

Diese Perspektive holt die Diskussion zugleich aus der sicherheitspolitischen Nische. Zivil-militärische Zusammenarbeit und gesundheitliche Vorsorge sollten nicht als Vorbereitung auf einen abstrakten Ausnahmezustand verstanden werden, sondern als Bestandteile einer modernen, multifunktionalen Sicherheitsarchitektur des Gesundheitswesens.

Für die Notaufnahme ist diese Perspektive entscheidend: Vorbereitung auf den Ernstfall ist keine Sonderaufgabe neben dem Alltag. Sie bedeutet vielmehr, Alltags-tauglichkeit auch unter deutlich verschärften Bedingungen sicherzustellen.

Die eigentliche Zumutung dieser Debatte lautet: Das deutsche Gesundheitswesen wird sich aus seiner Komfortzone lösen müssen. Notfallversorgung in Krise, Krieg und Katastrophe verlangt mehr als Appelle an Engagement und Improvisationsfähigkeit. Sie verlangt Führungsfähigkeit, verbindliche Kooperationsstrukturen, robuste Kommunikation, definierte Redundanzen, gemeinsame Übungen und den politischen Willen auch unbequeme Prioritäten auszusprechen.

Dafür sind alle Teile des Gesundheitswesens gefragt – jenseits berufspolitischer, standespolitischer und politischer Partikularinteressen. Notwendig ist zunächst eine ehrliche Bestandsaufnahme: Was können unsere Strukturen tatsächlich leisten? Wo liegen die kritischen Abhängigkeiten? Welche Funktionen müssen zwingend aufrechterhalten werden? Welche Ressourcen fehlen? Und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Es geht nicht um abstrakte Szenarien, sondern um die praktische Realität von Übergeben, Sichtung, Ressourcenzuteilung, Verlegung, Informationsfluss, Führung und den Schutz der eigenen Arbeitsfähigkeit. Wer die Notaufnahme als sicherheitskriti-

schen Ort begreift, kommt deshalb an einer sektorenübergreifenden und im Verteidigungsfall auch zivil-militärischen Zusammenarbeit nicht vorbei.

Der Blick in einzelne Bundesländer zeigt, dass ein Umdenken begonnen hat. Konzepte für resilientere Gesundheitsstrukturen und die Versorgung in außergewöhnlichen Lagen werden entwickelt. Entscheidend ist nun aus Konzepten belastbare Strukturen entstehen zu lassen. Dafür braucht es finanzielle Mittel, politische Unterstützung, verbindliche Verantwortlichkeiten und eine gemeinsame Anstrengung aller beteiligten Akteure.

Resilienz beginnt nicht erst im Bündnis- oder Verteidigungsfall. Sie entsteht im Alltag – durch ausreichende Ressourcen, belastbare Prozesse, klare Führung, redundante Systeme und regelmäßig beübte Netzwerke.

Wer krisenfeste Gesundheitsversorgung will, muss deshalb die Notfallversorgung im Frieden so aufstellen, dass sie auch in Krise, Katastrophe und Krieg handlungsfähig bleibt.

Bernhard Kumle, Martin Pin, Thorsten O. Hammer, Rainer Kram