

Konflikt, Pandemie, Klinikabbau

Das Dreifachrisiko, das Deutschland unterschätzt: „Bedingt einsatzbereit“ revisited

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch, Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf

Ausgangslage

Die Annahme, dass die Russische Föderation bis 2029/30 NATO-Gebiet angreifen könnte, ist keine Datumsprognose, aber eine belastbare Risikohypothese [1–4]. Für Deutschland hat diese Annahme besondere Bedeutung, weil Deutschland im Bündnisfall als logistische Drehscheibe fungiert [5]. Im Eskalationsfall muss Deutschland deshalb mit Fluchtbewegungen sowie mit zusätzlichen Verwundeten und Toten von der Front rechnen. Die Planungsgrößen des OPLAN Deutschland – bis zu 800.000 Soldatinnen und Soldaten sowie 200.000 Fahrzeuge in sechs Monaten – verdeutlichen die mögliche Zusatzlast [5].

Gesundheitssystem unter Mehrfachbelastung

Diese Zusatzlast trifft auf ein Gesundheitssystem mit begrenzten Reserven. Für 2024 melden die amtlichen Statistiken 1.841 Krankenhäuser mit 472.900 Betten, darunter 26.000 Intensiv- und 7.700 IMC-Betten; die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 72,0 % [6, 7]. Gleichzeitig sank die Bettenzahl gegenüber 2019 [6]. In einer Krise entscheidet daher nicht nur

die nominelle Bettenzahl, sondern vor allem die tatsächlich betreibbare Kapazität: verfügbares Personal, belastbare Logistik, verlässliche Transporte und funktionsfähige IT.

Wenn gleichzeitig eine Pandemiewelle auftritt (z. B. Influenza oder eine Covid-ähnliche Entwicklung), steigt der Druck auf dieselben Engpassfaktoren: Notaufnahme, Intensivversorgung, Rettungsdienst, Verlegung und Personal [10, 11]. Die WHO betont, dass Influenza-Pandemien zeitlich nicht präzise vorhersagbar sind, aber jederzeit auftreten können [12]. Als Orientierung für die Vorsorge kann man eine jährliche Grundwahrscheinlichkeit von etwa 4–5 % ansetzen. Daraus ergibt sich bis 2029/30 ein Risiko von etwa 15–23 % für mindestens eine Influenza-Pandemie (konservativ: 16–20 %) [12].

Bayes-Ansatz für die Entscheidungssteuerung

Die Lagebewertung sollte nicht auf starren Einmalprognosen beruhen, sondern auf einem Bayes-Ansatz: Man startet mit einer Anfangswahrscheinlichkeit für Engpässe (Prior) und aktualisiert sie laufend mit aktuellen Indikatoren (Posterior), et-

wa ICU-Auslastung, Personalausfälle, Verlegezeiten, Notaufnahmedruck und Infektaktivität [10, 11]. Der Bayes-Ansatz ist dabei keine exakte Vorhersagemaschine, sondern eine Entscheidungslogik unter Unsicherheit. Gerade in dynamischen Mehrfachkrisen ist er Einmalprognosen überlegen, weil neue Evidenz fortlaufend integriert werden kann.

Beispiel: Liegt das 14-Tage-Engpassrisiko zunächst bei 30 %, kann es bei gleichzeitiger Verschlechterung mehrerer Indikatoren schnell auf über 50 % steigen (z. B. bei einer Likelihood Ratio von ungefähr 3 auf rund 56 %). Der praktische Nutzen ist klar: Entscheidungsträger lösen Maßnahmen früh aus, nicht erst im Kollaps. Voraussetzung ist allerdings ein belastbares, tagesaktuelles Lagebild mit standardisierten Meldewegen und klar definierten Triggern.

Drei offene Kernprobleme

1) Strukturwandel der Krankenhauslandschaft

Der Gesetzgeber hat keine feste bundesweite Zielzahl für Krankenhausschließungen vorgegeben [8].

Dennoch ist der Konsolidierungstrend real [6, 7]. Daraus folgt: Weder pauschales Schließen noch pauschales Offenhalten ist sinnvoll. Stattdessen braucht es ein Hybridmodell: Zentren bündeln hochkomplexe Leistungen, strategisch relevante kleinere Standorte bleiben als Reserveknoten erhalten – mit betriebsfähiger Infrastruktur und aktivierbaren Personalmodellen (24/48/72 Stunden) [8, 9]. Solche kleinen Kliniken dürfen nicht als verkleinerte Maximalversorger missverstanden werden. Ihre Funktion läge vielmehr in Stabilisierung, Kurzaufnahme, regionaler Entlastung, definierter Basisversorgung und als Haltepunkte für Triage und Verlegung.

Gerade im Worst-Case-Szenario erscheint es wenig plausibel, dass etwa 100 Maximalversorger und rund 600 weitere Kran-

Biografisches zu den Autoren

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Von 2003 bis 2019 war er Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie an der Asklepios Klinik Langen. Er ist weiterhin als Notarzt im Kreis Offenbach tätig, Mitglied des Aufsichtsrates der Asklepios Klinik Langen und Vorsitzender der Alumni des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt. Als Sanitätsstabsoffizier (Oberfeldarzt) war er in der zivil-militäri-

schen Zusammenarbeit am Kreisverbindungskommando Darmstadt engagiert.

Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf ist Facharzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Von 1995 bis 2021 war er Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, perioperative Medizin und interdisziplinäre Intensivmedizin; ECLS/ECMO-Zentrum an der Asklepios Klinik Langen. Von 2019 bis 2021 war er Ärztlicher Direktor der Asklepios Klinik Langen.

kenhäuser allein ausreichen, um gleichzeitig militärische Verwundete, zusätzliche zivile Verletzte, Tote, Fluchtbewegungen und eine schwere Atemwegswelle zu bewältigen [17]. Strategisch gelegene kleinere Häuser gewinnen deshalb als Reserveknoten eine eigenständige Resilienzfunktion – nicht aus Nostalgie, sondern als skalierbare Kapazitätsreserve.

2) Koordination zwischen Bund, Ländern, Militär und Zivilschutz

Die föderale Zuständigkeitsordnung ist verfassungsrechtlich begründet, erzeugt in Mehrfachkrisen aber Reibung, wenn ein eingeübter Führungsmechanismus fehlt [15, 16]. Erforderlich sind ein gemeinsames Lagebild, standardisierte Trigger, klare Priorisierung und geübte Verlege- sowie Ressourcensteuerung [14, 16]. Ohne diese Elemente verlieren Systeme in der Krise Zeit – und Zeit ist dann ein kritischer Versorgungsfaktor. Hinzukommen muss eine rechtssichere Daten- und Meldarchitektur, die Kapazitäten, Transporte, Personal, Blutprodukte, kritische Arzneimittel, Medizinprodukte und Infektionsgeschehen in ein integriertes Gesundheitslagebild überführt [17].

3) Gesellschaftliche Risikowahrnehmung

Wenn die Bevölkerung das Konfliktrisiko nicht als reale Vorsorgelage wahrnimmt, bleiben politische und operative Vorbereitungen fragil. Der Vergleich mit nordeuropäischen Staaten eignet sich als Lernmodell: Kontinuierliche, sachliche Risikokommunikation und regelmäßige Übungen stärken die Resilienz [1–4].

Quantitative Spannweite bis 2029/30

Da bundesweit keine fixe Schließungszahl vorliegt, ist eine Spannbreitenrechnung sachgerechter als eine scheinexakte Zahl [8, 9]. Bei einer jährlichen Nettoabnahme der Krankenhauszahl von 1,0 % (Best Case), 1,8 % (Base Case) und 3,0 % (Worst Case) ergeben sich bis 2030 Nettoverluste von etwa 108, 191 bzw. 307 Häusern (gerundet auch: 107, 188, 305) [6, 7]. Wenn davon 40–60 % kleinere, flächenrelevante Standorte betreffen, könnten im

Base Case rund 75–113 potenzielle Reserveknoten fehlen. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit regionaler Versorgungspässe im kombinierten Konflikt-/Pandemieszenario.

Gesamtbewertung

Deutschland ist nicht unvorbereitet. Für das kombinierte Szenario aus Konfliktbelastung, Fluchtbewegung, möglicher Pandemiewelle sowie Liefer- und Personalausfällen ist das System jedoch noch nicht durchgehend robust aufgestellt [14, 17]. Die zentrale Lücke liegt weniger in Einzelplänen als in der operativen Durchhaltefähigkeit unter gleichzeitiger Mehrfachbelastung.

Dies gilt nicht nur für den stationären Sektor. Die häufig erhobene Forderung, ambulante Praxen stärker einzubeziehen, ist im Grundsatz richtig, stößt aber schon im Regelbetrieb an enge Grenzen. Ein System, das vielerorts bereits heute Probleme mit zeitnahen Terminen, Personalknappheit und regionalen Versorgungspässen hat, kann im Krisenfall nicht ohne zusätzliche Vorsorge als verlässliche Reserve eingeplant werden [17].

Damit wird auch die Annahme fraglich, die derzeit diskutierte Architektur aus etwa 100 Maximalversorgern und 600 weiteren Krankenhäusern genüge im Worst Case. Diese Struktur mag eine notwendige Grundlage für den Bündnisfall darstellen; ihre Suffizienz für ein kombiniertes Szenario aus Verwundetenanfall, Flüchtlingsbewegung und Pandemie ist jedoch nicht belegt. Unter dieser Mehrfachbelastung sprechen Personalengpässe, Materialbedarf, Verlegelogistik und Infektdynamik eher gegen die Annahme, dass Zentren und zweite Reihe allein ausreichen.

Schlussfolgerungen

- Die Krankenhausreform muss eine verbindliche Resilienzachse enthalten (Reserveknoten statt pauschaler Schließungslogik).
- Bund und Länder müssen einen verbindlichen Führungs- und Eskalationsmechanismus für Mehrfachkrisen festlegen und regelmäßig üben.

- Die Lageführung muss Bayes-basierte Frühwarnlogik mit klaren Triggern (Gelb/Orange/Rot) verankern und auf einem integrierten Gesundheitslagebild aufbauen.
- Strategisch relevante kleinere Kliniken sollten als regional eingebundene Reserveknoten mit klarer Aktivierungs-, Ausstattungs- und Verlegelogik erhalten bleiben.
- Die Rolle des ambulanten Sektors muss realistisch geplant werden: nicht als abstrakte Reserve, sondern nur mit priorisierten Praxen, Ausfallkonzepten und gesicherter Infrastruktur.
- Resilienz erfordert zweckgebundene Finanzierung, Materialbevorratung, Ausbildung und verpflichtende Übungen außerhalb der regulären DRG-Logik [17].
- Kommunen und Länder müssen eine dauerhafte, verständliche Vorsorgekommunikation etablieren.
- Das System braucht jährliche Stresstests für das kombinierte Szenario Konflikt plus starke Atemwegswelle.

Prof. Dr. med.
Dr. med. dent.
Ernst Hanisch

E-Mail:
e.hanisch@
em.uni-frankfurt.de



Foto: privat

Prof. Dr. med.
Hans-Bernd Hopf

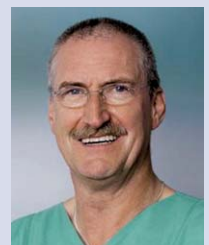


Foto: Asklepios Klinik Langen

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.