

GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER LANDESVERTEIDIGUNG



BUNDESWEHR

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort

1. Executive Summary	6
2. Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung	7
2.1. Das Symposium	7
2.2. Das Szenar der Landesverteidigung	8
2.3. Internationale Impulse	9
3. Ergebnisse der Workshops	10
4. Zusammenfassung	12
4.1. Herausforderungen	12
4.2. Empfehlungen	12
5. Ausblick	13
6. Anlagen	14
6.1. Das Szenar der Landesverteidigung	14

Workshops

Wie funktioniert Rettungsdienst in der Landesverteidigung?	17
Was machen die niedergelassenen Ärzte in der Landesverteidigung? Wie funktioniert ambulante Versorgung in der Landesverteidigung?	18
Wie stellen wir uns klinische Versorgung in der Landesverteidigung vor?	20
Wie wollen wir im Rahmen von Landesverteidigung eine resiliente Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sicherstellen?	22
Wie stellen wir im Rahmen der Landesverteidigung die Versorgung mit Blut und Blutprodukten sicher?	24
Welche Ausbildungsinhalte und -formen im Gesundheitswesen müssen für die Vorbereitung auf die Landesverteidigung angepasst und neu geschaffen werden?	26
Was konkret bedeutet in diesem Kontext gesamtstaatliche Organisation im Fall der Landesverteidigung? Wer ist für was verantwortlich?	28
Welche Rahmenbedingungen werden für eine resiliente Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung benötigt?	30

TEILNEHMENDE

Zum Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung hatten sich Vertreter und Vertreterinnen aus folgenden Bereichen, Institutionen und Einrichtungen angemeldet:

Bundes- und Landesministerien und Bundesbehörden

Bundesministerium für Gesundheit
 Bundesministerium des Inneren und für Heimat
 Bundesministerium der Verteidigung
 Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Baden-Württemberg
 Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, Bayern
 Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Berlin
 Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin
 Ministerium für Land- und Ernährungswirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
 Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Inneres und Sport
 Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz
 Behörde für Inneres und Sport der Freien und Hansestadt Hamburg
 Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Hamburg
 Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
 Ministerium für Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern
 Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport
 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
 Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit, Rheinland-Pfalz
 Saarländische Staatskanzlei
 Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, Saarland
 Sächsisches Staatsministerium des Innern
 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Sachsen-Anhalt
 Finanzministerium des Landes Schleswig-Holstein
 Ministerium für Justiz und Gesundheit, Schleswig-Holstein
 Wehrmedizinischer Beirat

Parlament

Deutscher Bundestag, Mitglied Gesundheitsausschuss
 Deutscher Bundestag, Mitglied Haushaltsausschuss
 Deutscher Bundestag, MdB
 Deutscher Bundestag, Büro MdB

Zivile Gesundheitsversorgung

Bundesärztekammer
 Bundesapothekerkammer
 Bundeszahnärztekammer
 Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
 GKV-Spitzenverband
 Landesärztekammer Sachsen-Anhalt
 Ärztekammer Nordrhein
 Ärztekammer Schleswig-Holstein
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
 Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
 Kassenärztliche Vereinigung Berlin
 Kassenärztliche Vereinigung Hessen
 Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
 Bundespsychotherapeutenkammer
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Deutsche Krankenhausgesellschaft
 Techniker Krankenkasse
 BG Kliniken
 BG Unfallklinik Frankfurt am Main
 Verband der Universitätsklinika Deutschland
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Universitätsklinikum Ulm
 Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a. M.
 Berliner Krankenhausgesellschaft
 Amt für Gesundheit, Kreis Plön
 Vivantes - Netzwerk für Gesundheit
 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Bundeswehr

Operatives Führungskommando der Bundeswehr
 Unterstützungskommando der Bundeswehr
 Kommando Heer
 Marinekommando
 Kommando Cyber- und Informationsraum
 Kommando Gesundheitsversorgung der Bundeswehr
 Zentrum für Luft- und Raumfahrtmedizin der Luftwaffe
 Sanitätsakademie der Bundeswehr
 Kommando Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung
 Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
 Bundeswehrkrankenhaus Ulm
 Multinational Medical Coordination Centre - Europe
 Evangelisches Militärpfarramt Berlin II

Internationale Partner

Schweizerisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport
 Israel Defense Forces – Medical Corps

Wirtschaft und Industrie

Bundesverband mittelständische Wirtschaft
 DrAM-Consulting
 Sandoz Deutschland / Hexal AG
 Fresenius SE & Co. KGaA
 Fresenius Medical Care

Weitere Akteure der Sicherheitsarchitektur

Deutscher Feuerwehrverband
 Feuerwehr und Rettungsdienst Landeshauptstadt Schwerin
 AK Rettungsdienst, Stadt Oldenburg
 Rettungsdienst der Stadt Köln
 Feuerwehr Hansestadt Lübeck
 Branddirektion Frankfurt am Main
 Deutsches Rotes Kreuz
 DRK-Blutspendedienst West
 Johanniter-Unfall-Hilfe
 Malteser Hilfsdienst
 Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland
 Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft
 Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
 Deutsche Gesellschaft Katastrophenmedizin
 Björn Steiger Stiftung
 Gesundheitsstadt Berlin
 ADAC Luftrettung



SYMPOSIUM GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER LANDESVERTEIDIGUNG

Berlin, 2. Juni 2025



VORWORT

Das Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung diente einem dringenden und gesamtstaatlichen Anliegen: der besseren Planung und Koordinierung der Sicherstellung einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung in Deutschland, insbesondere in einem Worst-Case-Szenario wie der Landesverteidigung.

Es brachte Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zusammen- von Politik und Verwaltung über die klinische und ambulante Versorgung bis hin zu Vertretern nationaler Hilfsorganisationen und der pharmazeutischen Industrie. Ziel war es, gemeinsam die Herausforderungen zu analysieren und konkrete Schritte und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, um einen Beitrag zur Erhöhung der Resilienz des deutschen Gesundheitssystems und der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auch in Krisenzeiten zu leisten.

Die Komplexität unseres Gesundheitssystems und die aktuelle Sicherheitslage erfordern schnelles Handeln. Dieses Symposium hat den dringenden Handlungsbedarf und die Notwendigkeit unterstrichen, gesetzliche Grundlagen schnell zu schaffen bzw. anzupassen und praktische Themen wie die Arzneimittel- und Blutversorgung, Rettungsdienstorganisation und die Vorbereitung des Fachpersonals und der Bevölkerung anzugehen. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Einbindung des ambulanten Bereiches und der engen Koordination zwischen Bund und Länder.

Dieser Bericht fasst die zentralen Ergebnisse und Erkenntnisse des Symposiums zusammen und leitet daraus konkrete Handlungsempfehlungen ab. Er soll als Grundlage für die weitere Diskussion und Entscheidungsfindung dienen, um das deutsche Gesundheitssystem zukunftssicher und resilient zu gestalten.



Generaloberstabsarzt Dr. Ralf Hoffmann
Wehrmedizinischer Berater der Leitung des BMVg und
Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr

FACHLEUTE

AUS DER POLITIK, DEM
ZIVILEN GESUNDHEITS-
WESEN, VERBÄNDEN, DEN
STANDESORGANISATIONEN
SOWIE DER BUNDESWEHR

200

1. EXECUTIVE SUMMARY

Das Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung bot eine Plattform, um ein gemeinsames Vorgehen des zivilen und militärischen Gesundheitssektors im Falle eines eintreffenden Szenarios der Landesverteidigung zu diskutieren.

Solch ein Szenario stellt die Gesundheitsversorgung in Deutschland mit seiner Lage zentral in Europa vor besondere qualitative und quantitative Herausforderungen. Das Symposium, federführend initiiert vom Wehrmedizinischen Berater der Leitung des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) und Befehlshaber des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, ist eingebettet in eine größere nationale Debatte: Auch der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig hat sich vor kurzem unter dem Leitthema „Bevölkerungsschutz im Pandemie, Katastrophen- und Kriegsfall“ mit der Frage befasst, wie wir unser Gesundheitswesen resilienter aufstellen können¹.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr wird im Falle der Landesverteidigung ein integraler Bestandteil der gesamtstaatlichen Sicherheitsarchitektur sein. Die Fähigkeit zur medizinischen Versorgung in Extremsituationen ist für die Einsatzbereitschaft und den Schutz der Streitkräfte essenziell. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Bewältigung der Herausforderungen in einem solchen Szenario die militärischen Kapazitäten bei Weitem übersteigt und nur in enger Zusammenarbeit mit dem zivilen Gesundheitswesen gelingen kann. Eine flächendeckende und nachhaltige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Krise und Krieg ist eine Aufgabe, die nur gemeinsam mit allen Akteuren gemeistert werden kann.

In intensiven Diskussionen in den verschiedenen Arbeitsgruppen wurde als wesentlicher Handlungs- und Anpassungsbedarf identifiziert²:

- Es braucht dringend ein eigenständiges Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetz.
- Ein Lagezentrum Gesundheit muss Führung, Lagebild und Koordination im Ereignisfall übernehmen.
- Die Finanzierung von Infrastruktur, Personal und flexibler skalierbarer Notfallkapazitäten muss dauerhaft sichergestellt werden.
- Die zivil-militärische Zusammenarbeit muss ausgeweitet, gestärkt und verpflichtend beübt werden.
- Inhalte zur Krisenbewältigung sind in die Ausbildung des medizinischen Personals zu integrieren.
- Digitalisierung und Vernetzung müssen im Bereich der zivil-militärischen Zusammenarbeit zügig vorangetrieben werden.
- Ein Lagebild Personal muss die Mehrfachbindung des medizinischen Personals durch Zweitrollen und Doppelassignierung sichtbar machen.
- Gesundheitseinrichtungen sind kritische Infrastruktur, ihr Schutz muss mitgedacht werden.
- Kompetenzen der Bevölkerung in Fragen der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe müssen gestärkt werden.

Daher ist es aus Sicht der rund 200 Teilnehmenden unerlässlich, dass alle weiteren Akteure im Gesundheitswesen – von Ministerien über Krankenhäuser, Rettungsdienste, den ambulanten Sektor bis hin zu nationalen Hilfsorganisationen oder pharmazeutischer Industrie – diese Impulse und Empfehlungen aufgreifen und aktiv in ihre Planungen und Maßnahmen integrieren.

¹ Bundesärztekammer (2025). Beschlussprotokoll des 129. Deutschen Ärztetags. 30.05.2025. (Verfügbar unter [bundesaerztekammer.de](https://www.bundesaerztekammer.de))

² Siehe auch Kapitel 4 Zusammenfassung

2. SYMPOSIUM GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER LANDESVERTEIDIGUNG

Ein Szenario der Landesverteidigung (LV-Szenar) bedingt einen hohen Anfall von Patienten und Patientinnen bei begrenzten medizinischen Ressourcen und Kapazitäten im zivilen und militärischen Umfeld. Die Mitversorgung von verwundeten oder erkrankten Soldaten und Soldatinnen, Flüchtlingen, Kriegsgefangenen und Opfern von hybriden Anschlägen im zivilen Sektor zusätzlich zur Bevölkerung wird damit unabdingbar, was sowohl bei medizinischem Personal als auch bei Patienten und Patientinnen mit einer starken physischen und psychosozialen Belastung durch extremen Stress und moralische Dilemmata im Kriegsgeschehen einhergeht. Neben Verwundungen wird ein Anstieg von Infektionserkrankungen bei einer insgesamt veränderten Gesundheitslage erwartet. Hinzu kommen u.a. Ausfälle von Infrastruktur, digitaler Systeme, Kommunikationsmitteln und Energieversorgung bei gleichzeitigem Ausbleiben von Arzneimittelnachschub, Blutprodukten, Verbrauchsmaterialien aber auch Betriebsmitteln.³ Es muss mit gezielten Angriffen eines Gegners auf Einrichtungen, Fahrzeuge und Personal des Gesundheitswesens gerechnet werden.

2.1. Das Symposium

Das Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung fand als Präsenzveranstaltung am 2. Juni 2025 im Tagungszentrum der Julius-Leber-Kaserne in Berlin statt. Es begann offiziell um 10:00 Uhr und endete mit einem Diskussionspanel gegen 18:00 Uhr. Es kamen ca. 200 Fachleute aus der Politik, dem zivilen Gesundheitswesen, den Standesorganisationen und Verbänden sowie der Bundeswehr zusammen.

Generaloberstabsarzt Dr. Hoffmann, Wehrmedizinischer Berater der Leitung des BMVg und Befehlshaber des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr, hatte das Symposium initiiert und eröffnet. Es diente als Auftakt, um Mittel und Wege zu finden, belastbare medizinische Versorgung in Krise und Krieg zu gewährleisten. Die Teilnehmenden sollten die Herausforderungen an das deutsche Gesundheitssystem im Hinblick auf die Landesverteidigung diskutieren und Lösungsansätze in insgesamt acht themenbasierten Workshops erarbeiten. Die Ergebnisse und Empfehlungen werden in diesem Dokument zusammengefasst.



³ Auf dem NATO Summit in Washington 2024 betonten die Staats- und Regierungschefs der NATO-Staaten die Bedeutung nationaler Resilienz als integraler Anteil der gesamten NATO-Verteidigungsstrategie. Um der wachsenden strategischen Bedrohung bspw. gegen kritische Infrastruktur oder Lieferketten entgegenzuwirken, ist die Integration ziviler Planung und nationaler und kollektiver Verteidigungsplanung weiter zu stärken (NATO Washington Summit Declaration, 10. Juli 2024).

2.2. Das Szenar der Landesverteidigung

Um den Teilnehmenden einen nachvollziehbaren Eindruck von einem denkbaren, aber gleichwohl fiktiven LV-Szenars zu ermöglichen, wurde die Entwicklung von Frieden über Krise zum Krieg in Phasen dargestellt. Dieses Übungsszenar⁴ wird bewusst in diesen Bericht integriert, um es für weitere Veranstaltungen oder Untersuchungen nutzbar zu machen⁵.

Phase 1 Hybride Aktionen

Hybride Aktionen eines Aggressors (Desinformationskampagnen, vereinzelte Durchführung von Spionageaktivitäten, Cyber-attacken, Sabotageakte und Anschläge auf kritische Infrastrukturen) sollen das Vertrauen der Bevölkerung in den Staat reduzieren und zeigen eine erste Entwicklung in Richtung Krise an. Auch Gesundheitseinrichtungen sind vereinzelt davon betroffen.

Phase 2 Aufmarsch an den NATO-Außengrenzen

In der weiteren Eskalation kommt es zum Aufmarsch gegnerischer Kräfte an den Grenzen des NATO-Bündnisgebietes und reaktiv zu einem Aufmarsch von NATO-Kräften zur Abschreckung. Hybride Aktionen nehmen zu, die Aktionen werden aggressiver und offener. Es kommt zu ersten Fluchtbewegungen, zusammen mit einigen verletzten oder erkrankten Soldaten erreichen Flüchtlinge das zivile ambulante und klinische System. Militärisches Personal, das im Rahmen einer Nebentätigkeit oder eines Ehrenamtes im zivilen Gesundheitswesen tätig war, steht kaum noch zur Verfügung, allerdings entwickelt sich ein starker Trend in der Bevölkerung sich zu engagieren. Der Bedarf an Blutprodukten und die Nachfrage nach Arzneimitteln und Impfstoffen steigt.

Phase 3 Bündnisverteidigung und Übergang zur Landesverteidigung

Der Aggressor greift mit militärischen Mitteln die Grenzen des NATO-Bündnisgebietes an. Flüchtlingsströme nehmen zu und es kommt vereinzelt auch zu Raketeneinschlägen auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Hybride Kriegsführung führt zu IT-Ausfällen in medizinischen Behandlungseinrichtungen und beim Rettungsdienst mit Auswirkungen auf die Patientenverteilung und -versorgung. Truppenbewegungen und logistische Transporte in Richtung des Einsatzgebietes und der Rücktransport von etwa 300 bis 1000 verletzten und erkrankten Soldaten und Soldatinnen pro Tag belasten die betroffenen Infrastrukturbereiche. Klinische und ambulante Versorgungskapazitäten werden verstärkt beansprucht, erste Anpassungen des Versorgungssystems (Frühentlassung, Reduzierung elektiver Maßnahmen) erfolgen. Die Arzneimittelversorgung ist marktbedingt erschwert, dazu tritt eine unbekannte Tierseuche auf. Durch Desinformation wird die Bevölkerung verunsichert, es kommt zu Demonstrationen und Unruhen.

Kampfhandlungen nähern sich der Landesgrenze, Raketeneinschläge im Landesgebiet nehmen zu, damit tritt eine Massenflucht innerhalb Deutschlands ein. Der Übergang in den Verteidigungsfall steht bevor.

Phase 4 Landesverteidigung

Fiktiv gelingt den gegnerischen Truppen ein regional begrenzter Durchbruch bis auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und die Besetzung⁶ von zwei Landkreisen. Um diese Landkreise herum kommt es zu permanenten Kampfhandlungen. Der große, rückwärtige Raum wird für den Aufmarsch und die Unterstützung von Truppen genutzt. Binnenmigration sowie Koordinierung und Steuerung des Zivilschutzes müssen bewältigt werden. Angriffe auf kritische Infrastruktur führen zu tagelangen Ausfällen der Stromversorgung, Kommunikationsmittel funktionieren nicht mehr, vielerorts ist das Gesundheitspersonal überlastet. Engpässe bei der Blutversorgung werden mit Warmblutspenden überbrückt. Hilfsbereite Bürger und Bürgerinnen unterstützen in Behandlungseinrichtungen, müssen jedoch zunächst angelernt werden. Durch kontaminiertes Trinkwasser und zerstörte Infrastruktur kommt es zur Ausbreitung von Infektionskrankheiten, diese müssen aufgrund der Überlastung klinischer Strukturen im ambulanten Bereich behandelt werden.

Wie sollte dieses Übungsszenar durch die Teilnehmenden verwendet werden?

Anhand des Szenars sollten die Teilnehmende diskutieren, ob und wie die Gesundheitsversorgung in den besetzten Gebieten, im Operationsgebiet um diese Gebiete herum sowie im rückwärtigen Raum in Deutschland aussehen und stattfinden könnte. Dies schloss auch Fragen bezüglich der Gestaltung rechtlicher, organisatorischer, personeller und materieller sowie ausbildungsbezogener Rahmenbedingungen und geeigneter Informations- und Kommunikationsbeziehungen mit ein.

Das Szenar wurde mit der Annahme beendet, dass es den deutschen Streitkräften zusammen mit ihren Verbündeten gelingt, den Aggressor zu besiegen und nach und nach in sein ursprüngliches Territorium zurückzutreiben, und wieder die Ausübung der deutschen Staatsgewalt zu ermöglichen. Danach beginnt der Wiederaufbau.

⁴Das Übungsszenar legt die Basis für die Diskussion und fokussiert sich auf die Darstellung einer komplexen Problemstellung und Krisensituation, die verschiedene Interpretations- und Lösungsansätze zulässt. Ziel ist es, die Teilnehmenden dazu zu veranlassen, Annahmen zu hinterfragen, ethische Dilemmata zu analysieren und strategische Überlegungen zu evaluieren.

⁵Details zum Szenar finden sich in Anlage 6.1



2.3. Internationale Impulse

An der Veranstaltung nahmen auch internationale Gäste teil. Divisionär Dr. Andreas Stettbacher (Chef des Sanitätsdienstes der Schweizer Armee und bis 2023 der Beauftragte des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst) und Brigadegeneral Dr. Zivan Aviad-Beer (Surgeon General und Chief Medical Officer des Israelischen Sanitätsdienstes) referierten über ihre nationalen Lösungen im Gesundheitssektor in Krisenzeiten.

Divisionär Dr. Andreas Stettbacher erläuterte die derzeitige Traumaversorgung in der Schweiz insbesondere im Hinblick auf stationäre Einrichtungen, Kapazitäten und Verantwortlichkeiten der 26 Kantone und Schweizerische Eidgenossenschaft. Mit dem schweizerischen Konzept für den Koordinierten Sanitätsdienst wird die Zusammenarbeit zwischen zivilen und militärischen Gesundheitsorganisationen im Falle von Katastrophen, Notlagen oder bewaffneten Konflikten sichergestellt. Ziel ist es, die medizinischen Ressourcen des Landes optimal zu nutzen und eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, indem zivile Kapazitäten für militärische Bedürfnisse und umgekehrt nutzbar gemacht werden. Am Beispiel der Corona-Pandemie wurde dieses Konzept und dessen Funktionsweise erläutert. In der Nachkriegszeit wurden darüber hinaus geschützte, unterirdische zivile und militärische Spitäler geplant und gebaut, bzw. wieder instand gesetzt. Im Sinne der Zeitenwende wird die Nutzung dieser Anlagen derzeit evaluiert, um bei erhöhter Gefahr einer militärischen Konfrontation mit massiver Zerstörungskraft die unterirdischen Anlagen zu refunktionalisieren.

Im Vortrag des israelischen Vertreters wurde die Versorgung in Israel und das hochentwickelte, auf Schnelligkeit ausgelegte und an den aktuellen Konflikt angepasste System zur medizinischen Evakuierung verwundeter Soldaten und Soldatinnen vorgestellt. Dies beinhaltet neben der fortgeschrittenen Versorgung (inklusive Gabe von Vollblut) direkt im Kampfgebiet und dem Einsatz effizienter Evakuierungsmittel (Helikopter, bodengebundener Transport) auch technologische Innovationen, nahtlose, Internet-unabhängige Kommunikation und ein umfassendes Lagebild über militärische und zivile Fähigkeiten. Durch diese effiziente und rasche Evakuierung können die Überlebenschancen verwundeter Soldaten und Soldatinnen maximiert werden.

*Für die im Szenar verwendete Begrifflichkeit eines besetzten Gebietes wird folgende Definition herangezogen (ZDv A-2141/1 Nr 527 mit Verweis auf entspr. völkerrechtliche Quellen): Ein Gebiet gilt als besetzt, wenn es tatsächlich in die Gewalt der gegnerischen Streitkräfte gelangt ist (16a 42). Die Besatzungsmacht übernimmt die Verantwortung für das besetzte Gebiet und seine Bevölkerung (4 29, 47 ff.; 16a 43). Die Besatzungsmacht muss die Besatzungsgewalt tatsächlich ausüben können. Besatzungsgewalt kann eine in gegnerisches Gebiet eindringende Truppe erst dann begründen, wenn sie in der Lage ist, der Zivilbevölkerung Anweisungen zu erteilen und auch durchzusetzen.

3. ERGEBNISSE DER WORKSHOPS

Im Folgenden wird eine kurze Zusammenfassung der Empfehlungen aus den Workshops abgebildet, Details können den Anlagen entnommen werden⁷.

Workshop 1: Wie funktioniert der Rettungsdienst in der Landesverteidigung?

Der Workshop zur Rettungsdienstorganisation in der Landesverteidigung fokussierte auf die Versorgung der Bevölkerung in einem besetzten Gebiet als besondere Herausforderung. Im Workshop wird betont, dass der Rettungsdienst als hochwertige Ressource zu betrachten ist, deren Einsatz lageabhängig bewertet werden muss. Dabei sind Fragen der Versorgungsqualität, des Umfangs und der Dauer einer Versorgung sowie der verfügbaren (auch zu verpflichtenden) Ressourcen zu klären. Ziel ist es, die Bevölkerung so lange wie möglich zu versorgen. Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf der Berücksichtigung des erhöhten Gefährdungspotenzials für Rettungsdienstpersonal durch gezielte gegnerische Angriffe im Einsatzgebiet. Es wird eine bundeseinheitliche Lage- und Führungsfähigkeit und ein standardisiertes Lagebild für zivile Leitstellen und Stäbe gefordert. Schnittstellen zwischen militärischen und zivilen Akteuren sollen identifiziert und Zusammenarbeitsbeziehungen etabliert werden.

Workshop 2: Was machen die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in der Landesverteidigung?

Für den Bereich der ambulanten Versorgung wird eine detaillierte Bestandsaufnahme des gesamten medizinischen Fachpersonals als unerlässlich erachtet, mögliche parallele Verpflichtungen müssen dabei berücksichtigt werden. Weiterhin wird die Notwendigkeit einer engen Koordination und Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteuren – Leistungserbringer, Selbstverwaltungsorgane, Bundeswehr und Bevölkerung – betont. Strukturelle Voraussetzungen, wie etwa die Einrichtung von Krisenstäben, sind zu schaffen, die zivil-militärische Zusammenarbeit auszubauen und Verbindlichkeiten hinsichtlich der Aufgabenverteilung zu treffen. Es wurde zudem die dringliche Notwendigkeit einer klaren Priorisierung der medizinischen Versorgungsleistung identifiziert, um etwa Akutbehandlungen von elektiven Eingriffen zu differenzieren. Der erforderliche gesetzliche Rahmen ist dafür zu schaffen und der Zugang vulnerabler Gruppen (bspw. Flüchtlinge) zum Regelsystem der ambulanten Versorgung festzulegen. Für den Fall zerstörter Infrastruktur müssen Alternativen identifiziert und vorbereitet werden. Das bestehende dezentrale System ist so lange wie möglich, ggf. auch durch Personalumverteilung, aufrecht zu erhalten. Ein Ausfall der Stromversorgung erfordert zwingende Alternativen zur Versorgung (Generatoren, analoge Dokumentation) und Lösungen für bspw. die Arzneimittelkühlung. Zudem sind die Bevorratung von Verbrauchsmaterialien und Medikamenten, Bürokratieabbau und die Stärkung der Nachwuchsausbildung entscheidend.

Workshop 3: Wie stellen wir uns klinische Versorgung in der Landesverteidigung vor?

Zur Gewährleistung der klinischen Versorgung in einem LV-Szenar bedarf es einer effektiven Kommunikation und Koordination. Im Bereich der zivil-militärischen Zusammenarbeit ist bspw. der Umgang mit eingestufteten Dokumenten (u.a. durch den Einsatz von Reservedienstleistenden oder Sicherheitsüberprüfungen des Personals) zu regeln. Die Generierung eines Lagebildes Personal soll Zweit- und Mehrrollen bzw. Doppelassignierungen sichtbar machen und auch zusätzliche Potentiale erschließen (bspw. Berufsbild des Physician Assistant). Maßnahmen zur Steigerung der Durchhaltefähigkeit (psychische, organisatorische Unterstützung) sind zu entwickeln und zu implementieren. Die Qualifikation des Personals in Gesundheitsberufen ist durch Ausbildung zu stärken. Durch Schaffung einer Grundbefähigung zur Unterstützung des Fachpersonals (Helfer- und Unterstützungstätigkeiten) sollen zusätzliche personelle Reserven erschlossen werden. Die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist auszubauen, bei gleichzeitiger resilienter Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung (Krise und Krieg mitdenken). Hierzu tragen auch Konzepte zur Stärkung und Sicherung kritischer Infrastruktur bei (Evakuierungspläne, unterirdische Anlagen). Die klinische Versorgungslandschaft ist auf ein LV-Szenar anzupassen, dazu sind Konzepte der klinischen Versorgung, der Patientenverteilung und der erforderlichen Prozesse und Vorgaben zu erarbeiten.

Workshop 4: Wie wollen wir im Rahmen von Landesverteidigung eine resiliente Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sicherstellen?

Die Empfehlungen im Workshop fordern eine Anpassung der Logistik (u.a. Bevorratung und Transport), eine Analyse hinsichtlich des Bedarfs an Arzneimitteln und Medizinprodukten und deren Koordination und Priorisierung im Kontext des LV-Szenars und der damit einhergehenden Erkrankungen- und Verletzungsmuster.

⁷Details finden sich in den Anlagen 6.2 bis 6.9. Die schriftlichen Ergebnisse der Workshops dienen als Impuls und Diskussionsgrundlage für die nächsten Schritte. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen vielmehr einen breiten Rahmen aufzeigen. Dabei werden aufgrund der Komplexität der Themen eine Vielzahl von Aspekten angesprochen, die in den Workshops nicht immer inhaltlich abgeschlossen werden konnten und nun weitere Überlegungen anstoßen sollen.

Eine bessere Vernetzung ziviler und militärischer Strukturen und Prozesse ergänzt durch ein Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetz sind erforderlich. Aufbauend auf einer Bedarfsanalyse ist die zielgerichtete Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten unter Berücksichtigung von Lieferketten umzusetzen, die Vereinfachung und Entbürokratisierung von Prozessen voranzutreiben und die Bewirtschaftung großflächiger Lager und die Umwälzung gelagerter Produkte gezielt zu steuern. Ein weiterer Rückgang der Produktion von Arzneimitteln und Medizinprodukten innerhalb Europas ist zu verhindern. Standorte der Arzneimittelproduktion oder -lagerung sind als kritische Infrastruktur einzustufen; ihr Schutz vor Plünderung und ihr Weiterbetrieb bei Ausfall von IT oder Strom müssen gewährleistet sein. Der Wiederaufbau einer von Lieferketten unabhängigen, großflächigen Eigenproduktion von pharmazeutischen Produkten in Europa wird allerdings als nicht realisierbar bewertet.

Workshop 5: Wie stellen wir im Rahmen der Landesverteidigung die Versorgung mit Blut und Blutprodukten sicher?

In einem LV-Szenar sind für die Blutversorgung klare Befugnisse erforderlich, dies ist im Vorgriff zu regeln. Eine multinationale Ausrichtung der Blutversorgung eröffnet Potenziale und steigert die Resilienz und Verfügbarkeit der kritischen Ressource Blut durch gegenseitige Akzeptanz und unbürokratischen Austausch von Blutprodukten sowie Interoperabilität in der Logistik. Daher sind gemeinsame Standards und grenzüberschreitende Kooperationen voranzutreiben. Die Erstellung nationaler Notfallpläne ist verpflichtend. Fähigkeiten, die der Blutversorgung dienen (Lagerorte, Produktionsstätten...), sind als kritische Infrastruktur zu betrachten und zu schützen. Eine Distribution und/oder Dezentralisierung von Lagerungsstätten, der unterirdische Bau von Produktionsanlagen sowie die sicherheitsrelevante Überprüfung der Mitarbeitenden ist zu planen und umzusetzen. Die Logistik der Blutversorgung ist durch personelle, infrastrukturelle und regulatorische Anpassungen (u.a. diversifiziertes Logistiknetzwerk, Entwicklung von Transportmittel und -behälter) auch im LV-Szenar sicherzustellen. Eine klare Regelung bzgl. der Gewinnung und Anwendung von frischem Vollblut („Warmblutspende“) als Notfallmaßnahme ist schnellstmöglich zu erstellen.

Workshop 6: Welche Ausbildungsinhalte und -formen im Gesundheitswesen müssen für die Vorbereitung auf die Landesverteidigung angepasst und neu geschaffen werden?

Aufgrund der schnelleren Umsetzbarkeit ist der Fokus zunächst auf die Fort- und Weiterbildung zur Vermittlung erforderlicher Ausbildungsinhalte in Vorbereitung auf ein LV-Szenar zu legen. Ziel soll es sein bereits bestehende Fort- und Weiterbildungsformate so weiterzuentwickeln, dass sie thematisch an ein LV-Szenar angepasst und durch zivil-militärische Übungen ergänzt werden. Auch das Thema mentale Gesundheit ist hierbei dringend zu adressieren, um die Resilienz des Personals zu stärken. Vorhandenes Potential in der Bevölkerung ist zu nutzen und kann über die Gewinnung von Ehrenamtlichen oder Reservedienstleistenden zusätzliche Ressourcen zur Entlastung hauptamtlicher Kräfte schaffen. Das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung in Krisensituationen ist unbedingt zu schärfen sowie eine Anleitung zur Selbsthilfe in Notfällen zu bieten.

Workshop 7: Was konkret bedeutet in diesem Kontext gesamtstaatliche Organisation im Fall der Landesverteidigung? Wer ist für was verantwortlich?

Im Bereich der Organisation werden kurzfristig die Beübung (Kenntnis!) und Weiterentwicklung bestehender Alarmplanungen sowie die klare Kommunikation der Bedrohungslage empfohlen. Mittel- und langfristig wird eine zentrale Führungsfähigkeit auf Bundesebene gefordert, die eine Führungskaskade bis zur kommunalen Ebene etabliert und Verfahrensweisen vereinbart. Gefordert werden ein einheitliches Lagebild und die Steigerung der gesamtstaatlichen Resilienz. Die dafür erforderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die Finanzierung sind festzulegen und kontinuierlich anzupassen. Die Teilnahme an Übungen zur Vorbereitung auf Krise und Krieg muss verpflichtend sein.

Workshop 8: Welche Rahmenbedingungen werden für das Szenar der Landesverteidigung benötigt?

In einem LV-Szenar sind Regelungsnotwendigkeiten im erforderlichen Einzelfall festzulegen, wobei Rahmenvorgaben auf Bundesebene für die Umsetzung in den Ländern zu schaffen sind. Zudem muss ein bundes- und landesweites Gesundheitslagebild mit abgestimmten Inhalten und Standards etabliert werden. Teilnahme an Übungen über verschiedenen Ebenen sind ebenso zu gestalten wie die Sicherstellung der Kommunikation durch Digitalisierung, Vernetzung und die Einbindung relevanter Akteure. Die Planungsstruktur für die Gesundheitsversorgung in den Ländern ist zu erarbeiten und zu implementieren und die Refinanzierung für resiliente Strukturen (dauerhafter Investitionen in Infrastruktur, Personal und flexible, skalierbare Notfallkapazitäten) sicherzustellen.

4. ZUSAMMENFASSUNG

**RESILIENZ BEGINNT NICHT IM ERNSTFALL -
SIE BEGINNT JETZT - SIE BEGINNT MIT IHNEN.**

Die Herausforderungen, die auf das Gesundheitswesen im Falle eines LV-Szenar zukommen, sind vielfältig und bedürfen einer zügigen umfassenden Analyse und darauf aufbauend eine Anpassung der bestehenden Strukturen, Systeme und Prozesse. Allen Teilnehmenden ist klar, dass dies nur gemeinsam gelingen kann und alle Ebenen, Akteure aber auch die Bevölkerung, mit einbeziehen muss.

4.1. Herausforderungen

In den Workshops wurden übergreifend folgende Punkte als besonders herausfordernd identifiziert:

- Eine gesamtstaatliche Koordination über Ressortgrenzen hinweg existiert bislang nur in Ansätzen. Hybride Szenare wie Cyberangriffe, überlastete Versorgungsstrukturen oder IT-Ausfälle sind bislang nicht ausreichend beachtet und Gegenmaßnahmen nicht in bestehende Strukturen integriert.
- Juristische Rahmenbedingungen sind derzeit nicht krisenfest: Gesetze wie das Arzneimittelgesetz (AMG), das Sozialgesetzbuch V (SGB V) oder das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) stoßen im Ernstfall an systemische Grenzen.
- Die Verantwortlichkeiten bei Blutprodukten, für eine Arzneimittelresilienz oder bei der ambulanten Versorgung in einem LV-Szenar sind teils unklar.
- Unsere kritische Abhängigkeit von Lieferketten und funktionierenden IT-Systemen sowie der Mangelressource Fachpersonal offenbart sich als strukturelle Verwundbarkeit.
- Zivil-militärische Schnittstellen sind vielerorts noch nicht ausreichend definiert oder beübt.
- Kommunikationswege und -mittel zwischen den Ebenen und Akteuren sind oft nicht abgestimmt – Entscheidungen werden dadurch verzögert oder erschwert.
- Die Missachtung des Humanitären Völkerrechts durch den Gegner hat verheerende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung, vorbereitet sind wir darauf nur bedingt.

4.2. Empfehlungen

Aus Sicht der Teilnehmenden des Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung sind folgende Maßnahmen dringend erforderlich und umgehend anzugehen:

- Es braucht dringend ein eigenständiges Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetz für den Verteidigungsfall - vergleichbar der Katastrophenschutzgesetzgebung. Darüber hinaus müssen die Aspekte der Vorsorge für Krise und Krieg u.a. bei der Reform der Krankenhauslandschaft (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) oder der Akut- und Notfallversorgung berücksichtigt werden.
- Wir brauchen ein Lagezentrum Gesundheit, – mit Anbindung an das Bundesministerium für Gesundheit, das BMVg und das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe – das ein einheitliches und standardisiertes Lagebild zur Verfügung stellt.
- Vorsorge für ein Szenario der Landesverteidigung bedeutet auch Vorsorge für Krisen und Katastrophen zu treffen – eine entsprechende Finanzierung von Infrastruktur, Personal und flexibler skalierbarer Notfallkapazitäten muss dauerhaft sichergestellt werden. Dies schließt auch die Bevorratung kritischer Arzneimittel oder Medizinprodukte mit ein.

- Wir benötigen ein vernetztes Gesundheitssystem in dem zivil und militärisch abgestimmte, interoperable Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, Verantwortlich- und Zuständigkeiten sowie Entscheidungsebenen geregelt sind. Gemeinsame und verpflichtende Übungen stärken die Vernetzung und trainieren Prozesse und Zusammenarbeitsbeziehungen zwischen den Akteuren und sollen auf allen Ebenen regelmäßig stattfinden.
- Die Ausbildung medizinischen Fachpersonals muss um Module ergänzt werden, die Inhalte zur Krisenbewältigung vermitteln – ob für Triage, Versorgung im Ausnahmezustand oder Arzneimittelsicherheit. Kurzfristig sollte hier vor allem in die Fort- und Weiterbildung investiert werden, mittelfristig sind entsprechende Inhalte (inklusive des Themenbereichs mentaler Gesundheit) in die Regelausbildung aufzunehmen.
- Kritische IT- und Kommunikationssysteme brauchen Redundanz, Offline-Fähigkeit und flächendeckende Notfallprotokolle. Digitalisierung und Vernetzung müssen besonders im Bereich der zivil-militärischen Zusammenarbeit zügig vorangetrieben werden. Dabei sind dringend Lösungen für kritische Schnittstellen umzusetzen, die beispielsweise durch die Einstufung von Informationen entstehen (z.B. Sicherheitsüberprüfung).
- Das Personal im Gesundheitswesen ist eine kritische Ressource - Mehrfachbindungen durch Zweitrollenfunktion bspw. im Ehrenamt oder in der Reserve sind gelebte Realität und müssen sichtbar, auswertbar und priorisiert werden (Lagebild).
- Die bestehenden Strukturen müssen im Ernstfall funktionsfähig sein, die Schaffung eines neuen Systems und neuer Strukturen im Krisen- und Kriegsfall ist nicht zielführend. Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen bspw. hinsichtlich Steuerung, Priorisierung oder Verteilungsmechanismen müssen durch die Umsetzung in den föderalen Strukturen ergänzt werden.
- Gesundheitseinrichtungen sind Teil der kritischen Infrastruktur und müssen vor Plünderung, Sabotage oder Zerstörung geschützt werden. Die Verlagerung von Behandlungseinrichtungen und Produktionsstätten unter die Erde muss ausgeweitet werden, alternative Pläne zur Sicherstellung der weiteren Versorgung bei Zerstörung erarbeitet, implementiert und beübt werden.
- Die Bevölkerung muss eingebunden werden, Themen der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitskompetenz müssen übergreifend kommuniziert (z.B. Broschüre), Ausbildungsangebote zur Verfügung gestellt (bspw. im Rahmen Führerschein-erwerb) und Anleitung zur Selbsthilfe in Notfällen vermittelt werden. Das Bewusstsein für Krise und Krieg muss auf allen Ebenen geschaffen werden, mögliche Szenare oder das Thema Gesamtverteidigung sind zielgruppenorientiert breit zu kommunizieren.

RESILIENZ IM GESUNDHEITSWESEN IST KEIN THEORETISCHES KONZEPT, SONDERN EINE ZENTRALE VORAUSSETZUNG FÜR DEN SCHUTZ DER BEVÖLKERUNG IN KRISEN, KATASTROPHEN UND IM VERTEIDIGUNGSFALL.

5. AUSBLICK

Das Symposium Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung hat die entscheidende Bedeutung einer robusten und anpassungsfähigen Gesundheitsversorgung klar herausgestellt. Die diskutierten Themen, von der Weiterentwicklung bestehender Strukturen, über die Optimierung logistischer Prozesse als auch die zivil-militärische Zusammenarbeit unterstreichen die Komplexität, Dimension und Dringlichkeit dieser Aufgabe.

Die Erkenntnisse und Diskussionen des Symposiums bilden eine wichtige Grundlage für die weitere strategische Ausrichtung und Umsetzung notwendiger Maßnahmen. So haben bereits erste Abstimmungen zur Ausgestaltung eines Gesundheitssicherungsgesetzes unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit stattgefunden. Die im Symposium formulierten Impulse können hier schon gezielt aufgegriffen werden.

Für die resiliente Gestaltung der Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung werden die kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema und der gemeinsame Dialog aller Akteure entscheidend sein. Das Symposium hat hierfür einen wichtigen Beitrag zum Auftakt geleistet.

6. ANLAGEN

6.1. Das Szenar der Landesverteidigung

Um den Teilnehmenden einen nachvollziehbaren Eindruck von einem denkbaren, aber gleichwohl fiktiven LV-Szenars zu ermöglichen, wurde die Entwicklung von Frieden über Krise zum Krieg in Phasen dargestellt.⁸ Dieses Übungsszenar wird bewusst in diesen Bericht integriert, um es für weitere Veranstaltungen oder Untersuchungen nutzbar zu machen.

Phase 1 Hybride Aktionen

Erste hybride Aktionen eines Aggressors, wie Desinformationskampagnen verunsichern die Bevölkerung und untergraben das Vertrauen in die Demokratie und den Staat. Die Vorbereitung und vereinzelte Durchführung von Spionageaktivitäten, Cyberattacken, Sabotageakte und Anschläge auf lebens- und verteidigungswichtige Einrichtungen sowie kritische Infrastrukturen, zeigen eine erste Entwicklung in Richtung Krise an.

Hybride Angriffe auf Transportmittel, Routen und Lagerungsorte können z.B. schon erste Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von Medizinprodukten und Arzneimitteln haben. Hackerangriffe auf IT-Systeme der Verwaltungsorgane und Krankenhäuser gefährden die Patientenversorgung und den Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten.

Im Szenar werden darüber hinaus Manipulationen an der Trinkwasserzufuhr von Pflegeheimen ohne Kontaminationsnachweis entdeckt. Spekulationen über Infektionskrankheiten aufgrund verseuchten Trinkwassers oder über einen potenziellen Anschlag verunsichern Angehörige und die Bevölkerung.

Phase 2 Aufmarsch an den NATO-Außengrenzen

In der weiteren Eskalation kommt es zum militärischen Aufwuchs und Aufmarsch eines Aggressors an den Grenzen des NATO-Bündnisgebietes was reaktiv zu einem Aufmarsch von NATO-Kräften zur Abschreckung führt.

Vermehrte Spionageaktivitäten, Cyberangriffe, Sabotageakte und Anschläge sollen mögliche Truppenbewegungen innerhalb des NATO-Territoriums und insbesondere in Deutschland be- oder verhindern. Die Verschleierung der Urheberchaft tritt dabei zunehmend in den Hintergrund und die Aktionen werden aggressiver und offener.

In den Grenzgebieten zeichnen sich erste Fluchtbewegungen ab. Erste erkrankte Flüchtlinge werden in zivilen Arztpraxen vorgestellt. Auch einige NATO-Soldaten mit Unfallverletzungen oder Erkrankungen während des Aufmarsches durch Deutschland erreichen die Notaufnahmen von Krankenhäusern.

Das Fachpersonal des Sanitätsdienstes der Bundeswehr steht überwiegend nicht mehr im Rahmen von Nebentätigkeiten oder Ehrenamt für zivile Not- und Rettungsdienste oder Praxisvertretungen zur Verfügung.

Die Hilfsorganisationen verzeichnen in diesem Szenario zwei parallele personelle Trends: Zum einen militärisches Personal, das sein Engagement im Hinblick auf einen NATO-Einsatz zurückzieht, zum anderen zunehmende Bewerber und Bewerberinnen aus der Bevölkerung, die sich engagieren wollen, aber keine passende Ausbildung besitzen.

Aus allen medizinischen Behandlungseinrichtungen im Aus- und im Inland werden Blutprodukte angefordert. Gleichzeitig werden Blutspende-Einrichtungen mit zahlreichen Einzelanfragen von freiwilligen Spendern aus der Bevölkerung konfrontiert.

Im Szenario versuchen alle beteiligten Nationen, größere Mengen an Impfstoffen und Arzneimitteln zu beschaffen. Die Markverfügbarkeit dieser Produkte sinkt, die Preise steigen und einzelne Impfstoffe und Arzneimittel sind sehr schnell nicht mehr verfügbar.

⁸Ergänzend zur Zusammenfassung im Hauptteil des Dokuments werden hier weitere Details eines fiktiven Szenars der Landesverteidigung formuliert.



Phase 3 Bündnisverteidigung und Übergang zur Landesverteidigung

Der Aggressor greift mit militärischen Mitteln die Grenzen des NATO-Bündnisgebietes an. Die Schwelle zum „klassischen Krieg“ wird überschritten.

Art 5 des NATO-Vertrages legt das Prinzip der kollektiven Verteidigung fest. Mit der Zustimmung der Bundesregierung zur Beschlussfassung der NATO, sich auf Art 5 zu berufen, gilt der Bündnisfall gem. Art 80a Abs. 3 GG. Es werden umfangreiche militärische Alarmmaßnahmen eingeleitet; so werden bspw. Reservisten und Reservistinnen zum Dienst eingezogen.

Die Anzahl an Flüchtlingen aus den Frontländern nach Deutschland nimmt rapide zu. Darunter sind auch zahlreiche Verletzte und Erkrankte, die z.B. über den Land- oder Seeweg eintreffen und Behandlung in den deutschen Gesundheitseinrichtungen bedürfen.

Einzelne Raketeneinschläge auch auf dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland führen, lokal konzentriert, zu einer hohen Anzahl von Verletzten und Zerstörung kritischer Infrastruktur.

Mittel der hybriden Kriegsführung werden zunehmend eingesetzt. Massive Cyberangriffe u.a. auf medizinische Behandlungseinrichtungen und Kommunikationsmittel des Rettungsdienstes erschweren die Koordination der Patientenverteilung. Übungshalber sind die Notrufnummern temporär nicht mehr erreichbar. Die Koordination von Terminvereinbarungen, die telemedizinische Anbindung, der Gebrauch medizinischer Geräte, die sich des Internets bedienen, sowie die elektronische Rechnungsstellung und der Zugriff auf elektronische Gesundheitsdaten sind unterbrochen.

Über deutsche Straßen werden große Mengen an logistischen Gütern sowie nachrückende internationale und deutsche Truppen in Richtung der Kampfhandlungen im Bündnisgebiet transportiert. In Gegenrichtung erreichen nach einer Anlaufphase bundesweit durchschnittlich täglich etwa 300 bis zu 1.000 verwundete und erkrankte Soldaten und Soldatinnen aus den Kampfgebieten über die Rettungskette zunächst sanitätsdienstliche Hubs in Deutschland und werden von dort auf zivile Krankenhäuser verteilt. Übungshalber werden diese Transporte als Teil der Rettungskette zunächst im militärischen Gesamtkontext koordiniert.

Der Zulauf von verwundetem und erkranktem militärischem Personal sowie zusätzlich von verletzten und erkrankten Flüchtlingen beansprucht die klinischen Versorgungskapazitäten deutlich.

Die hohe Last in den deutschen Krankenhäusern führt durch vermehrte sowie frühe Entlassungen konsekutiv zu einer deutlichen Steigerung der zu Rehabilitierenden sowie der Patientenkontakte der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie weiterer ambulant tätiger Berufsgruppen. Zusätzlich erhöhen erkrankte Flüchtlinge die Fallzahlen der Niedergelassenen bei gleichzeitig marktbedingt erschwelter Arzneimittelversorgung.

Als Teil des fiktiven Szenarios verbreiten sich über soziale Netzwerke „fake news“, u.a. dass Patienten mit privaten Extrazahlungen oder aufgrund der Zugehörigkeit zu Bundes- und Landesregierungen bevorzugt behandelt würden. Das ruft Demonstrationen zur gerechteren Patientenversorgung hervor.

Weiterhin wird angenommen, dass eine unbekannte Tierseuche auftritt. Gerüchte entstehen, dass diese subversiv durch den Aggressor verursacht würde. Über soziale Medien verbreiten sich Behauptungen, dass diese neue Seuche auch Menschen befallt. Es folgen deutschlandweit Tausende von panischen Anrufen in den Gesundheitsämtern, Notaufnahmen und Arztpraxen, für deren Beantwortung Unterstützungspersonal benötigt wird.

Zunehmende Raketeneinschläge in Deutschland und das Vorrücken des Aggressors in Richtung deutsche Grenze lösen am Ende eine Massenflucht innerhalb Deutschlands aus. Immer mehr Truppen werden an der Landesgrenze in Kampfhandlungen verwickelt. Die zuständigen Bundesorgane sind in diesem Stadium weiterhin noch handlungsfähig.

Mit gesicherten Erkenntnissen, dass ein weitergehender Angriff auf das Bundesgebiet der Bundesrepublik Deutschland unmittelbar bevorsteht, stellt der Deutsche Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates nach Art. 115a Abs. 1 Satz 1 GG den Verteidigungsfall fest.

Phase 4 Landesverteidigung

Im Szenario gelingt den gegnerischen Truppen ein regional begrenzter Durchbruch der Verteidigungslinien der NATO bis auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Durch die Feststellung des Verteidigungsfalls ist die Legitimation zur Anwendung aller notwendigen dezidierten Rechtsvorschriften zur Verteidigung des Territoriums der Bundesrepublik Deutschland und der damit einhergehenden unterstützenden Maßnahmen gegeben (vgl. Art. 80a Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 GG).

Kampfhandlungen an Land, zur See und in der Luft führen zur Besetzung von zwei fiktiven Landkreisen durch den Aggressor, die aufgrund von Flüchtlingsbewegungen unbekannte Bevölkerungszahlen aufweisen. Um diese Landkreise herum kommt es zu permanenten Kampfhandlungen. Der große, rückwärtige Raum wird für den Aufmarsch und die Unterstützung von Truppen genutzt. Auch dort gehen wir davon aus, dass gegnerische Kräfte jederzeit versuchen, die Operationsführung zumindest zu gefährden.

Die Bundesrepublik Deutschland ist zusätzlich mit allen grundsätzlichen Fragen der Koordination und Steuerung des Zivilschutzes befasst. Weiterhin gilt es, die Herausforderungen der Binnenmigration in Deutschland zu bewältigen.

Luftschläge auf die Energieversorgung führen zu tagelangen, lokalen Ausfällen der Stromversorgung. Gesundheitseinrichtungen greifen auf Notstromaggregate zurück, sofern vorhanden. Handyfunknetze, Internet und Telefonverbindungen funktionieren partiell nicht mehr. Es ist extrem schwierig, die Koordination zwischen schwer betroffenen Orten mit hohen Patientenzahlen, dem Rettungsdienst und weiteren Behandlungseinrichtungen zu gewährleisten.

Im dislozierten Bereich der niedergelassenen Ärzte und Apotheken fallen die Kühlmöglichkeiten für Impfstoffe, Insulin und sonstige temperaturempfindliche Arzneimittel aus. E-Rezepte lassen sich nicht mehr ausstellen, die Kommunikation mit Apotheken ist temporär komplett unterbrochen.

Personal aus kriegsbedingt zerstörten Gesundheitseinrichtungen sucht die nächstgelegenen Kliniken zur Unterstützung auf. Es besteht kein zentraler Überblick mehr über Gesundheitspersonal. Hilfsbereite Bürger und Bürgerinnen müssen zur Unterstützung von Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen zunächst angelernet werden, wofür kein Personal bereitsteht. An vielen Orten ist das Gesundheitspersonal überlastet.

Engpässe mit Blut und Blutprodukten müssen mit Warmblutspenden aus der Bevölkerung überbrückt werden. Es ist allerdings schwierig noch ausreichend Fachpersonal für die Durchführung zu generieren.

Aufgrund zerstörter Infrastruktur und kontaminiertem Trinkwasser kommt es im Übungsszenar nach einiger Zeit zusätzlich zum Ausbruch von Infektionskrankheiten. Diese bedürfen primär der ambulanten Behandlung, da die Krankenhäuser nach und nach an ihre Kapazitätsgrenze gelangen.

Wie sollte dieses Übungsszenar durch die Teilnehmenden angewendet werden?

Anhand des Szenars sollten die Teilnehmende diskutieren, ob und wie die Gesundheitsversorgung in den besetzten Gebieten, im Operationsgebiet um diese Gebiete herum sowie im rückwärtigen Raum in Deutschland aussehen und stattfinden könnte. Dies schloss auch Fragen bezüglich der Gestaltung rechtlicher, organisatorischer, personeller und materieller sowie ausbildungsbezogener Rahmenbedingungen und geeigneter Informations- und Kommunikationsbeziehungen mit ein.

Das Szenar wurde mit der Annahme beendet, dass es den deutschen Streitkräften zusammen mit ihren Verbündeten gelingt, den Aggressor zu besiegen und nach und nach in sein ursprüngliches Territorium zurückzutreiben, und wieder die Ausübung der deutschen Staatsgewalt zu ermöglichen. Danach beginnt der Wiederaufbau.



WORKSHOP 1

DIE ERHÖHTE GEFÄHRDUNG VON MILITÄRISCHEM UND ZIVILEM RETTUNGSDIENST-PERSONAL AUFGRUND STRATEGISCHEN AUSSCHALTENS DURCH DEN AGGRESSOR MUSS BERÜCKSICHTIGT WERDEN.

Wie funktioniert Rettungsdienst in der Landesverteidigung?

Zentrale Frage des Workshops war die Koordinierung und die Organisation des Rettungsdienstes im Rahmen eines LV-Szenars in Deutschland auch unter den spezifischen Rahmenbedingungen in einem besetzten Gebiet. Dabei wurden sowohl die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren, die Berücksichtigung der zentralen und zentralisierten Kompetenzen der Länder und Kommunen als auch der Umgang mit dem zu erwartenden erhöhten Risiko für Personal im Rettungsdienst thematisiert.

EMPFEHLUNGEN:

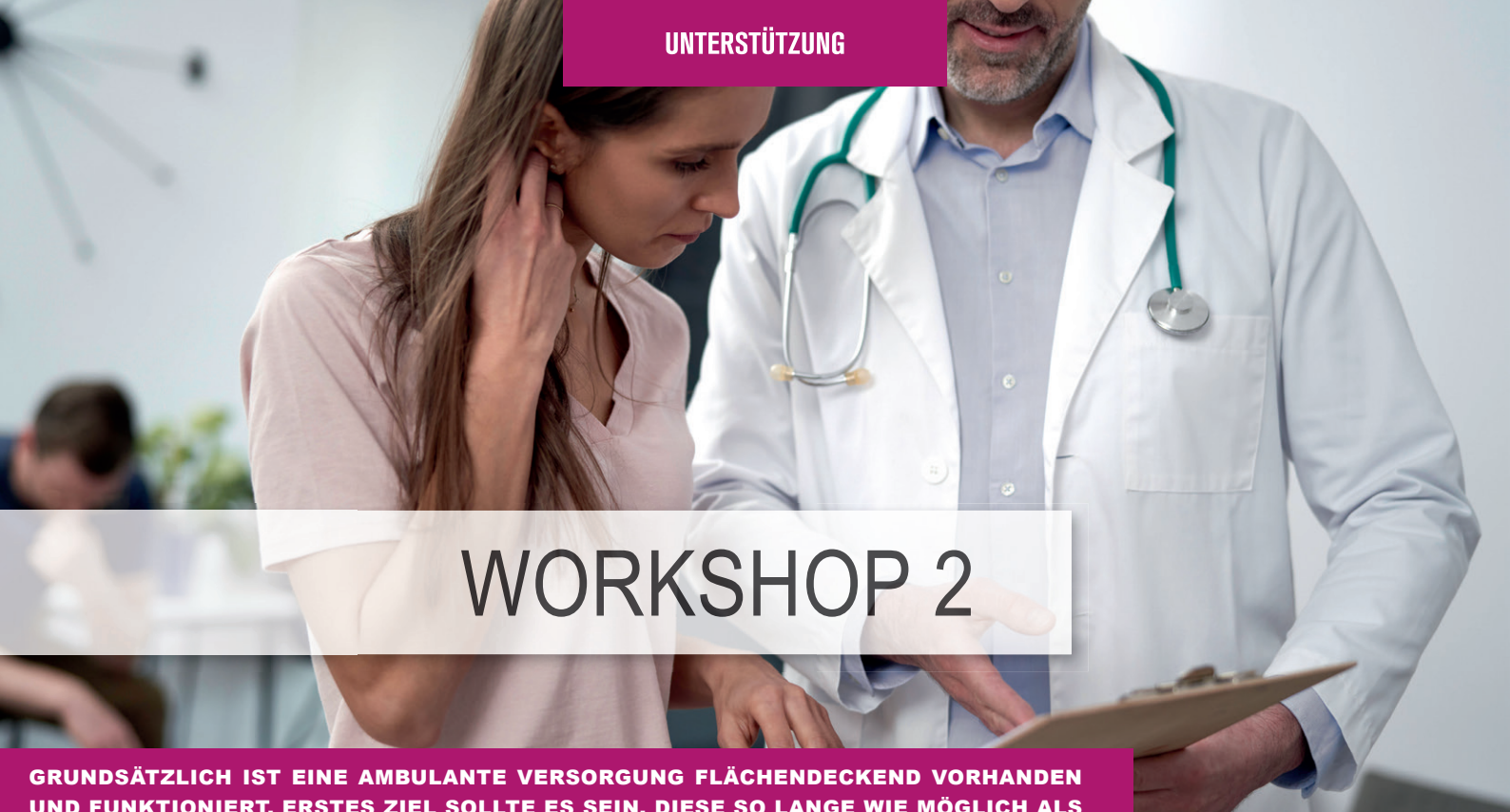
Der Rettungsdienst ist eine Hochwertressource, deren Einsatz lageabhängig besonders bewertet werden muss.

Die Luftrettung nimmt hierbei eine Sonderrolle ein, da sie durch besondere Einsatzgrundsätze und ein hohes Gefährdungspotential der dabei eingesetzten Rettungsmittel gekennzeichnet ist (alle Beteiligten waren sich einig, dass ein Einsatz in einem Abstand von bis zu 50km von der Front nicht sinnvoll ist und die Luftrettung in diesem Bereich daher nicht einsetzbar ist). Dabei werden Rettungsdienst und Versorgungsqualität in einem besetzten Gebiet im Schwerpunkt durch den Besatzer bestimmt. Ziel ist es, die Bevölkerung so lange wie möglich zu versorgen, wesentliche Fragen hinsichtlich Versorgungsqualität, Umfang und Dauer einer Versorgung und verfügbare (auch zu verpflichtende) Ressourcen müssen noch geklärt werden; dabei existiert der Rettungsdienst grundsätzlich nur so lange, wie Bevölkerung sich vor Ort befindet. Im Falle einer Evakuierung oder vermehrten Fluchtbewegungen (Phase 3, Übergang Phase 4) wird auch der Rettungsdienst abgezogen und damit gemeinsam bestehende militärische und zivile Ressourcen zurückgenommen

Insbesondere zu berücksichtigen ist das erhöhte Gefährdungspotential für militärisches und ziviles Rettungsdienstpersonal – ein strategisches Ausschalten dieser Kräfte durch den Aggressor und ein dadurch schädigender und demoralisierender Einfluss auf die Bevölkerung und Streitkräfte muss angenommen werden und in den weiteren Planungen berücksichtigt werden.

Es muss eine bundeseinheitliche Lage- und Führungsfähigkeit gegeben sein.

Ein effektives Rettungssystem erfordert ein standardisiertes Lagebild, welches zivilen Leitstellen und Stäben dauerhaft aktualisiert zur Verfügung gestellt werden muss. Kompatibilität und Interoperabilität sowie ein länderübergreifendes funktionierendes Krisenmanagement sind für einen kontinuierlichen Informationsfluss unabdingbar. Hier müssen bereits im Übergang Frieden-Krise-Krieg Schnittstellen zwischen militärischen und zivilen Akteuren Ebenen-gerecht identifiziert und Zusammenarbeitsbeziehungen etabliert werden. Dem Einsatz der Reserve als Liaison mit zivilen Akteuren kommt hier ggf. eine deutliche Bedeutung zu. Dabei ist zu beachten, dass der Rettungsdienst auch in einem LV-Szenar aus dem bestehenden System heraus funktionsfähig agieren muss, die Schaffung eines neuen Systems und damit verbundenen Strukturen wird als nicht zielführend bewertet.



WORKSHOP 2

GRUNDSÄTZLICH IST EINE AMBULANTE VERSORGUNG FLÄCHENDECKEND VORHANDEN UND FUNKTIONIERT. ERSTES ZIEL SOLLTE ES SEIN, DIESE SO LANGE WIE MÖGLICH ALS DEZENTRALES SYSTEM FORTZUFÜHREN.

Was machen die niedergelassenen Ärzte in der Landesverteidigung? Wie funktioniert ambulante Versorgung in der Landesverteidigung?

Im SGB V gibt es derzeit keine Regelung über die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) im Verteidigungsfall. Dabei stehen im ambulanten Bereich ca. 190.000 Ärzte und psychologische Psychotherapeuten in etwa 100.000 Praxen und Medizinischen Versorgungszentren und 26 Fachgruppen zur Verfügung die ~ 600 Mio. Patientenfälle/Jahr behandeln. Der Patientenservice 116117 steht im Sinne einer 24/7 Leitstelle via Telefon, Internet oder App-Version zur Verfügung. Es erscheint zielführend, diesen Service insbesondere in Phase 1 bis 3 des LV-Szenars zu nutzen. Identifiziert und diskutiert wurden die Herausforderung der Unterbrechung der Stromversorgung, die bspw. aufgrund der voranschreitenden Digitalisierung (Dokumentation/E-Rezept) sowie erforderliche Kühlung von Arzneimitteln gesonderte Lösungen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erforderlich machen. Der genaue Umfang einer Bindung und Zweitrollenfunktionen bzw. Doppelassigrierungen von niedergelassenen Ärzten, Personal in den Gesundheitsfachberufen und Assistenzberufen bspw. in der Reserve oder ehrenamtlich im Katastrophenschutz ist nicht bekannt und kann zu einer wesentlichen Ressourcenverschiebung in einem LV-Szenar führen.

Empfehlungen:

Eine Bestandsaufnahme des Personals unter Einbezug aller Approbationen und des gesamten medizinischen Fachpersonals erforderlich.

Ein Kapazitäten-orientierter Ansatz ist zielführend, um wesentliche Stellgrößen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung und zielführende Handlungsoptionen in einem LV-Szenar zu identifizieren. Hierzu ist eine Art Register der Personen und Leistungsorte zu erstellen, welche neben fachlichen Qualifikationen auch konkurrierende Verpflichtungen bspw. durch eine Zweitrolle oder Doppelassigrierung (Reservedienstleistende, Mitarbeiter einer Hilfsorganisation) erfasst. Bereits existierende Melderegister (bspw. Ärztekammern) sollen hierbei genutzt werden. Dabei ist zu betrachten, dass es keine klare Hierarchisierung zwischen Sicherstellungsauftrag gem. SGB V und Einsatz als Reservedienstleistende gibt (wann ist ein Arzt in seiner Praxis unabkömmlich? Wer entscheidet das?).

Koordination und Kommunikation zwischen Leistungserbringern, Selbstverwaltungsorganen, Ländern und Bundeswehr sowie zur Bevölkerung in einem LV-Szenar müssen geregelt und gestärkt werden.

Bisher fehlt eine bundeseinheitliche Regelung, auch die hierfür notwendigen strukturellen Voraussetzungen sind noch zu schaffen (bspw. Krisenstab). Bestehende Ansätze wie die bundeseinheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst können ggf. in einer Frühphase genutzt werden, mit zunehmender Komplexität des Szenars muss eine klare Meldekette etabliert werden. Hierzu bietet sich an, in den für die ambulante medizinische Versorgung ohnehin bereits zuständigen Körperschaften des Öffentlichen Rechts (KdÖR - wie KVen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) Krisenstäbe einzurichten und hieraus benannte und geschulte Personen für die respektiven (auch zivil-militärischen) Krisenstäbe Ebenen gerecht (Bund, Landeskommmando, Bezirks- und Kreisverbindungskommmando) zu benennen. Dies würde auf bestehende Strukturen aufbauen und auf allen Ebenen schnellen und fachlich kompetenten Austausch ermöglichen. Es müssten keine neuen Strukturen oder Zuständigkeiten geschaffen werden. Hierzu benötigt es allerdings gesetzliche Grundlagen.

Für eine eng verzahnte zivil-militärische Zusammenarbeit müssen Vereinbarungen getroffen werden, die die Kooperation und Aufgabenverteilung festlegen.

Diese beinhalten auch Aspekte der Steuerung und der Entscheidung hinsichtlich des Einsatzes von Personal. Eine Tiefenintegration zwischen militärischen und zivilen Akteuren ist hierbei ein wichtiger Grundbaustein.

Insgesamt wird eine deutliche Zunahme des Leistungsbedarfs im niedergelassenen Bereich aufgrund von Flüchtlingsbewegungen sowie der Drehscheibenfunktion Deutschlands (ggf. einhergehende Versorgung ausländischer militärischer Kräfte) erwartet, deren allgemeinmedizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte erfolgen wird. Eine Lösung zur Registrierung und Zugangsberechtigung (vergleichbar mit einer Krankenversicherungskarte) muss erarbeitet werden.

Die Notwendigkeit einer Priorisierung der Versorgungsleistungen (akute Behandlung vs. Vorsorgen, elektive Eingriffe, etc.) wurde identifiziert.

In einem LV-Szenar übersteigt der Bedarf die vorhandenen Ressourcen. Neben der koordinierten Verteilung von Patienten und Patientinnen und der Koordination des Einsatzes der vorhandenen Ressourcen ist daher auch eine Priorisierung der zu erbringenden Leistungen erforderlich. Die dafür erforderliche gesetzliche Regelung muss geschaffen werden.

Für Flüchtlinge oder weitere Personengruppen ohne Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung müssen bundesweit geltende Regelungen geschaffen werden, damit diese problemlos im Regelsystem mitversorgt werden können (z.B. analog zum Asylbewerberleistungsverfahren).

Bei zerstörter Infrastruktur sind Alternativen zu identifizieren und zu implementieren.

Bestehende Niederlassungen können aufgrund ungünstiger geographischer Lage ggf. nicht genutzt werden oder fallen aufgrund von Zerstörung in einem LV-Szenar aus. Alternativ ist die Verwendung von Schulen/Turnhallen als Sammelversorgungsstellen zu diskutieren. Dabei muss die gezielte Zerstörung solcher großen, überirdischen Sammelstellen durch gegnerische Kräfte bedacht werden.

Das bestehende dezentrale ambulante Versorgungssystem sollte solange wie möglich genutzt werden.

Grundsätzlich ist eine ambulante Versorgung flächendeckend vorhanden und funktioniert. Erstes Ziel sollte sein, diese möglichst lang zu sichern („Never change a winning team“) und so lange wie möglich als dezentrales System fortzuführen. Im weiteren Verlauf ist auch eine personelle Umverteilung zu koordinieren, um die Grundversorgung der Patienten und Patientinnen (regional und überregional) auch weiterhin sicherzustellen. Bereits heute sollten entsprechende Informationen und Handlungsempfehlungen (bspw. Curricula) den Praxen zur Verfügung gestellt werden. Grundsätzlich wird von einer bestehenden Bereitschaft des medizinischen Fachpersonals ausgegangen, die Versorgung auch in einem LV-Szenar fortzuführen. Dies ist auch in den Berufsordnungen verankert. Eine Verpflichtung ist derzeit jedoch lediglich im Katastrophenfall möglich.

Der flächendeckende Stromausfall muss als gesondertes Problem für die ambulante Versorgung betrachtet werden.

Für den Fall eines Stromausfalls muss ein lokales Konzept einer Sammelstelle mit Notstrom ausgeplant werden, entsprechende Lokalitäten sind im Vorfeld auszusuchen und festzulegen. Der Einsatz von Notstromaggregaten ist zu prüfen, die hierfür gesetzlichen Regelungen zum Betrieb eines Notstromaggregats müssen angepasst werden. Kurzfristige Stromspeicher können ebenfalls eine Lösungsoption darstellen, um Engpässe zu überbrücken. Kommunikationswege und -mittel müssen entsprechend ausgebaut und in der Planung berücksichtigt werden. Es müssen Default Lösungen für die inzwischen zunehmend ausschließlich digitalen Kommunikationswege (Rezepte etc.) geschaffen werden.

Ergänzende Überlegungen sind erforderlich, da auch die Kühlung von Arzneimitteln nicht durchgehend sichergestellt werden kann.

Ein Stromausfall wirkt sich auch auf die Bevorratung von Impfstoffen und andere Arzneimittel aus. Durch frühzeitige Impfmaßnahmen kann im Rahmen der Primärprävention das Auftreten von Krankheiten und deren Ausbreitung in einem LV-Szenario reduziert und verhindert werden (bspw. Tetanusimpfschutz idR ~10 Jahre). Dazu muss das Robert-Koch-Institut (RKI) miteinbezogen werden und eine entsprechende Empfehlung frühzeitiger Auffrischungen kommuniziert werden.

Die Bevorratung von Verbrauchsmaterialien und Medikamenten ist umzusetzen.

Daneben kommt der eigenen Arzneimittelherstellung auch bei erhöhten Kostenaufkommen mehr Bedeutung zu.

Bürokratieabbau verschafft zusätzlichen Freiraum.

Durch Bürokratieabbau (z.B. Abbau von Dokumentationspflichten und Reduzierung des Formularwesens) kann wahrscheinlich die Behandlungskapazität um 20-25% gesteigert werden.

Die Ausbildung des Nachwuchses muss gestärkt werden.

Derzeit kommen ca. 1/5 der Studierenden nicht in der Versorgung an. Auch wenn sich Maßnahmen hierzu erst mit einer zeitlichen Latenz bemerkbar machen, ist hier frühzeitig einzugreifen und nachzubessern. Generell ist eine Mangelversorgung durch demographischen Wandel zu beobachten, der akut verstärkt wird, wenn Männer verpflichtend oder Frauen freiwillig zum Wehrdienst herangezogen werden bzw. sich auf die verschiedenen Organe der Krisenbewältigung verteilen.



DIE ERFAHRUNGEN IN DER CORONA-PANDEMIE BSPW. HINSICHTLICH DER KURZFRISTIGEN QUALIFIZIERUNG VON HILFS- UND UNTERSTÜTZUNGSKRÄFTEN ODER DER REGIONALEN UND ÜBERREGIONALEN ZUSAMMENARBEIT KÖNNEN WICHTIGE IMPULSE GEBEN.

Wie stellen wir uns klinische Versorgung in der Landesverteidigung vor?

Der Workshop beschäftigte sich mit der Bewältigung einer konstant hohen Anzahl von Verwundeten und Erkrankten im Falle des LV-Szenars und den damit verbundenen Auswirkungen auf klinische Ressourcen. Dies beinhaltete auch die veränderte Gesundheitslage, zu erwartende Krankheits- und Verletzungsbilder und den Umgang mit veränderten Rahmenbedingungen in der klinischen Gesundheitsversorgung wie bspw. der Ausfall von IT und Stromversorgung sowie der ausbleibende Nachschub an Verbrauchsgütern, Arznei- und Betriebsmitteln. Neben der Betrachtung der vorhandenen personellen Ressourcen, Identifizierung möglicher Potentiale und erforderlichen Qualifikationsbedarfs wurde auch die Erhöhung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung als notwendige Voraussetzung identifiziert. Dabei gilt es auch die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie bspw. hinsichtlich der kurzfristigen Qualifizierung von Hilfspersonal, der Definition gemeinsamer Standards sowie der Zusammenarbeitsbeziehungen zu analysieren und in die Weiterentwicklung zur Vorbereitung auf Krise und Krieg einfließen zu lassen.

Empfehlungen:

Effektive Kommunikation und Koordination ermöglichen.

Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren auf den verschiedenen Ebenen, national und international, ist unabdingbar. Ein gemeinsames Lageverständnis ist herzustellen. Zentrale Ansprechpartner auf der Landes- und Bundesebene sowie bei den militärischen Akteuren erleichtern und stärken die Kommunikation sowie die Zusammenarbeit. Eine effektive und übergeordnete Führung erfordert ein strategisches und umfassendes Informations- und Datenmanagement, um schnell agieren zu können. Die Kommunikation im prä- und innerklinischen Bereich muss durch ein sicheres und verlässliches System gewährleistet werden. Für den Umgang mit als vertraulich eingestuften Dokumenten, insbesondere in der zivil-militärischen Zusammenarbeit, sollen Lösungen identifiziert werden (Sicherheitsüberprüfung); diese sind bereits frühzeitig umzusetzen.

Personelle Ressourcen schaffen und erhalten.

Das Personal wurde als kritische Ressource identifiziert. Eine durch Doppelfunktionen und Doppelassignierung (Beruf, Ehrenamt, Reservist u.a.) auftretende Konkurrenzsituation ist sichtbar zu machen. Hierzu ist ein entsprechendes Lagebild zu entwickeln, ggf. können bestehende Melderegister (auf freiwilliger Basis) hierzu genutzt werden. Überlegungen hinsichtlich der ggf. zu erfolgenden Priorisierung einer Verwendung/Funktion bei Doppelassignierung stehen jedoch noch aus. Zusätzliche Potentiale (bspw. Berufsbild Physician Assistant) sollen identifiziert und in das Lagebild aufgenommen werden. Maßnahmen zur Steigerung der Durchhaltefähigkeit (psychische Unterstützung des Personals, organisatorische Unterstützung bspw. bei der Kinderbetreuung) sind zu identifizieren und umzusetzen. Abwanderung und Flucht des Personals müssen frühzeitig aktiv entgegengewirkt werden.

Qualifikation der Gesundheitsberufe stärken.

Die notwendige Qualifizierung des Personals sowie die Versorgungsstrukturen sind an ein LV-Szenar anzupassen (Verletzungsmuster, Kapazitäten). Dies schließt auch kurze Ausbildungsabschnitte (2-3 Wochen) zur Schaffung einer Grundbefähigung zur Unterstützung des Fachpersonals (Helfer- und Unterstützungstätigkeiten) ein. Die in der Corona-Pandemie gesammelten Erfahrungen können hier einfließen.

Die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist auszubauen.

Gesundheitsversorgung in Krise und Krieg geht nur gemeinsam mit der Bevölkerung. Bewusstsein zu schaffen für potentielle Bedrohungslagen und mögliche Herausforderungen sowie Kompetenzen aufzubauen, ist hierfür essentiell. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitskompetenz sind zwei zentrale Themen, die übergreifend kommuniziert werden müssen.

Gesundheitsversorgung resilient gestalten-Krise und Krieg mitdenken.

Krisenresilienz im klinischen Bereich ist zu prüfen und anzupassen. Konzepte zur Stärkung und Sicherung kritischer Infrastruktur sind zu gestalten und umzusetzen, insbesondere unter dem Aspekt, dass eine Achtung der Schutzzeichen in einem Krieg nicht als gegeben angenommen werden kann. Die Erosion des geltenden Rechts (u.a. Humanitäres Völkerrecht) stellt eine wesentliche Gefährdung von medizinischen Versorgungs- und Behandlungseinrichtungen dar. Der Schweizer Ansatz, Behandlungskapazitäten unter der Erde vorzuhalten, wird als Impuls aufgenommen. Für den Fall eines Angriffs auf medizinische Infrastruktur sind entsprechende Evakuierungspläne zu entwickeln. Vorhaltekapazitäten sind zu schaffen und zu refinanzieren, der gesetzlich-regulatorische Rahmen (u.a. Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetz, Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, Bettenplanung der Länder) ist anzupassen. Übungen, die ein LV-Szenar abbilden, sind zu entwerfen und durchzuführen, damit notwendige Handlungssicherheit erlangt wird. Die Schaffung einer Amtshaftung (bspw. wenn die Rahmenbedingungen eine leitlinienkonforme Behandlung nicht zulassen) anstatt einer persönlichen Haftung jedes/jeder Einzelnen in einem LV-Szenario ist zielführend.

Klinische Versorgung an ein LV-Szenar anpassen.

Konzepte zur Anpassung der klinischen Versorgung, der Verteilung der Patienten/Patientinnen („Den richtigen Patienten an das richtige Krankenhaus bringen.“) und der erforderlichen bürokratischen und standardisierten Vorgaben sind zu erarbeiten. Die aus der Corona-Pandemie evaluierten Erfahrungen (z.B. welche Standards in der Krise nicht notwendig waren) sind dafür heranzuziehen.



WORKSHOP 4

DIE ANSTEHENDE KRANKENHAUSREFORM, WIE AUCH EIN GESUNDHEITSVORSORGE- UND SICHERSTELLUNGSGESETZ MÜSSEN DIE ANFORDERUNGEN AN DIE VERSORGUNG MIT ARZNEIMITTELN UND MEDIZINPRODUKTEN IN EINEM SZENAR DER BÜNDNIS- UND DER LANDESVERTEIDIGUNG GLEICHERMASSEN ZWINGEND EINBEZIEHEN.

Wie wollen wir im Rahmen von Landesverteidigung eine resiliente Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sicherstellen?

Der Workshop konzentrierte sich auf das Thema der Koordinierung und der Organisation der Versorgung und Produktion von Arzneimitteln und Medizinprodukten in einem LV-Szenario. Dies umfasste die Betrachtung von Rahmenbedingungen, der Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren bei Herstellung und Zulieferung sowie des erwarteten Mehrbedarfs an alltäglichen und kriegsrelevanten Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Empfehlungen:

Anpassungen aufgrund der zu erwartenden Verletzungsmuster müssen erfolgen. Grundsätzlich ist der gezeigte Zusammenhalt in der zivil-militärischen Zusammenarbeit bei der Bewältigung der Corona-Pandemie ein guter Ansatz zur Krisenbewältigung. Allerdings sind wesentliche Faktoren und Rahmenbedingungen hinsichtlich eines Zielbildes oder zu erwartender Bedarfe (bspw. welche Arzneimittel werden wo benötigt, wie gestaltet sich die Logistik?) nicht definiert. Im Falle eines LV-Szenarios ist bspw. von einem generellen Fehl an Medizinprodukten, z.B. Implantate, hier im Schwerpunkt bei Amputationen und Prothesen, auszugehen.

Eine effektive Krisenplanung und der Aufbau resilienter Prozesse sind unerlässlich, insbesondere da mit dem Ausfall digitaler Infrastrukturen und Kommunikationsmitteln zu rechnen ist. Zivile und militärische Strukturen und Prozesse (u.a. Abgleich von Verfahren) sind noch nicht ausreichend vernetzt, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Zusammenarbeitsbeziehungen oder die Überlegungen zu einem zentralisierten Vorgehen stehen noch aus. Überlegungen dürfen sich nicht nur auf ein LV-Szenario beschränken. Ein Szenario der Bündnisverteidigung (BV-Szenario), in dem Verletzte/Verwundete bereits im Einsatzgebiet vorbehandelt werden, muss ebenfalls berücksichtigt werden. Diese Notwendigkeit gilt gleichermaßen für die anstehende Krankenhausreform, welche die Anforderungen aus einem LV/BV-Szenario zwingend einbeziehen muss. Ein Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetz wird als dringend erforderlich betrachtet.

Obwohl die Arzneimittelproduktion in Deutschland prinzipiell gut umsetzbar wäre, ist sie stark von der Zulieferkette für Inhalts- und Grundstoffe abhängig. Eine zielgerichtete Bevorratung von Arzneimitteln muss diese Abhängigkeit berücksichtigen. Zudem muss der pharmazeutische Großhandel genau untersucht werden, da in diesem Sektor noch zahlreiche Fragen bspw. zu Lagerung, Materialien, Logistik, Lieferengpässen ungeklärt sind.

Die Logistik für Arzneimittel und Medizinprodukte ist sicherzustellen.

Ca. 17.000 Apotheken haben nur Arzneien für ca. 3 Tage vorrätig; eine logistische Zulieferung ist gegenwärtig nur noch digital möglich. Der Schwerpunkt der Industrie (Effizienz) erschwert die Durchhaltbarkeit und Resilienz.

Es ist notwendig Strukturen der Produktion zu dezentralisieren, die Freigabe von Arzneimitteln zu vereinfachen und Vorgänge zu entbürokratisieren (unnötige Vorgaben an Flaschenformen und Beipackzetteln, höherer Pragmatismus für Apotheker vor Ort, ärztliche Rezeptaussstellung bei Dauermedikamenten vereinfachen, Dispensierrecht prüfen). Vorbereitungen auf einen Krieg müssen dabei immer auch die Krisenvorsorge einschließen, beide Aspekte gehören untrennbar zusammen.

Die meisten der im LV/BV-Fall benötigten Arzneistoffe (Antibiotika, Analgetika, Anästhetika usw.) werden nicht mehr innerhalb der EU hergestellt. Es bedarf daher eines Registers mit Arzneimitteln, die in DEU/EU produziert werden müssen (siehe Vorlagen WHO oder Bundeswehr für VJTF/NRF); zur tatsächlichen Bewältigung der zu erwartenden Engpässe in Krise und Krieg wird jedoch ein europäischer Ansatz benötigt. Die Politik muss den finanziellen und gesetzlichen Rahmen dafür schaffen, bestehende Gesetzgebung, wenn notwendig auch aussetzbar oder auf das LV/BV-Szenario anpassbar sein (Umweltschutzaufgaben/Verbraucherschutz bspw. bzgl. Mindesthaltbarkeitsdatum). Maßnahmen zur Rückführung von Produktionen aus Drittstaaten sind ausschließlich auf EU-Ebene sinnvoll. Es ist ebenso von entscheidender Bedeutung, einen weiteren Rückgang der Produktion und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten innerhalb Europas zu verhindern.

Bedarfsanalyse durchführen.

Eine Bedarfsanalyse ist durch eine Kommission (ziv/mil) erstellen zu lassen. Zudem muss die Bewirtschaftung großflächiger Lager und die Umwälzung von Arzneimitteln und Medizinprodukten aus diesen Lagern gezielt gesteuert und reguliert werden. Hierbei könnte auch der Großhandel eine Rolle spielen.

Einflussfaktoren und deren Auswirkungen auf die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten berücksichtigen.

In dem LV-Szenario beeinflussen Flüchtlingsbewegungen maßgeblich die Versorgung und den Bedarf an Medikamenten und Medizinprodukten. Apotheken benötigen mehr Flexibilität bei der Auswahl der abzugebenden Arzneimittel. Standorte der Arzneimittelproduktion sind als kritische Infrastruktur einzustufen; ihr Schutz vor Plünderung und ihr Weiterbetrieb bei Ausfall von IT oder Strom müssen gewährleistet sein.



WORKSHOP 5

DIE ENTWICKLUNG UND UMSETZUNG EINES FLEXIBLEN HANDLUNGS- UND MASSNAHMENPLANS SIND JETZT ERFORDERLICH.

Wie stellen wir im Rahmen der Landesverteidigung die Versorgung mit Blut und Blutprodukten sicher?

Der Workshop beschäftigte sich mit den veränderten Rahmenbedingungen für die Versorgung von Patienten bzw. Patientinnen mit Blut und Blutprodukten im Falle des LV-Szenars. Dieses wirkt sich aufgrund veränderter Verletzungsmuster auf einen erhöhten Bedarf an Blut und Blutprodukten aus. Gleichzeitig muss auch mit weniger Blutspenden oder/und mit deutlich höherem Aufwand zur Gewinnung von Blutspendern/-spenderinnen gerechnet werden. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, um die Auswirkungen eines Ausfalls von IT, Infrastruktur und Energieversorgung zu dämpfen und die Gewinnung, die Versorgung und den Transport von Blut und Blutprodukten aufrechterhalten zu können. Dies gilt auch für einen möglichen Mangel an Blutentnahme- und Aufbereitungsmaterialien. Einrichtungen zur Blutgewinnung und Verarbeitung sind als kritische Infrastruktur anzusehen; es ist damit zu rechnen, dass gegnerische Kräfte diese gezielt ausschalten wollen. Entscheidend ist Geschwindigkeit bei der Umsetzung der Empfehlungen auf gesetzgebender, regulatorischer Ebene („Vollblut jetzt und nicht erst in 3-4 Jahren“).

Empfehlungen:

Klare Befugnisse sind auch in einem LV-Szenar erforderlich.

Die Befugnisse und Regelungen im Zusammenhang mit Blut und Blutprodukten in Deutschland sind komplex und werden hauptsächlich durch das Transfusionsgesetz, das AMG sowie darauf basierende Richtlinien geregelt. Die Verantwortung liegt auf verschiedenen Ebenen: von den Gesetzgebern über die überwachenden Behörden bis hin zu Spendeinrichtungen und anwendenden Ärzten bzw. Ärztinnen. In dem LV-Szenar ist die Steuerung der Verteilung der knappen Ressource Blut erforderlich, Kompetenzen für die Gewinnung, Verarbeitung, Verteilung sowie Nutzung von Blut und Blutprodukten sind angepasst festzulegen. Dieser Befugnisrahmen muss ebenfalls klar festgelegt werden.

Multinationale Ausrichtung der Blutversorgung eröffnet Potentiale.

Die multinationale Ausrichtung der Blutversorgung bietet das enorme Potential, durch gemeinsame Standards und grenzüberschreitende Kooperation die Resilienz und Verfügbarkeit der kritischen Ressource Blut zu steigern (bspw. durch die Ermöglichung des Austauschs von Blutprodukten und grenzüberschreitender Logistik zur Erhöhung der Verfügbarkeit) sowie den Wettbewerb um diese knappe Ressource zu reduzieren. In einem LV-Szenar wäre es bspw. denkbar, dass neben weiter westlich gelegenen europäischen Staaten insbesondere Staaten anderer Kontinente (Nordamerika, Australien u. Neuseeland) als „Zulieferer“ in Frage kommen.

Auf EU-Ebene wird 2027 die „Verordnung (EU) 2024/1938 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Verwendung beim Menschen bestimmte Substanzen menschlichen Ursprungs“ (SoHO) in Kraft gesetzt. Hierin enthalten ist ein Kapitel (VIII) über die Kontinuität der Versorgung insbesondere in Notsituationen. Erwähnt werden hier neben der Pflicht der Staaten zur Erstellung nationaler Notfallpläne auch die Aufforderung zur multinationalen Interoperabilität sowie die Möglichkeit zur Absenkung von Standards unter Wahrung größtmöglicher Sicherheit für Spender und Empfänger. Auch die Empfehlungen des NATO Blood Panel enthalten nachdrücklich die Ausräumung von (regulatorischen) Hürden für mehr Interoperabilität.

Fähigkeiten der Blutversorgung sind als kritische Infrastruktur zu betrachten und zu schützen.

Dem Schutz der Infrastruktur zur Gewinnung, Herstellung und Lagerung von Blut und Blutprodukten (inkl. Zulieferer) kommt besondere Bedeutung zu. Vorbereitungen auf hybride Aktionen oder gezielte Sabotage und Ausschaltung sind durch entsprechende Maßnahmen wie bspw. Distribution von Lagerungsstätten, unterirdischer Bau von Produktionsanlagen, sicherheitsrelevante Überprüfung der Mitarbeitenden einzuleiten.

Logistik der Blutversorgung sicherstellen.

Auch die logistische Kette der Blutversorgung ist zu stärken. Dazu ist ein diversifiziertes Logistiknetzwerk entscheidend, das neben herkömmlichen Transportmitteln für Straße, Schiene und Luft auch unbemannte Systeme zum Transport nutzt. Augenmerk muss hierbei auch auf ausreichend qualifiziertes Personal und adäquat ausgestattete Transportmittel und Transportboxen (kontinuierliche, temperaturüberwachte Kühlung, qualifizierte Aktiv- und Passivboxen unterschiedlichster Größenordnung) gelegt werden. Die Errichtung von Logistik- und Bevorratungsstätten sowie langfristige Verträge zur Zulieferung entsprechender Blutentnahme- und Aufbereitungsmaterialien sind umzusetzen. Möglichkeiten der Bevorratung von Ausgangsmaterialien (Beutelsysteme, Labormaterialien etc.) sowie länger haltbarer Produkte (Dried Plasma; kryokonservierte Blutkomponenten; Gerinnungsfaktoren) müssen geschaffen werden, die Verantwortlichkeiten inkl. der Kostenverteilung müssen geregelt werden.

Personelle und regulatorische Anpassung der Versorgung an ein LV-Szenar umsetzen.

Die Sicherstellung der Blutversorgung im LV-Szenar erfordert weitreichende personelle Anpassungen und eine enge Verzahnung ziviler und militärischer Kapazitäten. Hierzu sollte im Vorfeld klar geregelt werden, wer in welcher Eskalationsstufe verantwortlich ist (Benennung von Mitgliedern eines Krisenstabs, klare Kommunikation mit einem SPOC) und entsprechend, wer die rechtliche Befugnis hat, Ausnahmeregelungen zu erlassen (z.B. bezüglich der Zuteilung der knappen Ressourcen, eines Eingriffs in bestehende zivile Verträge in der Regelversorgung, der Anpassung von Zulassungsregularien etc.). Die Anpassung von Mindestanforderungen und Standards sind zu prüfen, ebenso die vereinfachte und deutlich beschleunigte Zulassung benötigter Blutprodukte (bspw. Vollblut). Auch die Erlaubnis, Blutprodukte anderer Nationen unter Wahrung entsprechender Standards in Deutschland einzusetzen, muss für Notsituationen geschaffen werden, um zusätzliche Ressourcen freizusetzen. Schlüsselfunktionen im Herstellungs- sowie im Anwendungsbereich von Blutprodukten müssen auch im Krisen- und Kriegsfall durchgehend besetzt sein. Neben der Intensivierung der Ausbildung des Personals (bspw. Notfalltransfusionsmedizin, Notfallprotokolle) können durch die Implementierung von Ausbildungskapazitäten zur Schulung von Hilfspersonal Ressourcen geschaffen werden, um das reguläre Personal zu unterstützen und die Gewinnung, Verarbeitung und Gabe von Blut und Blutprodukten zu steigern. Eindeutig ist in der Landesverteidigung die Transfusion durch geschultes, nicht-ärztliches Personal notwendig. Eine klare Regelung bzgl. der Gewinnung und Anwendung von frischem Vollblut („Warmblutspende“) als Notfallmaßnahme in, ggf. auch lokal begrenzten, Notsituationen ohne ausreichende Ressourcen an Regel-Blutprodukten muss erstellt, Personal zur Durchführung ausgebildet und entsprechende Materialien vorgehalten werden.

FAZIT:

Die Versorgung mit Blutprodukten in einem LV-Szenar (und bereits BV-Szenar) ist ausgehend von den derzeitigen Strukturen nicht komplett realisierbar, alle Schritte von Spendergewinnung, Spendeeinrichtungen, Herstellung, über Transport bis zur Ressourcenverteilung sind zu bedenken. Der Schutz der Einrichtungen im Sinne kritischer Infrastruktur muss bedacht werden. Eine Bevorratung von benötigten Materialien sowie fertigen Produkten ist dringend notwendig, Fragen der Verantwortlichkeit und Finanzierung müssen geklärt werden.

Große Einigkeit bei den Teilnehmenden des Workshops bestand auf der schnellstmöglichen Klärung zu folgendem Bedarf:

- politische Verantwortung,
- Koordination (Krisenstab, SPOC),
- rechtliche Klarheit / Ausräumung regulatorischer Hürden,
- Ausbildungsbedarf und Anpassung von notwendigen Ausbildungshöhen für Krise/Krieg.



KURZFRISTIG MUSS VOR ALLEM DIE FORT- UND WEITERBILDUNG VON MEDIZINISCHEM PERSONAL GEMEINSAM ANGEANGEN WERDEN, LANGFRISTIG SIND AUCH IN REGULÄREN AUSBILDUNGSANGEBOTEN THEMEN DER VORSORGE UND VERSORGUNG IN KRISE UND KRIEG AUFZUNEHMEN.

Welche Ausbildungsinhalte und -formen im Gesundheitswesen müssen für die Vorbereitung auf die Landesverteidigung angepasst und neu geschaffen werden?

Der Workshop beschäftigte sich mit der Vereinheitlichung an das LV-Szenar angelehnte Ausbildung für medizinisches Personal und der damit verbundenen Schaffung an Grundlagendokumenten sowie einer Normierung zur Implementierung von Inhalten in den Grundbetrieb. Im Kontext der Landesverteidigung wurden verschiedene Herausforderungen erörtert. Dazu gehören das Risiko der Abwanderung von Fachpersonal und die Konkurrenz zwischen militärischen und zivilen Bedarf. Des Weiteren wurden die bestehenden sowie die noch notwendigen gesetzlich-regulatorische Rahmenbedingungen in dem Szenar beleuchtet.

Empfehlungen:

Fokussierung auf die Fort- und Weiterbildung zur Vermittlung erforderlicher Ausbildungsinhalte für ein LV-Szenar.

Die umfassende Ausbildung und Vorbereitung auf ein LV-Szenar ist zeitaufwendig und erfordert lange Vorlaufzeiten. Hinzu kommt die große Vielfalt der betroffenen Berufsgruppen, was eine entsprechend breite Palette an Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten nötig macht. Für eine langfristige Vorbereitung des medizinischen Personals auf Krisen und Krieg ist es notwendig, relevante Ausbildungsinhalte in die reguläre Ausbildung aufzunehmen. In einem kurzfristigen Ansatz sollte die Fort- und Weiterbildung angegangen werden. Inhaltlich soll neben der Organisation und Erstversorgung in Krise und Krieg auch die Endversorgung typischer Verletzungsmuster im klinischen Umfeld abgebildet werden. Alle Ebenen sind in die Ausbildung mit einzubeziehen. Modulare und digitale Ausbildungsangebote aufbauend auf der Basisbefähigung der Berufsgruppen erleichtern den Zugang. Es sollte außerdem geprüft werden, inwieweit berufsübergreifende Fähigkeiten wie bspw. Pflegetechniken für Rettungsdienstpersonal, vermittelt werden können.

Bereits bestehende Ausbildungsformate nutzen und weiterentwickeln.

Sowohl im zivilen als auch im militärischen Bereich bestehen eine Vielzahl an Ausbildungsmöglichkeiten, die auf verschiedene Szenare (Großschadensereignisse, Krise und Krieg) vorbereiten können. Eine gegenseitige Nutzung wird angestrebt. Die Sanitätsakademie der Bundeswehr (SanAkBw) könnte eine zentrale Rolle bei der Zusammenfassung und Koordinierung von Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten übernehmen, andere Akteure und Ausbildungseinrichtungen können ihre Angebote und Ausbildungsformate dort einbringen. Gemeinsame zivil-militärische Übungen müssen in die Planung einbezogen werden. Zukünftige Fort-, Aus- und Weiterbildungsinhalte sollen thematisch weiterentwickelt werden, um den zu erwartenden Verletzungsmustern und Schäden in Krisen- und Kriegsfall Rechnung zu tragen.

Dies sichert eine praxisnahe und bedarfsgerechte Qualifizierung des Personals. Zur Stärkung der Resilienz ist es wichtig, neben der Vermittlung von Fachkenntnissen auch den Bereich der mentalen Gesundheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu thematisieren.

Als Reaktion auf die Lehren aus dem Ukraine-Krieg hat der Sanitätsdienst der Bundeswehr die (erweiterte) Erste-Hilfe-Ausbildung angepasst und stellt entsprechende Inhalte bereit. Diese können durch alle Akteure genutzt werden.

Potential in der Bevölkerung nutzen.

Es ist entscheidend die Bevölkerung einzubeziehen, um das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung und Krisensituation zu schärfen und Anleitung zur Selbsthilfe in Notfällen⁹ zu bieten. Im Rahmen dieser Einbindung der Bevölkerung können durch ehrenamtliche Tätigkeiten und die Integration in die Reserve zusätzliche personelle Ressourcen zur Entlastung hauptamtlicher Kräfte gewonnen werden. Um zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren und einzubinden, sollte das ungenutzte Potential von Gruppen wie betriebliche Ersthelfer und Jugendliche/junge Erwachsene, die ihren Führerschein erwerben, Rentner und Pensionäre ausgeschöpft werden. Auch hier kann das Thema Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung gezielt integriert werden.

⁹The Swedish Civil Contingencies Agency (MSB) (2024). In case of crisis or war. (Verfügbar unter <https://www.msb.se/sv/publikationer/om-krisen-eller-kriget-kommer-pa-engelska/>) wurde als Beispiel angeführt.





WORKSHOP 7

EIN BEWUSSTSEIN FÜR KRISE UND KRIEG IST AUF ALLEN EBENEN SOWIE IN DER BREITEN BEVÖLKERUNG ZU SCHAFFEN, VERNETZUNG ZU GESTALTEN UND EIGENVORSORGE ZU THEMATISIEREN.

Was konkret bedeutet in diesem Kontext gesamtstaatliche Organisation im Fall der Landesverteidigung? Wer ist für was verantwortlich?

Der Workshop beschäftigte sich mit dem Thema der Verantwortlichkeiten in der Gesundheitsversorgung im Falle eines LV-Szenars.

Eine umfassende und resiliente Gesamtverteidigung bedeutet eine enorme Anstrengung. Zu überwinden sind dabei insbesondere Beharrungen in internalisierte Gewohnheiten, aktive Ablehnung und Blockade sowie auch objektive Probleme (fehlende Finanzierung). Die Brisanz der Sicherheitslage wird außerhalb von Expertenkreisen kaum in ihrer vollen Tragweite erkannt. Die Übergänge zwischen Frieden - Krise – Krieg sind fließend und nicht scharf abgrenz- und definierbar. Alle müssen sich darauf einstellen, dass in einer Krise oder im Krieg auf regionaler/ lokaler Ebene auch improvisiert werden muss. Ein allumfassender Plan ist nicht realisierbar. Flexibilität ist notwendig und sollte als Chance verstanden werden, jedoch muss es Handlungssicherheit geben. Die zivile Alarmplanung besteht als Konzept und Standard, ist jedoch noch nicht überall umgesetzt oder teilweise gänzlich unbekannt. Nicht jeder Hauptverwaltungsbeamte ist sich seiner Rolle in der Gesamtverteidigung bewusst. Übersichten zu Doppel- und Mehrfachplanungen personeller Ressourcen sind nicht verfügbar. Das „Kleeblatt“ hat sich in der Corona-Pandemie bewährt, muss aber für die Notwendigkeiten einer schweren Krise oder eines Krieges unter Abbildung ziviler und militärischer Erfordernisse erheblich weiterentwickelt werden.

Der Föderalismus und die kommunale Selbstverwaltung bieten Stärken, Schwächen und Chancen. In der Analyse muss beurteilt werden, wann die Stärken und/oder Schwächen zum Risiko werden. Es sind verbindliche Regeln zur dynamischen Verlagerung von Verantwortlichkeiten für unterschiedliche Szenarien zu entwickeln und zu vereinbaren. Die teilweise unüberschaubaren Zuständigkeiten könnten dafür sorgen, dass Teilaspekte nicht hinreichend beleuchtet werden oder im schlimmsten Fall gar nicht betrachtet werden. Die asynchronen Kommunikationswege zwischen Militär, Behörden und zivilen Einrichtungen machen den Informationsaustausch schwierig. Es gibt in Deutschland kaum eine „Kultur der Führung(sverantwortung)“ und eine Neigung zur Überregulierung. Der Datenschutz (im Frieden sicherlich berechtigt) kann in Krise oder Krieg hinderlich sein.

Empfehlungen:

Die Weiterentwicklung der bestehenden Alarmplanungen hat höchste Priorität.

Dies umfasst auch die Verbesserung des Verständnisses und der Kenntnisse über die Alarmplanung.

Awareness ist auf allen Ebenen zu schaffen.

Die Bedrohungslage ist klar und ungeschönt darzustellen, ein einheitliches Szenar kann zur Aufklärung und Vorbereitung genutzt werden. Der OPLAN DEU sollte zielgruppenorientiert aufbereitet (ÖFFENTLICHE Version) und breit kommuniziert werden. Nur so kann das notwendige Bewusstsein für ein Szenar der Landesverteidigung geschaffen werden. Ein „Mindset Gesamtverteidigung“ ist zu entwickeln und auszubauen. Dabei sind lokale Vernetzungen voranzutreiben sowie die Eigenverantwortung zu fördern und zu stärken.

Forderung nach einer zentralen Führung (Bund) mit nachfolgender Führungskaskade bis auf Kommunalebene und Vereinfachung der Verfahrensweisen.

Forderung nach einer zentralen Führung (Bund) mit nachfolgender Führungskaskade bis auf Kommunalebene und Vereinfachung der Verfahrensweisen.

Der Föderalismus und die kommunale Selbstverwaltung bergen spezifische Stärken, Schwächen und Chancen, die einer genauen Analyse bedürfen. Darauf aufbauend müssen verbindliche Regeln für eine dynamische Verlagerung von Verantwortlichkeiten in verschiedenen Szenarien entwickelt und vereinbart werden, um die erforderliche Handlungssicherheit zu gewährleisten. Kompromisse sind auf allen Ebenen unerlässlich, wobei Partikularinteressen übergeordneten Zielen nicht im Wege stehen dürfen. Bestehende Strukturen müssen auch im Krisen- und Kriegsfall funktionsfähig bleiben und genutzt werden.

Priorisierung von Ressourcen.

Mehrfachrollen u.a. durch Beruf und Ehrenamt erfordern ggf. eine Priorisierung (single set of forces). Freiwillige und Ehrenamtliche sind in der jeweiligen Organisation zu erfassen, inkl. der Entscheidung durch die betroffenen Personen über eine „Funktionspriorisierung“ (Die eigene zu erbringende Leistung im LV-Szenar muss durch die Person selbst vorgeschlagen werden und in einem Eskalationsstufenplan analysiert und festgelegt werden.).

Sicherstellung eines einheitlichen Lagebilds.

Die asynchronen Kommunikationswege zwischen Bundeswehr, Behörden und zivilen Einrichtungen machen den Informationsaustausch zum einen schwierig, zum anderen jedoch auch resilient. Zur Schaffung eines einheitlichen Lagebildes muss jedoch der Informationsfluss sichergestellt sein (technisch, inhaltlich, regulatorisch); eine Lösung sollte erarbeitet und in 6-12 Monaten funktionsfähig sein.

Die gesamtstaatliche Resilienz muss gesteigert und gestärkt werden.

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist eine gesamtstaatliche Aufgabe. Deshalb ist es unser Ziel, die Resilienz in allen Bereichen und auf jeder Ebene zu steigern und zu stärken.

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Finanzierung festlegen.

Die bestehende Rechtslage bspw. für den Krisenfall ist nicht ausreichend. Ein Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetz soll weiterführende Vorgaben und Regelungen erlassen. Die Finanzierung muss sichergestellt sein.

Vorbereitung durch Übung.

Um auf ein LV-Szenario vorbereitet zu sein, soll für Angehörige der öffentlichen Verwaltung die Teilnahme an Übungen verpflichtend sein; eine anschließende Evaluierung ist dabei entscheidend für den Lernerfolg („Übungen statt „Könnungen“).



WORKSHOP 8

IDENTIFIZIERTE MASSNAHMEN SIND NICHT NUR FÜR EIN LV-SZENAR ERFORDERLICH, SONDERN EBENSO ENTSCHEIDEND FÜR DEN KATASTROPHEN- UND BEVÖLKERUNGSSCHUTZ.

Welche Rahmenbedingungen werden für eine resiliente Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung benötigt?

Die Diskussion um die Sicherstellung der regulären Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung und die Stärkung und Resilienz eines gesamtstaatlichen Ansatzes werfen eine Reihe fundamentaler Fragen auf, insbesondere hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen.

Darüber hinaus sind auch ethische Aspekte von zentraler Bedeutung, da Fragen zur Priorisierung von essentiellen Ressourcen in einem solchen Szenar zu beantworten sein werden. Die eigentlichen Regelungsstandorte des SGB V und des ZSKG sind derzeit primär auf den Friedensbetrieb ausgelegt. Regelungen insbesondere für den Krisenfall und den Bündnisfall fehlen völlig, Regelungen für den Verteidigungsfall sind unzureichend.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei die klare Festlegung von Informationswegen und Zuständigkeiten über die verschiedenen staatlichen Ebenen hinweg und deren Verbindung mit den ggf. bestehenden militärischen Notwendigkeiten.

Ein weiterer wesentlicher Fokus lag auf der Ressourcenfrage sowie auf verfügbare und notwendige Maßnahmen zur Schaffung und Nutzung von personellen, materiellen und infrastrukturellen Ressourcen. Hier stehen eine übergreifende rechtliche Regelung und eine umfassende GAP-Analyse noch aus. Es wurde angemerkt, dass bereits Materialpakete für einen Massenanfall von Verletzten (MANV-Szenario) zur Verfügung stehen, diese müssten bei steigendem Bedarf skaliert werden. Das ZSKG sieht zudem die Rekrutierung von Personal (primär ungelernte Kräfte) vor, wobei hier die Länder eine wichtige Rolle spielen. Gleichfalls fehlen auch hier Regelungen, die einen Einbezug der Regelversorgung (z.B. durch Regelungen zur Unabkömmlichkeit des medizinischen Personals/Ressourcen zur Aufrechterhaltung der Regelversorgung) erkennen lassen.

Die Notwendigkeit einer einheitlichen Steuerungsorganisation nebst Informationen zur Lage, eines bundesrechtlichen Rahmens (z.B. hinsichtlich einer Verteilung, zur Abrechnung, Zeitrahmen, Priorisierung von Leistungen) sowie (bereits im Vorfeld auf ein LV-Szenar festzulegen) klarer Kompetenzen und Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern sowie den bestehenden Zuständigkeiten in der Selbstverwaltung werden diskutiert. Dies muss auch den Übergang vom Frieden zum Kriegsfall umfassen und schließt die Finanzierungsfrage für Ressourcenvorhaltungen und Beübungen mit ein.

Kommunikation und Informationsmanagement ist resilient und durchhaltefähig aufzustellen, u.a. durch klare Strukturen, Betrachtung der Schnittstellen, eingestufte Dokumente, Alternativen bei Ausfall von Kommunikationsmitteln.

Zentraler Punkt sind personelle Ressourcen – klare Übersichten, u.a. zur Verfügbarkeit von Personal (Doppelassignierung-Konflikt Beruf/Ehrenamt schließt neben Gesundheitsberufen auch weitere KRITIS-Sektoren mit ein), zu Ausbildungs-erfordernissen und vorhandenen Qualifikationen sind erforderlich. Hierzu könnten die Register der Ärztekammern oder das Wehrerfassungsgesetz (Erfassung ziviler Qualifikationen) herangezogen werden. Folgend muss die Unabkömmlichkeit von Berufsgruppen/Fähigkeiten geregelt werden.

Multilaterale sowie bilaterale Abkommen für Unterstützungsleistungen (Patiententransport und -versorgung) müssen geschaffen werden und können zur Entlastung des eigenen Systems beitragen. Abhängigkeiten zu anderen kritischen Bereichen (u.a. Food and Water, Stromversorgung, Kommunikation...) aber auch die Versorgung im Bereich der häuslichen oder stationären Pflege und der Öffentliche Gesundheitsdienst muss zwingend mitgedacht werden.

Empfehlungen:

Zuständigkeiten regeln.

Zuständigkeiten müssen unter Einbezug bestehender ziviler Strukturen (z.B. der KBV/KVen, KdÖR) festgelegt und sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene definiert werden.

Regelungsnotwendigkeiten im erforderlichen Einzelfall festlegen.

Rahmenvorgaben (im Sinne von Mindestverpflichtungen) im Bereich Bevorratung, Personal, Material, Betten, Basisschutz auf Bundesebene zur Umsetzung in den Ländern sind zielführend.

Gesundheitslagebild auf Bundes- und Landesebene schaffen und die erforderlichen Beteiligten einbeziehen.

Kommunikation und Informationsaustausch ist essentiell. Wesentliche Inhalte hierzu müssen abgestimmt und zusammengeführt und Standards geschaffen werden.

Übungsverpflichtungen über verschiedene Ebenen.

Um sich umfassend auf ein LV-Szenar vorzubereiten, ist eine kontinuierliche Übungsverpflichtung auf allen Ebenen unerlässlich und schließt sowohl individuelle Fähigkeiten, als auch Kooperation und Kollaboration zwischen den verschiedenen Akteuren ein. Dabei spielt die enge zivil-militärische-Zusammenarbeit (ZMZ) eine entscheidende Rolle, um Ressourcen optimal zu bündeln und Synergien für eine effektive gesamtstaatliche Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Kommunikation sicherstellen - Digitalisierung und Vernetzung vorantreiben.

Angeichts der Herausforderungen in der Phase 4 des Szenars kommen der Sicherstellung robuster und redundanter Führungsinformationssysteme und dem Aufbau resilienter Kommunikationsstrukturen eine wesentliche Bedeutung zu. Dabei ist für die Öffentlichkeitsarbeit gegenüber der Bevölkerung eine enge Anbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an diese Informationssysteme vorgesehen, da dieser für die Kommunikation mit der Bevölkerung eine zentrale Rolle spielen kann. Die Kommunikation in Richtung der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sollte über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen, die hierzu entsprechende Strukturen (analog der jeweiligen ZMZ-Landesstrukturen) vorsehen sollten. Hinsichtlich der Ärzte und Ärztinnen, die außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen tätig sind, besteht weiterer Untersuchungsbedarf.

Strukturen auf allen Ebenen vorbereiten.

Anhand weiter festzulegender Planungsgrößen muss in den Bundesländern die Planungsstruktur für die Gesundheitsversorgung erarbeitet, implementiert und beübt und die Krisenverwaltung sichergestellt werden. Abhängigkeiten zu anderen kritischen Bereichen (Food and Water, Stromversorgung, Kommunikation...) sind zu berücksichtigen (KRITIS Dachgesetz).

Refinanzierung für resiliente Strukturen.

Eine vorausschauende Refinanzierung ist entscheidend, um die Resilienz der Gesundheitsversorgung zu stärken und für ein LV-Szenario vorzubereiten. Hierfür bedarf es dauerhafter Investitionen in Infrastruktur, Personal und flexible, skalierbare Notfallkapazitäten.

Diese Maßnahmen sind nicht nur für ein LV-Szenar, sondern ebenso entscheidend für den Katastrophen- und Bevölkerungsschutz.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Unterstützungskommando
der Bundeswehr
Presse- und Informationszentrum
Fontainengraben 150
53123 Bonn

Kontakt:
Unterstützungskommando
der Bundeswehr
Presse- und Informationszentrum
Fontainengraben 150
53123 Bonn

E-Mail:
UstgKdoBwPIZ@bundeswehr.org

Fotos: Bundeswehr, dpa

Stand: Juli 2025



BUNDESWEHR