

MAXIMILIAN WÜRZ, THILO KÜNNEMANN, THOMAS TOPF

Zivile Krankenhäuser im Spannungs- und Verteidigungsfall: Zeit für eine Zeitenwende auch in der Krankenhausplanung?

Zivile Krankenhäuser als Akteure in der Gesundheitssicherheit (Health Security)

Die sicherheitspolitische Lage in Europa hat sich mit dem russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine und dem eskalierten Nahostkonflikt grundlegend verändert. Vor dem Hintergrund der gestiegenen Bedrohungslage gewinnt die Vorbereitung auf einen NATO-Bündnis- oder Verteidigungsfall in Deutschland an Dringlichkeit – insbesondere mit Blick auf die Resilienz der staatlichen Versorgungsstrukturen.

Dabei kommt dem Gesundheitswesen eine strategische Bedeutung zu. Ein Ausfall der Gesundheitsversorgung hätte nicht nur gravierende Folgen für das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung, sondern würde auch das Vertrauen in die staatliche Daseinsvorsorge untergraben. Darüber hinaus ist eine funktionierende medizinische Infrastruktur entscheidend für die Einsatzfähigkeit der Streitkräfte, die sich darauf verlassen, bei einer Verwundung medizinisch versorgt und möglichst schnell rehabilitiert zu werden. Die Gewährleistung der stationären Gesundheitsversorgung im Bündnis- und Verteidigungsfall stellt daher eine staatliche Pflichtaufgabe im Rahmen von Daseinsvorsorge, Zivilschutz und Gesamtverteidigung dar.

Die Bundeswehr betreibt derzeit fünf Krankenhäuser in Deutschland, in denen bei einem Bündnis- oder Verteidigungsfall primär verletzte Soldaten behandelt werden sollen.

Darüber hinaus besteht eine Kooperation des Sanitätsdienstes der Bundeswehr mit den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken (BG Kliniken) zur Unterstützung bei der Versorgung von Verwundeten. Im Fall militärischer Auseinandersetzungen in Osteuropa wird mit der täglichen Verlegung von bis zu 1.000 Verwundeten nach Deutschland gerechnet, die in hiesigen Krankenhäusern versorgt werden müssten.

Ein Massenanfall von Verletzten (MANV) durch eine militärische Auseinandersetzung in Osteuropa würde aller Voraussicht nach die vorhandenen Versorgungskapazitäten überstrapazieren. Die Bundeswehrkrankenhäuser

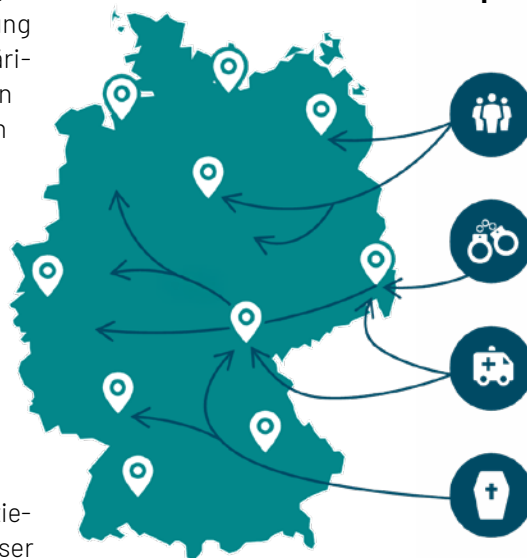
und BG Kliniken würden bereits nach wenigen Tagen an ihre Belastungsgrenze kommen und die zivilen Krankenhäuser müssten zur Unterstützung der Versorgungssituation in kurzer Zeit eine große Anzahl zusätzlicher Patienten versorgen.

Zwar wurden auf der Landesebene für die zivilen Krankenhäuser bereits punktuell entsprechende Vorbereitungen getroffen, wie etwa durch Krankenhausalarm- und -einsatzpläne (KAEP) oder pandemiebedingte Notfallkonzepte. Aber um die zivile Krankenhausinfrastruktur für ein solches Szenario krisenfest aufzustellen, sollten die Krankenhausplanungen der Bundesländer so angepasst werden, dass sie auch für derartige Krisen- und Verteidigungsszenarien ausreichende Behandlungskapazitäten und entsprechende Personalressourcen vorsehen. Ein aktuelles Beispiel liefert Berlin, das als erstes Bundesland einen Rahmenplan „Zivile Verteidigung Krankenhäuser“ für eine krisenresiliente Krankenhausversorgung in Krisen- und Notlagen erarbeitet hat.

Zugleich sind die baulichen und technischen Standards der zivilen Krankenhäuser an die damit verbundenen infrastrukturellen Anforderungen anzupassen. Unabdingbar sind dafür eine vorausschauende Krankenhausplanung, eine gezielte Steuerung der Versorgungsstrukturen und eine gesicherte Finanzierung für den dafür erforderlichen Um- und Ausbau.

Strukturelle Herausforderungen für die Krankenhausplanungen der Bundesländer

Laut Artikel 30 und 70 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG) liegt die Gesetzgebungskompetenz für die Gefahrenabwehr ausschließlich bei den Bundesländern. Die Landeskrankenhausesetze verpflichten die Krankenhäuser dementsprechend zur Mitwirkung an der Bewältigung von Groß-



◀ Schematische Darstellung möglicher Routen von Flüchtlingen, Kriegsgefangenen, Verletzten- und Totentransporten.
Grafik: PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH angelehnt an "Drehscheibe Deutschland" gemäß GRÜNBUCH ZMZ 4.0

schadensereignissen, MANV, Epidemien und Pandemien. Zudem sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, eigene KAEP vorzuhalten, um ihre Funktionsfähigkeit in Gefahren- und Schadenslagen sicherzustellen.

In einzelnen Bundesländern bestehen darüber hinaus Vorgaben für zivile Krankenhäuser zur Vorhaltung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für besondere Lagen. Bei Belangen der Verteidigung und des Schutzes der Zivilbevölkerung (Zivilschutz) ist der Bund zuständig (Art. 73 Abs. 1 Nr. 1 GG). Eine bundesweit abgestimmte und systematisch in die gesamtstaatliche Sicherheitsarchitektur integrierte Planung der zivilen Krankenhäuser für den Verteidigungs- oder Krisenfall existiert bislang jedoch nicht.

Um die Leistungsfähigkeit und notwendigen Kapazitäten der Krankenhäuser zu gewährleisten, bilden die jeweiligen Landeskrankenhausespläne das zentrale Planungs- und Steuerungsinstrument. Die Zuständigkeit hierfür liegt gemäß § 6 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bei den Bundesländern.

Mit Blick auf die Versorgungssicherheit in Krisensituationen enthalten viele dieser Pläne auch verbindliche Vorgaben für Großschadenslagen und MANV. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Vorgaben variiert jedoch deutlich zwischen den Bundesländern: Während einige Landeskrankenhausespläne lediglich auf allgemeine Vorgaben der Landeskrankenhausesetze Bezug nehmen, werden in anderen konkreten Anforderungen definiert, wie beispielsweise Kapazitätsgaben für Notfallbetten. Allerdings wird in den Landeskrankenhausesplänen nur von kurzzeitigen Belastungsspitzen ausgegangen und nicht von einer dauerhaften Beanspruchung.

Die Krankenhausplanung der Bundesländer basiert im Grundsatz auf Routinedaten und orientiert sich an der voraussichtlichen Versorgungslast. Dabei steht jedoch aktuell vor allem der zivile Regelbetrieb im Vordergrund. Sicherheitsrelevante Krisenszenarien – etwa ein Verteidigungsfall oder ein plötzlicher, großflächiger massiver Anstieg an Verletzten – bleiben weitestgehend unberücksichtigt. So werden beispielsweise Fachrichtungen, die bei Großschadenslagen eine zentrale Rolle spielen, wie etwa Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin oder Notfallmedizin, bisher nicht mit ausreichend zusätzlichen krisenbezogenen Kapazitätsreserven in die Planung einbezogen.

Spezialisierte Versorgungsbedarfe, wie sie bei hochkomplexen kriegsbedingten Verletzungen oder Ereignis-

sen mit chemischen, biologischen, radiologischen oder nuklearen Substanzen (CBRN-Gefahren) auftreten, finden ebenso weitestgehend keine Berücksichtigung bei der Krankenhausplanung.

Obwohl die 2016 verabschiedete Konzeption Zivile Verteidigung vorsieht, zivile Einrichtungen – inklusive Krankenhausinfrastruktur – in die Sicherheitsarchitektur des Bundes zu integrieren, besteht bislang keine bundesländerübergreifende Strategie zur Planung oder zum gezielten Ausbau krisenrelevanter Krankenhauskapazitäten. Dies kann regional zu unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und im Krisen- oder Kriegsfall zu Unter-, Über- oder Fehlsteuerungen führen. Die Bundesländer stehen damit vor der strategischen Herausforderung, ihre Krankenhausplanung krisenfest und belastbar aufzustellen.

Versorgungswege für zivile Krankenhäuser sichern

Neben den Bundesländern stehen auch die Krankenhäuser selbst vor einer Zeitenwende hinsichtlich der Sicherheitsinfrastruktur. Seit dem Ende des Kalten Krieges basierte die Gesundheitsversorgung auf stabilen Lieferketten und verlässlichen externen Dienstleistern. Die Speisen- und Wäscheversorgung wurde vielerorts ausgelagert, Lagerkapazitäten wurden reduziert und medizintechnische Prozesse auf schnelle externe Reaktionszeiten ausgelegt.

Die COVID-19-Pandemie zeigte bereits erste Schwächen dieses Modells – ein Bündnis- oder Verteidigungsfall würde noch weitaus größere Belastungen mit sich bringen.

Für die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit ziviler Krankenhäuser sind im Bündnis- oder Verteidigungsfall vier Infrastrukturbereiche von zentraler Bedeutung: **Energie, Kommunikation, Fläche und Technik.**

1. Energie

Krankenhäuser benötigen elektrische Energie sowie Heizungs- und Kühlanlagen, um eine voll funktionsfähige Versorgung gewährleisten zu können. Einige Krankenhäuser verfügen bereits über gasbetriebene Blockheizkraftwerke (BHKW), wodurch sie unabhängiger von einer allgemeinen Energieversorgung sind.

Andere Krankenhäuser sind vollständig auf öffentliche Strom- und Fernwärmenetze angewiesen. Damit sie bei der Energieversorgung widerstandsfähiger

▶ Bedarfe der Krankenhäuser im Bündnis- oder Verteidigungsfall zur Sicherstellung der Versorgung.
Grafik: PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH



werden, muss ein Ausfall kompensierbar sein. BHKW bieten hier Vorteile, da sie bei Stromausfällen zur Notstromversorgung beitragen können. Krankenhäuser ohne BHKW sind auf Dieselaggregate und entsprechende Treibstoffvorräte angewiesen.

Vorgeschrieben ist eine Notstromversorgung von mindestens 24 Stunden Dauer – das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) empfiehlt eine Notstromautarkie von mindestens 72 Stunden. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts reicht diese bei 59 Prozent der Krankenhäuser nur für wenige Tage, bei 21 Prozent sogar nur für wenige Stunden. Zudem sind häufig nur kritische Bereiche wie Intensivstationen abgesichert.

Eine Zusammenarbeit mit Akteuren des Zivilschutzes in der Energie- und Treibstoffversorgung – etwa der Fachgruppe Logistik des Technischen Hilfswerks – kann die Funktionssicherheit im Krisenfall erhöhen.

2. Kommunikation

Die fortschreitende Digitalisierung der Gesundheitsversorgung macht Krankenhäuser anfällig für IT-Störungen und Cyberangriffe. Krankenhausinformationssysteme, elektronische Akten und telemedizinische Anwendungen gehören heute zu den Standardausrüstungen. In der aktuellen sicherheitspolitischen Lage erleben wir allerdings vermehrt Angriffe auf die Kommunikationsinfrastruktur, wie beispielsweise auf Unterseekabel in der Ostsee, sowie Cyberangriffe auf die kritische Infrastruktur. Zur Aufrechterhaltung der medizinischen Kommunikation sind der Schutz und die Resilienz der IT-Infrastruktur in den Krankenhäusern von zentraler Bedeutung.

Aber nicht nur für die innerklinischen Prozesse ist (IT-)Kommunikation ein unverzichtbarer Faktor. Auch in der Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten sowie Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) müssen resiliente und erprobte Kanäle geschaffen werden, die eine effiziente Abstimmung zwischen den relevanten Akteuren im Notfall ermöglichen.

3. Fläche

Im Verteidigungsfall oder bei der Unterstützung im Rahmen des Host Nation Supports müssen Krankenhäuser rasch zusätzliche Kapazitäten schaffen. In der

ukrainischen Stadt Lwiw etwa stieg die Bettenzahl kriegsbedingt von 700 auf mutmaßlich 2.000.

Auch in Deutschland gibt es erste Anpassungen: In Schleswig-Holstein wird derzeit das „Standardprogramm für Krankenhäuser“ überarbeitet, sozusagen die Blaupause für Krankenhausbauten, um beispielsweise größere Patientenzimmer für flexible Bettenaufstockungen zu ermöglichen.

Zudem existieren Überlegungen, dass Tiefgaragen möglichst so geplant werden, dass diese im Bündnis- oder Verteidigungsfall zu unterirdischen Intensivstationen oder Operationssälen umfunktioniert werden können.

Um Verwundete behandeln zu können, sind jedoch nicht nur Betten notwendig, sondern auch medizinische Verbrauchsgüter. In Krisen können Lieferketten reißen – was nicht zuletzt die COVID-19-Pandemie eindrücklich gezeigt hat. Als Reaktion darauf wurde im Jahr 2020 die Nationale Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) aufgebaut. Sie soll die Versorgung mit medizinischen Gütern für sechs Monate sichern. Auch wenn die NRGS aus einer Pandemie heraus entstanden ist, wird darin der Bündnisfall als ein Anwendungsszenario bei der Planung berücksichtigt.

Im akuten Fall ist jedoch entscheidend, dass unverzichtbare Materialien auch dezentral, etwa in Kliniken oder bei Rettungsdiensten bzw. Feuerwehren, vorrätig sind – was wiederum geeignete Lagerflächen erfordert.

4. Technik

Moderne Medizintechnik ist essenziell – insbesondere bei typischen Kriegsverletzungen wie Gesichts-, Gliedmaßen- oder Explosionsverletzungen. Deren Versorgung folgt gemäß der Rettungskette nach einem mehrstufigen System:

- Ärztliche Erstversorgung (Ebene eins),
- chirurgische Akutversorgung (Ebene zwei),
- eventuell Weiterbehandlung in Einsatzlazaretten (Ebene drei) und schließlich
- Rehabilitation in Deutschland (Ebene vier) nach einer medizinischen Evakuierung (MedEvac).

Bei hoher Gefechtsintensität oder zu Beginn einer kriegesischen Auseinandersetzung können Lazarettkapazitäten jedoch überlastet sein, sodass Patienten früher ausgeflogen werden müssen.

Aus den zu erwartenden Verletzungsmustern resultiert ein erhöhter Bedarf an bildgebenden Kapazitäten, wie beispielsweise Computertomografie und Projektionsradiografie (konventionelles Röntgen).

Zur chirurgischen Versorgung bedarf es entsprechender Kapazitäten in den Operationssälen sowie bei der septischen Chirurgie. Im anschließenden Rehabilitationsprozess wird spezialisierte Rehabilitations- und Orthopädietechnik benötigt.

Um die Versorgung komplexer Verletzungsmuster auch im Kriegs- und Krisenfall gewährleisten zu können, ist daher ein ausreichender Vorrat an moderner Medizintechnik unerlässlich, insbesondere in den Bereichen Bildgebung, Operationstechnik und intensivmedizinischer Ausstattung.

Eine Resilienz in den Bereichen Energie, Kommunikation, Fläche und Technik erfordert Investitionen und bringt laufende Instandhaltungskosten mit sich. Für einen Spannungs- und Verteidigungsfall sind jedoch auch bei der Krankenhausplanung der Bundesländer keine Vorhaltungsbudgets vorgesehen, sodass die notwendigen Mittel aus anderen Quellen stammen müssen, etwa aus dem Sondervermögen Infrastruktur.

Handlungsempfehlungen für Bund, Länder und Krankenhausträger

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH eine Reihe von Maßnahmen, um die deutsche Gesundheitsversorgung resilient aufzustellen. Kurzfristig gilt es, Kapazitäten zu koordinieren und verbindliche, bundesweit einheitliche Mindestvorgaben für Notstromautarkie, IT-Sicherheit und Lagerhaltung festzulegen. Mittelfristig empfiehlt die PD die Erstellung eines

bundesweit abgestimmten Operationsplans zur Krankenhausversorgung, eine strategische Personalreserve und länderübergreifende Kapazitätsplanung.

Auf lange Sicht ist es notwendig, resiliente Gesundheitsversorgung systemisch in der Finanzierung verankern und bei Neu- und Umbauten mitzudenken.

Hier finden Sie die Handlungsempfehlungen der PD im Detail: QR-Code



Fazit: Handlungsgeschwindigkeit ist sicherheitsrelevant.

Zivile Krankenhäuser sind eine zentrale Säule einer resilienten Gesundheitsversorgung. Eine Resilienz der zivilen Krankenhausstruktur entsteht nicht durch Einzelreformen oder operative Improvisation, sondern durch vorausschauende Planung, eine verlässliche Finanzierung und die verbindliche Verankerung in der Krankenhausstruktur und -steuerung sowohl auf der Bundes- als auch auf der Landesebene.

Maximilian Würz

Consultant

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Thilo Künnemann

Manager

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Dr. Thomas Topf

Senior Manager

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

► Handlungsempfehlungen für Bund, Länder und Krankenhausträger.

Grafik: PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

