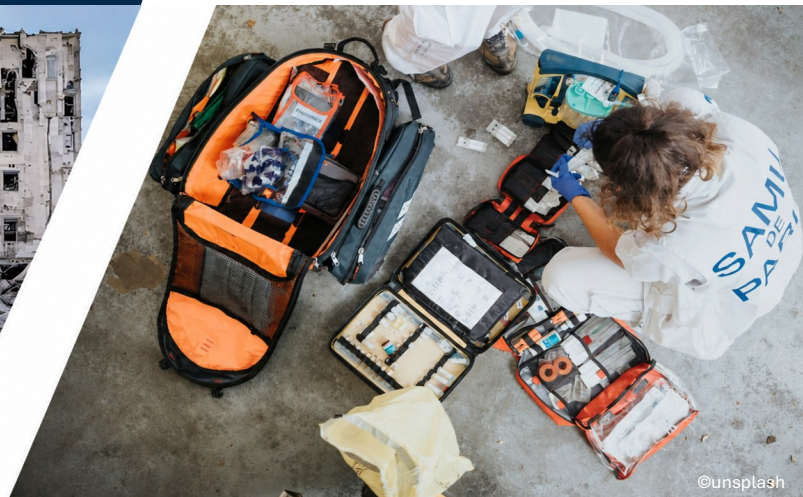




Katastrophenmedizin

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser,

die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Katastrophen- und Krisenlagen rückt seit geraumer Zeit immer öfter in den Fokus der Gesellschaft. Ein aktuelles Beispiel sind die Hitzewellen im Sommer dieses Jahres, die laut dem Robert Koch Institut seit Anfang des Jahres 15.800 Menschenleben kosteten (Stand 01.09.2026).¹ In diesen Hitzeperioden war das Gesundheitssystem in Großstädten wie Köln extrem überlastet. Um die Krankenhäuser und den Rettungsdienst zu entlasten, musste als Reaktion auf die angespannte Lage sogar ein temporäres Notfallversorgungszentrum in einer Messehalle eingerichtet werden.² Da die medizinische Versorgung in Katastrophen, die sogenannte Katastrophenmedizin jedoch in der Gesellschaft bislang weniger bekannt ist als die Notfallmedizin, widmet sich das Magazin diesem Themenfeld.

Die Katastrophenmedizin wird zunächst im Leitartikel beleuchtet und dann durch mehrere Interviews von Expert:innen, wie Herrn Dr. med. Follmann von der Deutschen Gesellschaft Katastrophenmedizin (DGKM) aus unterschiedlichen Be-

reichen der Katastrophenmedizin ergänzt. Ein Essay von Wolfram Geier zu Klimawandel und Gesundheitspolitik sowie Gastbeiträge zu Serious Games und Bevölkerungsschutz setzen zusätzliche Akzente.

Die Rubriken „Zu Gast bei“, „Nachrufe“, und „Lesen-, Sehens-, Hörenswertes“ geben darüber hinaus Einblicke in aktuelle Entwicklungen und Empfehlungen. „Historische Ereignisse“, „Literaturempfehlungen“ und „DKKV-Intern“ runden diese Ausgabe ab.

Unser herzlicher Dank gilt allen, die mit ihrer Expertise dieses Magazin bereichert haben.

Inhalt

Katastrophenmedizin	1
Interviews	9
Essay	18
Zu Gast bei	24
Gastbeiträge	27
Lesens-, Sehens- und Hörenswertes	35
Nachrufe	38
Historische Ereignisse	39
Literaturempfehlungen	42
DKKV-Intern	44

[1] Robert Koch Institut (RKI) (o. J.): Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität. Abrufbar unter: Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität | RKI (Zugriff: 26.08.2026).

[2] Stadt Köln (2026): Extreme Hitze fordert Rettungsdienst. Feuerwehr Köln richtet Notfallversorgungszentrum und Kälteinsel ein. Pressemitteilung vom 28.06.2026. Abrufbar unter: Extreme Hitze fordert Rettungsdienst | Stadt Köln (Zugriff: 10.07.2026).

Einstieg in die Katastrophenmedizin

Um sich mit der Katastrophenmedizin auseinanderzusetzen, muss zunächst ein grober Überblick über ihre grundlegenden Strukturen und Aufgaben geschaffen werden. Die Katastrophenmedizin beschäftigt sich dabei mit der medizinischen Versorgung in Situationen, in denen die regulären Strukturen an ihre Grenzen stoßen und eine größere Zahl von Menschen gleichzeitig versorgt werden muss.^{3,4}

Eine genaue Definition der Katastrophenmedizin kann in der katastrophenmedizinischen prähospitalen Behandlungsleitlinie S2K gefunden werden. Diese definiert Katastrophenmedizin folgendermaßen: *„Katastrophenmedizin ist die medizinische Versorgung in Katastrophen oder Großschadensereignissen mit Mangel an Ressourcen (personell und/oder materiell) und nicht nutzbarer Infrastruktur, bei der von der Individualmedizin abgewichen wird, um das bestmögliche Behandlungsziel für die größtmögliche Anzahl von Patient:innen zu erreichen“*.⁵

Die Relevanz der Katastrophenmedizin für Deutschland nimmt angesichts zunehmender klimatischer Extremereignisse und globaler Gesundheitskrisen wie beispielsweise die COVID-19-Pandemie, aber auch aufgrund der veränderten sicherheitspolitischen Lage weiter zu.³ Die COVID-19-Pandemie hat 2020 gezeigt, dass das Gesundheitssystem jederzeit mit Situationen konfrontiert werden kann, die besondere organisatorische und medizinische Strategien erfordern. Diese hat offengelegt, wo im deutschen Gesundheitssystem noch Lücken bestehen und damit auch die Frage nach einer stärkeren rechtlichen

und organisatorischen Verankerung der Katastrophenmedizin aufgeworfen.⁶ Dadurch wurde insbesondere deutlich, dass für bestimmte Krisenlagen ein rechtlicher Rahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung erforderlich ist. Die Erstellung dieses rechtlichen Rahmens befindet sich bereits seit mehreren Jahren in Planung und wurde im Zuge des Regierungswechsels erneut zeitlich angepasst. Nach aktuellem Stand plante das Bundesministerium für Gesundheit die Vorlage eines Referentenentwurfs im Herbst 2026; konkrete Angaben zu einem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens liegen bislang jedoch nicht vor.⁷

Ein wichtiger Akteur innerhalb der Katastrophenmedizin ist die DGKM, die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V., eine Fachgesellschaft, mit welcher das DKKV jüngst eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet hat. Die DGKM hat sich der medizinischen und interdisziplinären Expertise im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz verschrieben und hat das Ziel die Versorgungssysteme krisenfester weiterzuentwickeln. Die DGKM stellt sich im späteren Verlauf des Magazins unter der Rubrik **„zu Gast bei“** im Detail vor. Aktuell engagiert sich die DGKM in der wissenschaftlichen und praxisorientierten Weiterentwicklung der Katastrophenmedizin und des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes. Zu ihren Schwerpunkten gehören unter anderem die Weiterentwicklung von Sichtungs- und Vorsichtungsverfahren, die Mitwirkung an Leitlinien und fachlichen Standards sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote. Mit Formaten wie #disastertalk und #disasterexperience fördert sie den interprofessionellen Wissens- und Erfahrungsaustausch.

[3] Scheuermann, A.; Weidinger, J. W.; Domres, B. D. (2010): Katastrophenmedizin und Katastrophenmanagement. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.): Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall, 5., vollständig überarbeitete Auflage, Bonn, S. 67–111. Abrufbar unter: Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall | ULB Bonn (Zugriff: 01.09.2026).

[4] Ciottoni, Gregory R. (2016): Introduction to Disaster Medicine. In: Ciottoni, Gregory R. (Hrsg.): Ciottoni's Disaster Medicine, 2. Auflage, Elsevier, S. 2–5. Abrufbar unter: Ciottoni's Disaster Medicine | ScienceDirect (Zugriff: 04.08.2026).

[5] Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) (2023): S2k-Leitlinie Katastrophenmedizinische prähospitalen Behandlungsleitlinien (AWMF-Register-Nr. 001-043), Langversion, 1. Auflage, Stand April 2023. Abrufbar unter: S2k-Leitlinie Katastrophenmedizinische prähospitalen Behandlungsleitlinien | AWMF (Zugriff: 13.08.2026).

[6] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (2020): Presse – BBK unterstützt Krankenhäuser bundesweit. Pressemitteilung vom 22.12.2020. Abrufbar unter: BBK unterstützt Krankenhäuser bundesweit | BBK (Zugriff: 31.08.2026).

[7] Deutscher Bundestag (2026): Drucksache 21/6583. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Ankündigungen und Umsetzung – Bilanz der gesundheitspolitischen Vorhaben der Bundesministerin für Gesundheit nach einem Jahr Amtszeit“, 19.06.2026, S. 9. Abrufbar unter: Drucksache 21/6583 | Deutscher Bundestag (Zugriff: 27.08.2026).

Darüber hinaus schafft die DGKM mit dem MANV-Register eine bundesweite Infrastruktur zur strukturierten Erfassung und wissenschaftlichen Auswertung von Massenanfällen von Verletzten (MANV) (siehe Glossar) oder Erkrankten.⁸

Grundlagen der Katastrophenmedizin

Die medizinische bzw. gesundheitliche Versorgung von Menschen nach Katastrophen existiert seit Menschengedenken.⁵ Bereits in der Vergangenheit mussten Gesellschaften nach Kriegen, Epidemien, Naturereignissen und technischen Schadenslagen große Zahlen verletzter oder erkrankter Menschen unter schwierigen Bedingungen versorgen. Methoden wie die Priorisierung von Patient:innen, die Organisation von Transportwegen oder die Verteilung begrenzter medizinischer Ressourcen entstanden aus der praktischen Notwendigkeit, vielen Betroffenen gleichzeitig helfen zu können.⁹

Der Begriff Katastrophenmedizin ist hingegen jünger und etablierte sich im Laufe des 20. Jahrhunderts als wissenschaftliche Disziplin.⁴ Während die Versorgung von Betroffenen nach Katastrophenereignissen bereits lange Bestandteil medizinischer Praxis war, führte die zunehmende Auseinandersetzung mit Großschadensereignissen, Massenanfällen an Verletzten und komplexen

Gefahrenlagen zur Entwicklung eigener wissenschaftlicher Konzepte und Strukturen.⁹ Die Katastrophenmedizin entwickelte sich eng verbunden mit der Notfallmedizin, jedoch unterscheiden sich beide in der Anwendung deutlich voneinander.³ Notfallmedizin ist Individualmedizin und wird dann von der Katastrophenmedizin abgelöst, wenn die Anzahl an Erkrankten oder Verletzten die Kapazitäten der qualifizierten Ersthelfer:innen und des Regel-Rettungsdienstes, samt Ergänzungen durch Schnelleinsatzgruppen (SEG), überschreitet und daher eine individualmedizinische Hilfeleistung für jede:n Patient:in nicht gewährleistet werden kann. Bei einem sogenannten Massenanfall von Verletzten wie zum Beispiel bei einem Zugunglück, muss eine Sichtung (eng. Triage) vorgenommen werden, um für eine Vielzahl von Betroffenen die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Bei dieser Sichtung werden Behandlungsprioritäten festgelegt, um die verfügbaren materiellen und personellen Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen und die größtmögliche Anzahl an Menschen zu versorgen.³ Diese erfolgt anhand standardisierter Sichtungskategorien, die in Abbildung 1 dargestellt sind. Dabei werden Patient:innen entsprechend der Schwere ihrer Verletzungen oder Erkrankungen einer Kategorie zugeordnet: Kategorie I (rot) umfasst vital

	Bezeichnung	Beschreibung	Konsequenz
Sichtungskategorie	I (rot)	Vital bedroht	Sofortbehandlung
	II (gelb)	Schwer verletzt/erkrankt	Dringliche Behandlung
	III (grün)	Leicht verletzt/erkrankt	Nicht-dringliche Behandlung
	IV (blau)	Ohne Überlebenschancen	Pallative Versorgung
Kennzeichnung	EX (schwarz)	Tote	
	B (weiß)	Betroffene	Betreuung

Abb. 1: Standardisierte Sichtungskategorien, Eigene Darstellung in Anlehnung an das BBK | ©DKKV

[8] Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM) (2026): Vereinssatzung. Abrufbar unter: Vereinssatzung | Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (Zugriff: 28.08.2026).

[9] Stehrenberger, Cécile Stephanie; Goltermann, Svenja (2014): Disaster medicine: Genealogy of a concept. In: Social Science & Medicine, Vol. 120, S. 317–324. Abrufbar unter: Disaster medicine: Genealogy of a concept | ScienceDirect (Zugriff: 04.08.2026).

bedrohte Personen mit unmittelbarem Behandlungsbedarf, Kategorie II (gelb) schwer verletzte oder erkrankte Personen mit dringlichem Behandlungsbedarf, Kategorie III (grün) leicht verletzte oder erkrankte Personen mit aufschiebbarer Behandlung und Kategorie IV (blau) Personen ohne realistische Überlebenschance, bei denen der Schwerpunkt auf einer palliativen Versorgung liegt. Nach der Bewertung richtet sich die Reihenfolge der medizinischen Versorgung nach der jeweiligen Prioritätsstufe. Neben einer strukturierten Sichtung und Priorisierung erfordert die medizinische Versorgung bei einem MANV die enge Zusammenarbeit zahlreicher Akteur:innen aus Rettungsdienst, Feuerwehr, Hilfsorganisationen und Gesundheitswesen.

Die Katastrophenmedizin verfügt in Deutschland über kein bundesweit einheitliches, eigenständiges gesetzlich geregeltes Organisationssystem.³ Sie ist vielmehr in die bestehenden Strukturen des Katastrophenschutzes eingebettet (Abbildung 2), dessen Organisation und Zuständig-

keiten insbesondere durch landesrechtliche Regelungen bestimmt werden.⁵ Der Einsatz im Katastrophenfall wird darüber hinaus durch weitere bundes- und landesrechtliche Vorschriften geregelt. Die medizinische Versorgung in außergewöhnlichen Schadenslagen basiert dabei auf einem Netzwerk verschiedener Akteure, die je nach Aufgabenbereich unterschiedliche Verantwortlichkeiten übernehmen.¹⁰

Zu diesen Akteuren zählen Feuerwehren und Rettungsdienste, die in der Regel als erste an der Einsatzstelle eintreffen und die medizinische Erstversorgung sowie die Einsatzkoordination übernehmen. Luftrettungsorganisationen wie die ADAC Luftrettung und die DRF Luftrettung, ergänzen diese Strukturen durch die notfallmedizinische Versorgung aus der Luft sowie den schnellen Transport von Patient:innen. Hilfsorganisationen wie das Deutsche Rote Kreuz (DRK), der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) und der Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD) unterstützen die medizinische Versor-

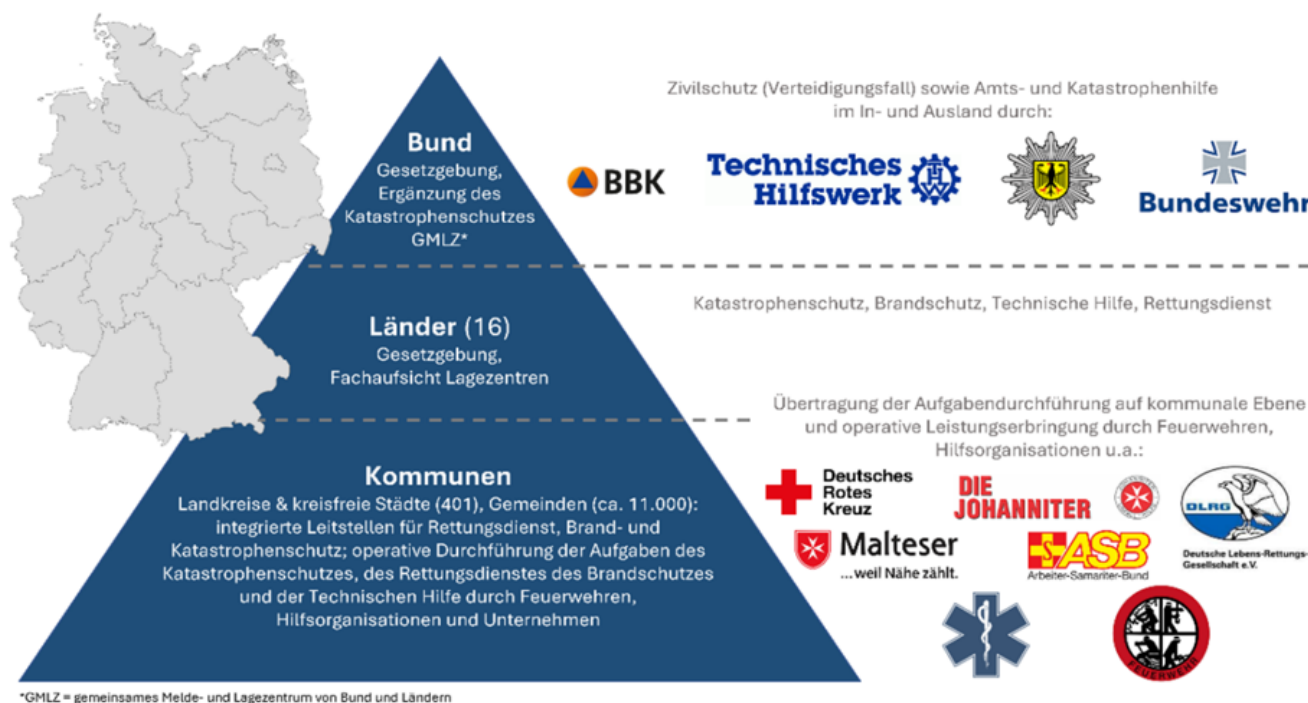


Abb. 2: Systemstruktur in Pyramidenform des Bevölkerungsschutzes in Deutschland | ©DKKV nach BBK/THW

[10] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2023): Koordination der Akteure des Gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in Krisenlagen. In: Bevölkerungsschutz, Ausgabe 3/2023, Bonn. Abrufbar unter: Bevölkerungsschutz, Ausgabe 3/2023 | BBK (Zugriff: 27.08.2026).

gung mit ihren Katastrophen- und Zivilschutzeinheiten und vielen ehrenamtlichen Einsatzkräften. Zu den Aufgaben zählt neben der Erstversorgung von Verletzten und Betreuung von Betroffenen auch der Transport mit geeigneten Rettungsmitteln. Krankenhäuser stellen dann die weiterführende Behandlung sicher und müssen ihre Kapazitäten im Ereignisfall flexibel anpassen.⁶ Ergänzt wird dieses Netzwerk durch wissenschaftliche Fachgesellschaften wie die DGKM und die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), die durch Forschung, Leitlinienentwicklung sowie Aus- und Weiterbildung zur Weiterentwicklung der Katastrophenmedizin beitragen. Zu den zentralen Akteuren zählt auch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), das den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz auf Bundesebene unterstützt und Konzepte und Handlungsempfehlungen entwickelt.¹⁰ Ein Beispiel hierfür ist die Erstellung der S2K-Leitlinie, die auf dem Forschungsprojekt "Entwicklung von Behandlungsleitlinien und daraus sich ableitende szenarioabhängige Behandlungsstrategien für den Einsatz in katastrophenmedizinischen Schadenslagen der Versorgungsstufe 3 und 4" basiert, welches durch das BBK initiiert wurde.^{4,11}

Strukturen der Katastrophenmedizin

Im Bevölkerungsschutz in Deutschland unterscheidet man vier Bereiche der Hilfeleistung: Rettungsdienst, Brandschutz und technische Hilfe, Katastrophenschutz sowie Zivilschutz.³ Während Brandschutz, Rettungsdienst und technische Hilfe und der Katastrophenschutz maßgeblich durch landesrechtliche Regelungen geprägt sind, liegt die Zuständigkeit für den Zivilschutz beim Bund.¹² Entsprechend unterscheiden sich auch die rechtlichen Grundlagen: Der Rettungsdienst und der Katastrophenschutz werden durch die jeweiligen

Landesgesetze geregelt, während der Zivilschutz auf dem Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) des Bundes beruht. Die medizinische Versorgung in Katastrophenlagen ist vielmehr in die bestehenden Strukturen des Bevölkerungsschutzes und des Gesundheitswesens eingebettet.³

Durch diese Aufteilung kann es bei länderübergreifenden Katastrophen zu besonderen Anforderungen an die Einsatzkoordination kommen.³ Dabei ist zwischen dem Katastrophenschutz der Länder und dem Zivilschutz des Bundes zu unterscheiden: Während der Katastrophenschutz in Friedenszeiten grundsätzlich in die Zuständigkeit der Länder fällt, liegt die Zuständigkeit für den Zivilschutz beim Bund. Im Bündnis- und Verteidigungsfall gewinnt diese Unterscheidung besondere Bedeutung, da der Bund im Rahmen der zivilen Verteidigung für den Schutz der Bevölkerung verantwortlich ist und hierfür auch auf bestehende Strukturen und Ressourcen des Katastrophenschutzes der Länder zurückgreift.¹² Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Bedeutung, wie die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sowohl in Katastrophenlagen als auch in Krisen- und Verteidigungsfällen bundesweit abgesichert und die bestehenden Zuständigkeiten und Ressourcen besser aufeinander abgestimmt werden können. Einen Ansatz hierfür stellt das vom Bundesministerium für Gesundheit für den Herbst 2026 geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz dar (siehe Glossar). Es soll einen bundesweit einheitlicheren, rechtlichen Rahmen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Krisen- und Verteidigungsfällen schaffen und bestehende Strukturen stärker auf eine solche Lage vorbereiten.¹³ Damit steht das Vorhaben auch für den Versuch, die bislang auf verschiedene Zuständigkeiten und Rechtsgrundlagen verteilte gesundheitliche Krisenvorsorge stärker bundesweit zu koordinieren.¹³

[11] Universitätsmedizin Mainz (o. J.): Katastrophenmedizin – Kompetenzzentrum für medizinischen Bevölkerungsschutz. Übersicht. Abrufbar unter: Katastrophenmedizin – Kompetenzzentrum für medizinischen Bevölkerungsschutz | Universitätsmedizin Mainz (Zugriff: 31.08.2026).

[12] Lorenz, Daniel F.; Dittmer, Cordula (2026): Strukturen des deutschen Bevölkerungsschutzes. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Informationen zur politischen Bildung Nr. 365: Bevölkerungsschutz, Bonn. Abrufbar unter: Strukturen des deutschen Bevölkerungsschutzes | bpb (Zugriff: 26.08.2026).

[13] Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026): Warken: Wir stellen uns den anstehenden Herausforderungen für eine verlässliche, gute und effiziente Gesundheitsversorgung. 25.02.2026. Abrufbar unter: Warken: Wir stellen uns den anstehenden Herausforderungen für eine verlässliche, gute und effiziente Gesundheitsversorgung | BMG (Zugriff: 28.08.2026).

Neben der rechtlichen und institutionellen Koordinierung spielt die praktische Zusammenarbeit der beteiligten Akteure eine zentrale Rolle. Hierzu gehören neben Bund, Ländern und Kommunen insbesondere Rettungsdienste, Feuerwehren, Krankenhäuser, Behörden und Hilfsorganisationen.¹¹ Auf Bundesebene steht mit der Medizinischen Task Force (MTF) zudem eine spezialisierte Ressource für den Zivilschutz zur Verfügung. Die 61 MTF unterstützen die Länder bei der Bewältigung von größeren Schadenslagen und dienen insbesondere der medizinischen Versorgung und Behandlung einer großen Zahl von Verletzten oder Erkrankten. Sie verdeutlicht damit exemplarisch, wie der Bund trotz der grundsätzlich föderalen Zuständigkeit im Katastrophenschutz eigene Ressourcen vorhält und diese im Bedarfsfall in die Strukturen der Länder einbindet.¹⁴

Neben der Medizinischen Task Force hält der Bund auch eine Analytische Task Force (ATF) (siehe Glossar) vor, die bei Bedarf Schadenslagen mit chemischen, biologischen, radiologischen oder nuklearen Gefahren (CBRN) von örtlich zuständigen Einsatzkräften, meist die Feuerwehr, übernehmen kann. Die ATF unterstützt die örtliche Einsatzleitung mit speziell ausgebildeten Einsatzkräften und besonderer Messtechnik bei der Erkennung und Bewertung von CBRN-Gefahren. Die derzeit acht ATF-Standorte sind so über Deutschland verteilt, dass innerhalb eines Radius von etwa 200 bis 250 Kilometern eine Einsatzstelle in der Regel innerhalb von drei Stunden erreicht werden kann. Dadurch steht auch bei komplexen CBRN-Lagen kurzfristig spezialisierte Unterstützung zur Verfügung.¹⁵

Eine weitere vom Bund geschaffene Ressource für den Zivilschutz ist der sogenannte Kleeblattmechanismus (siehe Glossar), welcher im Frühjahr 2020 im Rahmen der Covid-19-Pandemie erarbeitet und während des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine 2022 weiterentwickelt wurde. Durch ihn soll eine Überlastung der Intensivkapazitäten von Krankenhäusern verhindert werden und Patient:innen bundesweit verteilt werden, sodass eine einwandfreie Behandlung gewährleistet werden kann. Bei Überlastungen in ausländischen Krankenhäusern kann durch ein internationales Hilfeleistungsgesuchen eine Patient:innenübernahme geplant werden.¹⁶ Der Mechanismus wurde 2022 um eine internationale Komponente erweitert. Über das Katastrophenschutzverfahren der Europäischen Union (EU Civil Protection Mechanism, UCPM) können internationale Hilfeleistungsgesuche koordiniert und Patient:innen aus betroffenen Staaten zur medizinischen Behandlung in andere europäische Staaten verlegt werden. Dafür stellen die Staaten Transport- und Behandlungskapazitäten gegenseitig zur Verfügung.¹⁷

Ein wesentlicher Bestandteil dieser internationalen Zusammenarbeit ist MEDEVAC (Medical Evacuation), also die medizinisch betreute Evakuierung beziehungsweise Verlegung erkrankter oder verletzter Personen. Über den Kleeblattmechanismus werden insbesondere schwerverletzte und schwerkranke Patient:innen aus Krisengebieten nach Deutschland verlegt. Das BBK koordiniert dabei gemeinsam mit weiteren Akteuren die Aufnahme und Verteilung der Patient:innen auf deutsche Krankenhäuser.¹⁸

[14] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): Medizinische Task Force des Bundes. Abrufbar unter: Medizinische Task Force des Bundes | BBK (Zugriff: 26.08.2026).

[15] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): Analytische Task Force. Abrufbar unter: Analytische Task Force | BBK (Zugriff: 26.08.2026).

[16] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): Kleeblatt-Mechanismus. Abrufbar unter: Kleeblatt-Mechanismus | BBK (Zugriff: 12.08.2026).

[17] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): UCPM Hilfeleistungen. Abrufbar unter: UCPM Hilfeleistungen | BBK (Zugriff: 25.09.2026).

[18] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): GMLZ – Nationale und internationale Katastrophenhilfe des BBK. Abrufbar unter: GMLZ – Nationale und internationale Katastrophenhilfe des BBK (Zugriff: 25.09.2026).

Fazit und Ausblick und Zukunft der Katastrophenmedizin

Die Strukturen der Katastrophenmedizin sind somit durch ein Zusammenspiel verschiedener staatlicher Ebenen, gesetzlicher Grundlagen und medizinischer sowie nichtmedizinischer Akteure geprägt. Anstelle eines zentral organisierten Systems, basiert die medizinische Katastrophenbewältigung auf der koordinierten Zusammenarbeit unterschiedlicher, bestehender Strukturen und Institutionen. Die Weiterentwicklung dieser Zusammenarbeit und die Frage nach einem stärker bundesweit abgestimmten Rahmen bilden daher zentrale Herausforderungen für die zukünftige gesundheitliche Krisenvorsorge. Die Erfahrungen vergangener Krisen haben dabei gezeigt, dass die vorhandenen Strukturen grundsätzlich leistungsfähig sind, gleichzeitig jedoch auch Grenzen und Abstimmungsbedarfe sichtbar werden.³ Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie die Verzahnung von Rettungsdienst, Krankenhäusern, Behörden, Feuerwehren und Hilfsorganisationen.

Mit zunehmenden und komplexer werdenden Großschadenslagen, hybriden Bedrohungen, nicht mehr auszuschließenden militärischen Konfrontationen und dem global voranschreitenden Klimawandel und damit zusammenhängenden, häufiger auftretenden Katastrophen gewinnt die Katastrophenmedizin für die Gesellschaft zunehmend an (über-)lebenswichtiger Bedeutung. Umso notwendiger ist es, einen gesetzlichen Rahmen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung auch in außergewöhnlichen Krisen- und Schadenslagen zu schaffen.

Redaktion: Mirco Krahforst

Unser herzlicher Dank gilt allen Mitwirkenden, die dieses Magazin mit ihrer Expertise und ihrem Engagement bereichert haben. Ein besonderer Dank gilt zudem Dr. med. Andreas Follmann, und Dr. Wolfram Geier für die wertvolle Unterstützung bei der Entstehung dieser Ausgabe und des Leitartikels.



Abb. 3: Feuerwehr und Rettungsdienst im gemeinsamen Einsatz. | ©unsplash

Glossar zur Katastrophenmedizin

Gesundheitssicherstellungsgesetz

Das geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) soll einen bundesweit einheitlichen rechtlichen Rahmen schaffen, um die Gesundheitsversorgung auch in außergewöhnlichen Krisen- und Zivilschutzlagen sicherzustellen. Vorgesehen sind unter anderem Regelungen zur Steuerung von Behandlungskapazitäten und Patient:innen, zur Sicherstellung personeller Ressourcen sowie zur Bevorratung wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte.¹³

Kleeblattmechanismus

Der Kleeblattmechanismus wurde im Frühjahr 2020 im Rahmen der Corona-Pandemie erarbeitet und während des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine 2022 weiterentwickelt. Durch ihn soll eine Überlastung der Intensivkapazitäten von Krankenhäusern verhindert werden und Patient:innen bundesweit verteilt werden, sodass eine einwandfreie Behandlung gewährleistet werden kann. Bei Überlastungen in ausländischen Krankenhäusern kann durch ein internationales Hilfeleistungsgesuch eine Patient:innenübernahme geplant werden.¹⁶

Massenanfall an Verletzten

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe definiert einen Massenanfall von Verletzten (MANV) als „einen Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der besondere planerische und organisatorische Maßnahmen erfordert, weil er mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung der präklinischen und klinischen Versorgung nicht bewältigt werden kann.“¹⁹

Psychosoziale Notfallversorgung

Psychosoziale Notfallversorgung kurz PSNV umfasst Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung und Bewältigung psychosozialer Belastungsfolgen nach belastenden Notfällen und Einsatzsituationen. Sie richtet sich sowohl an Betroffene und deren Angehörige als auch an Einsatzkräfte und ergänzt deren persönliche und sozialen Ressourcen durch bedarfsgerechte Unterstützung und Hilfe.²⁰

[19] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): Massenanfall von Verletzten (MANV). Abrufbar unter: Massenanfall von Verletzten (MANV) | BBK (Zugriff: 30.09.2026).

[20] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): Qualitätssicherung der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV). Abrufbar unter: Qualitätssicherung der Psychosozialen Notfallversorgung | BBK (Zugriff: 26.08.2026).

Dr. med. Andreas Follmann ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) und setzt sich für die Weiterentwicklung der Katastrophenmedizin in Deutschland ein. Als Facharzt für Anästhesiologie und Notfallmedizin verfügt er über langjährige Erfahrung in der Akut- und Notfallversorgung.



Abb. 4: Andreas Follmann | ©DGKM

Sie verbinden klinische Notfallmedizin, Forschung und ehrenamtliches Engagement im Bevölkerungsschutz. Wie ergänzen sich diese unterschiedlichen Perspektiven in Ihrer täglichen Arbeit?

Für mich gehören diese Bereiche unmittelbar zusammen. Die Medizin – klinisch wie präklinisch – zeigt uns täglich konkret, was im Alltag funktioniert und wo Versorgung an ihre Grenzen stößt. Forschung ermöglicht uns, diese Erfahrungen systematisch zu evaluieren und daraus neue Lösungen zu entwickeln. Und der Bevölkerungsschutz zwingt uns schließlich, noch einmal größer zu denken: Was passiert, wenn nicht nur ein:e einzelne:r Patient:in, sondern sehr viele Menschen gleichzeitig versorgt werden müssen und dabei Personal, Material oder Infrastruktur knapp werden?

Genau diese Verbindung prägt auch die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin. Katastrophenmedizin ist kein isoliertes medizinisches Fachgebiet. Sie verbindet verschiedene Disziplinen und auch verschiedene Professionen der Medizin u.a. mit allen Akteuren des Bevölkerungsschutzes. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft wollen wir dieses Wissen zusammenführen und beratend dazu beitragen, die Vorsorge und Bewältigung außergewöhnlicher Ereignisse nachhaltig zu verbessern.

Katastrophenmedizin gewinnt angesichts multipler und komplexerer Katastrophen und Krisen zunehmend an Bedeutung. Wo sehen Sie derzeit die größten Herausforderungen für Deutschland und welche Entwicklungen sehen Sie derzeit (Bsp. Gesundheitssicherstellungsgesetz)?

Eine der größten Herausforderungen besteht aus meiner Sicht darin, Gesundheitsschutz und Bevölkerungsschutz stärker gemeinsam zu denken. Unser Gesundheitswesen ist hervorragend auf die individualmedizinische Versorgung ausgerichtet. In Krisen müssen wir aber gewährleisten, dass medizinische Versorgung auch unter Ressourcenknappheit, bei gestörten Lieferketten oder eingeschränkter Infrastruktur möglichst lange aufrechterhalten werden kann.

Deshalb begrüße ich grundsätzlich, dass Gesundheitssicherstellung und die Resilienz des Gesundheitswesens politisch deutlich stärker in den Fokus rücken. Entscheidend wird aber sein, daraus konkrete und vor allem praxistaugliche Strukturen zu entwickeln. Dazu gehören klare Verantwortlichkeiten und Schnittstellen, belastbare Versorgungskonzepte, Reserven und Redundanzen, regelmäßige Übungen und eine stärkere Vorbereitung der Krankenhäuser und ambulanten Versorgung auf außergewöhnliche Lagen.

Als DGKM sehen wir dabei eine besondere Aufgabe darin, die medizinische Perspektive auf Krisen und Katastrophen – gewissermaßen die Medizin

in den „3K“ Krise, Katastrophe und Konflikt – fachübergreifend abzubilden. Viele medizinische Fachgesellschaften verfügen über wichtige Teilkompetenzen. Gerne wollen wir in der Katastrophenmedizin diese Perspektiven zusammenbringen und daraus übergreifende Konzepte für ein resilientes Gesundheitswesen entwickeln.

Sie beschäftigen sich intensiv mit digitalen Innovationen in der Katastrophenmedizin. Welche Technologien besitzen aus Ihrer Sicht das größte Potenzial, um die Versorgung in Krisenlagen nachhaltig zu verbessern? Und welche Gefahren sehen Sie im Zusammenhang mit diesen Innovationen?

Das größte Potenzial sehe ich weniger in einer einzelnen Technologie als in deren intelligenter Vernetzung. Telemedizin, smarte Sensorik, künstliche Intelligenz, Robotik und Drohnen können uns helfen, Informationen schneller verfügbar zu machen, Ressourcen gezielter einzusetzen und medizinische Expertise dorthin zu bringen, wo sie gerade benötigt wird.

Ein entscheidender Punkt ist dabei für mich die Verfügbarkeit und Nutzung von Daten. In Deutschland wissen wir erstaunlich wenig darüber, wie medizinische Versorgung bei größeren Schadenslagen tatsächlich funktioniert. Genau deshalb entwickelt die DGKM das deutsche MANV-Register. Wir wollen seltene Ereignisse nach einem einheitlichen Standard dokumentieren und damit erstmals eine Grundlage schaffen, um Strukturen und Prozesse wissenschaftlich auszuwerten und langfristig voneinander zu lernen. Unser Ziel ist eine lernende Katastrophenmedizin, die ihre Konzepte nicht allein auf Erfahrung und Annahmen, sondern zunehmend auch auf Evidenz stützt.

Gleichzeitig dürfen digitale Systeme keine neue Verwundbarkeit schaffen. Cyberangriffe, Strom- und Kommunikationsausfälle oder proprietäre Insellösungen können gerade in Krisen zum Problem werden. Deshalb müssen Systeme von Anfang an interoperabel, resilient und möglichst auch unter eingeschränkter Infrastruktur funkti-

onfähig sein. Digitalisierung darf bestehende Strukturen nicht einfach komplizierter machen – sie muss sie robuster machen.

Abschließend, was stimmt Sie trotz der zunehmenden Krisen und Herausforderungen optimistisch für die Zukunft des gesundheitlichen Katastrophen- und Bevölkerungsschutzes?

Mich stimmt vor allem optimistisch, dass sich derzeit sehr viele Menschen aus ganz unterschiedlichen Bereichen – viele davon ehrenamtlich – mit enormem Engagement mit diesen Fragen beschäftigen. Und ich habe den Eindruck, dass das Bewusstsein wächst, dass Resilienz nicht erst in der Katastrophe entsteht, sondern lange vorher.

Wir erleben außerdem eine zunehmende Vernetzung von Medizin, Rettungsdienst, öffentlichem Gesundheitsdienst, Behörden, Hilfsorganisationen, Wissenschaft und Technologie. Genau darin liegt eine große Chance. Niemand wird die kommenden Herausforderungen allein lösen können.

Das entspricht auch unserem Selbstverständnis als DGKM: Wir arbeiten interdisziplinär, interprofessionell und wertschätzend und vernetzen uns sinnvoll mit allen Beteiligten des Bevölkerungsschutzes. Wenn es uns gelingt, dieses Engagement mit wissenschaftlicher Evidenz, einer besseren Datenbasis und neuen technologischen Möglichkeiten zu verbinden, können wir unser Gesundheitswesen deutlich resilienter machen.

Vielleicht ist das auch der wichtigste Perspektivwechsel: Wir können nicht jede Krise verhindern. Aber wir können sehr viel dafür tun, besser vorbereitet zu sein, in der Krise handlungsfähig zu bleiben und anschließend systematisch aus ihr zu lernen.

Wir danken Ihnen für das Gespräch und Ihre Perspektiven auf das Thema.

Dr. med. Martin Schiffarth ist Anästhesist und Notfallmediziner sowie Leitender Notarzt. Als langjähriger Luftrettungsnotarzt bei der ADAC Luftrettung verfügt er über umfangreiche Erfahrungen in der Notfall- und Katastrophenmedizin sowie in komplexen Einsatzlagen.

Was hat Sie persönlich an der Luftrettung und insbesondere an der Arbeit in außergewöhnlichen Einsatzlagen fasziniert und dazu bewegt, diesen Weg einzuschlagen?

Die Luftrettung fasziniert mich bereits seit meiner Kindheit. Aufgewachsen in unmittelbarer Nähe einer Rennstrecke, gehörten Luftrettungseinsätze in gewisser Weise zu meinem Umfeld. Dort entsteht früh ein besonderes Bewusstsein für Unfälle, Unfallfolgen und die Bedeutung schneller Hilfe. Erste eigene Berührungspunkte mit der Notfallmedizin folgten im Zivildienst im Rettungsdienst, durch ehrenamtliches Engagement im Katastrophenschutz sowie später durch meine berufliche Tätigkeit als Anästhesist und Notfallmediziner in Kliniken verschiedener Versorgungsebenen – immer mit Anbindung an einen Rettungshubschrauber und mit dem klar gesetzten Ziel, dort einmal tätig zu werden. In der Luftrettung begegnet man komplexen Lagen häufiger – üblicherweise jedoch unterhalb der Katastrophenschwelle. Besonders prägend waren zudem meine Erfahrungen als Leitender Notarzt im Landkreis Ahrweiler – sowohl beim Jahrhunderthochwasser 2016 als auch bei der Ahr-Katastrophe 2021. Wichtig ist mir, diese Faszination auch für die nächste Generation zu erhalten. Dazu muss das Profil der Luftrettung kontinuierlich weiterentwickelt werden. Mit Blick auf zukünftige Katastrophen und auch die Notwendigkeit, Climate Change Adaptation in Handlung zu übersetzen, braucht es Antizipationsfähigkeit – hier sollten wir die Kreativität der Luftretter:innen nicht unterschätzen, sondern gezielt nutzen und weiterentwickeln.



Abb. 5: Martin Schiffarth | ©Martin Schiffarth

Welche Rolle übernimmt die ADAC-Luftrettung innerhalb der Katastrophenmedizin, und welche besonderen Fähigkeiten bringt die Luftrettung im Vergleich zu bodengebundenen Rettungsmitteln bei Großschadenslagen und Katastrophen ein?

Die ADAC Luftrettung bringt hier besondere Fähigkeiten ein: schnelle Verfügbarkeit, hohe Mobilität, medizinische Expertise, Erfahrung in komplexen Einsatzlagen, gelebtes Crisis Resource Management, Arbeiten in hochzuverlässigen Strukturen und die Fähigkeit, ad hoc mittels Rettungswinden und trainierten Crews durchhaltefähig über Wochen zu helfen. Im Vergleich zu bodengebundenen Rettungsmitteln kann die Luftrettung in Katastrophen insbesondere dort wirken, wo Infrastruktur zerstört, Wege blockiert oder Einsatzorte nur schwer erreichbar sind. Entscheidend ist dabei, die Luftrettung nicht isoliert zu betrachten, sondern sie zunehmend als integralen Bestandteil eines gemeinsamen, vorbereiteten Katastrophenschutzes zu verstehen.

Welche Erkenntnisse und Lessons Learned hat die ADAC-Luftrettung aus vergangenen Großschadenslagen beispielsweise der Hochwasserkatastrophe im Ahrtal 2021 gewonnen? Welche Veränderungen wurden daraus für Strukturen, Ausbildung oder Einsatzkonzepte abgeleitet?

Hochrelevant waren für uns zunächst die Erfahrungen der eingesetzten Crews. Diese wurden nicht nur intern ausgewertet, sondern auch wissenschaftlich erfasst und um Erkenntnisse aus den unterstützenden administrativen Bereichen

der ADAC Luftrettung ergänzt. Eine zentrale Erkenntnis war, dass die im Luftrettungsalltag erworbenen breiten medizinischen Fähigkeiten, der hohe alltägliche Workload und die sorgfältig ausgewählten sowie intensiv eingearbeiteten Crews über alle Berufsgruppen hinweg wesentliche Erfolgsfaktoren waren. Die verfügbaren Instrumente – also Hubschrauber, Rettungswinde und die dahinterstehende Infrastruktur – haben grundsätzlich zuverlässig funktioniert. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Durchhaltefähigkeit über mehrere Wochen sehr personalintensiv ist und – wie auch im Alltag außerhalb von Katastrophen – eng mit der Leistungsfähigkeit und Bereitschaft der Kliniken verbunden ist, die Notärzt:innen zur Verfügung stellen. Ein Schwerpunkt war die Menschenrettung aus unterschiedlichsten Lagen mittels Rettungswinde, in einer bis dahin in Deutschland unbekannten Dimension. Uns bewegt bis heute auch das Schicksal derer, die nicht gerettet werden konnten. Wenn wir künftig besser werden wollen, müssen wir noch besser verstehen, wie Menschen sich in solchen Extremereignissen verhalten, wo sie Schutz suchen, wie sie sich bewegen und wie wir sie schneller finden können. Das technische Retten mittels Winde ist weitgehend standardisiert und trainiert – seine Wirksamkeit konnte es in dieser Lage eindrücklich zeigen. Der Impact der Hochwasserkatastrophe hat viele in seinem Ausmaß überrascht. Aus Perspektive der Luftrettung erscheint daher eine noch frühere Einbindung – bestenfalls vor dem Impact und vor der Response Phase in ein gemeinsames Lagebild – als ein wichtiges Ziel. Eine Impact-Prognose für die Luftrettung wäre künftig sicherlich wünschenswert.

Katastrophenmedizin erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Akteure. Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Kommunikation und Koordination zwischen Einsatzkräften wie Luftrettung, Feuerwehr oder Rettungsdienst während komplexer Einsatzlagen?

Das Leitsymptom einer Katastrophe ist häufig der Informationsmangel und die gestörte Kommunikation. Wenn dieses Leitsymptom bereits in der frühen Response-Phase besteht, kann es die Koordination erheblich beeinflussen. Umso wichtiger ist es, den gesamten Lebenszyklus einer Katastrophe mitzudenken und insbesondere die Phasen der Vorbereitung und der Disaster Risk Reduction konsequent zu nutzen, um typische Missionsprofile unterschiedlicher Gefahrenszenarien als geteiltes Wissen zwischen Luftrettung, Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz zu etablieren. Anders formuliert: Wir kennen den Gegner dieser Vorbereitung: die Katastrophendemenz. Je besser Crews der Luftrettung über Einsatzkonzepte, Missionsprofile und Naturgefahren-Know-how verfügen – und je stärker Luftrettung als integraler Bestandteil der Response-Phase verstanden wird –, desto eher kann auch in einer frühen, möglicherweise chaotischen Phase ein gemeinsames Lagebild entstehen. Das Konzept des Shared Mental Model ist in der Luftrettung intensiv gelebte Praxis. In der Notfallmedizin bedeutet es, dass alle einsatzbeteiligten Rettungskräfte ein gemeinsames Verständnis von Ursache, Wirkung, Prioritäten und Vorgehen entwickeln. Die Katastrophe 2021 hat besonders in der frühen Phase die katastrophenimmanente Instabilität von Kommunikationsmitteln gezeigt. Sobald Kommunikationswege wieder verfügbar waren, zeigte sich aber auch: Durch die Vielzahl gemeinsamer Einsätze von Luftrettung, Feuerwehr, Rettungsdienst und Einheiten des Katastrophenschutzes besteht eine grundsätzlich tragfähige, erprobte Zusammenarbeit. Genau daran sollten wir anknüpfen. Innerhalb der Luftrettung haben wir zentrale Ansprechstellen für BOS, also Beauftragte für die BOS-Familie geschaffen, so dass wir frühzeitig Fachberater Luftrettung zur Verfügung stellen können – was in dynamischen Lagen Prozesse beschleunigen kann.

Extremwetterereignisse, Vegetationsbrände und andere komplexe Schadenslagen stellen neue Anforderungen an die Einsatzkräfte.

Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die ADAC-Luftrettung, und welche Anpassungen sind notwendig, um auch unter veränderten Einsatzbedingungen eine effektive medizinische Versorgung sicherzustellen?

Der Interaktionsraum Mensch – Maschine – Umwelt – Medizin wird in unserem Einsatzbriefing vor Dienstbeginn täglich thematisiert. Die Verhaltenssicherheit unserer Crews ist dabei zentral, besonders dann, wenn die Verhältnissicherheit eingeschränkt ist. Das gehört zunächst zu unserem Alltag. Die Extremwetterereignisse 2021 haben uns aber auch Grenzen aufgezeigt. Wir müssen ehrlich sein: Aus einem allumfassenden Schutzversprechen – Rettung an jedem Ort, zu jeder Zeit – müssen wir stärker in ein gemeinsames Risikomanagement kommen. Dazu gehören auch Eigenverantwortung und Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung zu stärken, die Luftrettung aber auch klarer als Schutzziel zu benennen: Die Effektivität von Rettungsmitteln – auch der Luftrettung – hängt in Katastrophen maßgeblich von ihrer effizienten Einbindung und Verfügbarkeit ab. Die Erfahrungen aus der Katastrophe, aber auch die internationale Literatur zum Einsatz von Luftrettungsmitteln in Katastrophen, hat uns gelehrt, dass Hubschrauber durchaus als „Multitool“ in Katastrophen zu verstehen sind. Das umfasst auch ganz klar die Absicherung der Einsatzkräfte vor Ort durch die originäre rettungsdienstliche Tätigkeit – eben gestützt aus der Luft. Mit Blick auf künftige Ereignisse brauchen unsere Crews ein solides Naturgefahren-Know-how. Einsatzkonzepte, Fähigkeitenaufbau und Kompetenzentwicklung müssen synchron gedacht werden – und die Luftrettung muss als integraler Bestandteil im Katastrophenschutz mitgedacht werden. Das erfordert Training mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Organisationen. Dieser Raum braucht Resilienz und ist ein Teil der Disaster Risk Reduction. Die zivil-militärischen Zusammenarbeit wurden in den letzten Jahren u.a. bei der Medica Quadriga und im Rahmen des Zivil-militärischen Symposium Oranienstein 3.0 beübt.

Sicherlich wird es eine differenzierte Betrachtung der Finanzierung der Luftrettung für die originäre Rettungsdiensttätigkeit sowie für die Fähigkeits- und Kompetenzentwicklung im Katastrophenschutz brauchen. Um dies plastisch zu machen: Es braucht eine resiliente Wirkkette Luftrettung mit Wirkfähigkeit gegenüber einer Vielzahl potenzieller Gefahren. Das bereits hochprofessionelle Umfeld Luftrettung ist dafür geeignet und grundsätzlich bereit.

Welche Auswirkungen hat das Anfang August in Kraft getretene GKV-Spargesetz auf die Arbeit der Luftrettung und Sie spezifisch?

Das GKV-Spargesetz beziehungsweise die geplanten Regelungen zur Beitragsstabilisierung betreffen die Luftrettung unmittelbar, weil Vergütungssteigerungen künftig stärker gedeckelt werden sollen. Die Grundlohnrate wird dabei zur zentralen Obergrenze; für die Jahre 2027 bis 2029 ist zudem eine weitere Absenkung vorgesehen. Bisherige Ausnahmen für Rettungsdienstleistungen sollen teilweise entfallen. Damit greift das Gesetz direkt in die Refinanzierung von Luftrettungsstationen ein. Das Problem ist: Die Grundlohnrate bildet die realen Kosten der Luftrettung nicht ab. Sie orientiert sich an der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung, während die Luftrettung hochspezialisierte Fachkräfte, regulatorische Anforderungen der Luftfahrt, langfristige Verträge, hohe Fixkosten und Investitionszyklen von etwa 20 Jahren für Hubschrauber berücksichtigen muss. Die Kosten steigen strukturell stärker, als eine pauschale Deckelung abbilden kann. Für die Luftrettung entsteht dadurch eine relevante Gefährdung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Luftrettung benötigt Planungssicherheit. Stationen, Personal, Technik, Ausbildung und Sicherheitssysteme können nicht kurzfristig angepasst werden. Gerade ein hochprofessionelles Umfeld wie die ADAC Luftrettung ist auf langfristige Bindungen, stabile Governance und Investitionssicherheit angewiesen. Wir verstehen Luftrettung als Teil der Daseinsvorsorge und kritischen Infrastruktur. Sie trägt dazu bei, Mortalität, Folgeschä-

den und Folgekosten zu reduzieren. Einsparungen in diesem Bereich können daher gesamtwirtschaftlich kontraproduktiv sein – insbesondere vor dem Hintergrund einer sich verändernden Kliniklandschaft, steigender Sekundärtransportbedarfe und zunehmender Anforderungen im Bevölkerungsschutz. Das Gebot zur Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst fordert uns bereits seit geraumer Zeit und ist richtig und wichtig. Uns muss aber klar sein, dass Wirtschaftlichkeit in der Luftrettung niemals die Ziele Flug- und Patientensicherheit negativ beeinflussen darf. Anders als im Risikobegriff des Katastrophenmanagements, in dem Risiko aus der Schnittmenge von Verwundbarkeit und Exposition entsteht, sind unsere Crews im Ereignisfall gewissermaßen selbst Teil des Impacts: Wir sind verwundbar und durch die Verhältnissicherheit in der Luft exponiert. Diesem Umstand können wir uns nur bedingt entziehen. Wir können jedoch Verhaltenssicherheit als risikominimierende Maßnahme trainieren und auf zuverlässige, aber kostenintensive Technik setzen. Das bedeutet: Die Luftrettung investiert seit Jahrzehnten in Sicherheit und ist hier sicherlich als Role Model in der Sicherheitskultur zu sehen. Wirtschaftlichkeit und Sicherheit können durchaus zusammengedacht werden, wenn Zwischenfälle und Unfälle in der Luftrettung vermieden werden. Wird dieses Fundament sukzessive entzogen, können Risiken zunehmen. In der Luftrettung ist dies gefährlich, denn die sogenannte PoD, also die Possibility of Detection – das Erkennen potenziell oder vermeintlich unsichtbarer Gefahren –, ist ebenfalls eine besondere Fähigkeit der Luftrettung.

Wenn Sie auf Ihre bisherigen Erfahrungen in der Luftrettung zurückblicken: Was würden Sie sich für die Zukunft der Katastrophenmedizin und der Luftrettung in Deutschland wünschen?

Grenzbereiche der Medizin finden sich vor allem in der Notfallmedizin. Diese Grenzbereiche und die Herausforderungen, die sich daraus für Crew, Maschine und Luftrettungsorganisation ergeben,

brauchen ein stabiles, langfristig planbares und zugleich hochflexibel reagierendes Umfeld. Dazu gehört auch finanzielle Stabilität. Die Luftrettung muss als kritische Infrastruktur verstanden werden, die in den nächsten Jahren ein Fähigkeitsprofil benötigt, das im Sinne eines All-Hazard-Approach auf eine Vielzahl unterschiedlicher Gefahren reagieren kann. Das erfordert auch einen Kompetenzzuwachs innerhalb der Crews. Somit ist hier der Wunsch bereits formuliert. Luftrettung ist heute eine zentrale Säule der notfallmedizinischen Versorgung in Deutschland. Die Frage ist, ob sie diese Rolle bereits in gleicher Weise in der Katastrophenmedizin einnimmt. Im Ereignisfall ist Luftrettung gefragt und kann ein zentraler Pfeiler der Response-Phase sein. Entscheidend wird aber sein, wie wir als Gesellschaft die Luftrettung auch nach der Katastrophe – in den Phasen Recovery, Preparation und Mitigation – verstehen: ausschließlich als Teil des Rettungsdienstes oder zunehmend als integralen Bestandteil der Vorbereitung auf eine Vielzahl denkbarer Szenarien. Ich bin überzeugt, dass wir als Gesellschaft die professionellen Standards der Luftrettung schätzen und den Erfahrungsschatz aus rund 50.000 Einsätzen pro Jahr und mehr als einer Million Einsätzen seit ihrer Gründung sinnvoll in den Katastrophenschutz und das Katastrophenmanagement im Sinne der Disaster Risk Reduction integrieren können und integrieren sollten. Grundsätzlich ist es im Katastrophenschutz und auch in der Katastrophenmedizin zentral wichtig, die Schutzziele gemeinsam zu definieren, ein gemeinsames Bild potenzieller Gefahren zu entwickeln und daran ausgerichtet wirksame Konzepte zu erarbeiten und zu trainieren. Als Luftretter sind wir in gewisser Weise überregional, bundesweit und mit Blick auf die grenznahen Standorte „grenzenlos“ unterwegs. Das macht das System schlagkräftig, flexibel und sehr effektiv – dies gilt auch für den Einsatz unserer medizinischen Crews an Bord. Nutzen wir diese Ressource.

Wir danken Ihnen für das Gespräch und Ihre Perspektiven auf das Thema.

Dr. med. Norman Hecker ist Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin und Klinische Akut- und Notfallmedizin sowie Chefarzt der Klinik für Akut- und Notfallmedizin am Evangelischen Klinikum Gelsenkirchen. Als Co-Sprecher der AG Katastrophenmedizin und Projektgruppe Zivile Verteidigung der Deutschen Gesellschaft für Notfall- und Akutmedizin (DGINA) beschäftigt er sich insbesondere mit Fragen der Katastrophenmedizin und der Vorbereitung des Gesundheitswesens auf Krisen und Großschadenslagen.



Abb. 6: Norman Hecker | ©Unternehmenskommunikation Evangelischer Verbund Augusta Ruhr

Sie sind in verschiedenen Bereichen der Notfall- und Akutmedizin tätig und beschäftigen sich auch mit der Katastrophenmedizin. Welche Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Tätigkeit haben Sie besonders geprägt und beeinflussen heute Ihren Blick auf die Vorbereitung und Bewältigung von Großschadenslagen?

Die Entwicklung einer professionellen Persönlichkeit ist in der Regel eher ein kontinuierlicher Prozess, man wächst mit den Erfahrungen.

Für mich waren diese Meilensteine beispielsweise 2007 der Wechsel in die universitäre Arbeitsgemeinschaft meines Mentors, Doktorvaters sowie engem Freund und Kollegen, von Herrn Prof. Domres am EKT in Tübingen und die darauffolgende Mitwirkung als „Projektleiter für Notfallmedizin“ beim Aufbau des „Deutschen Instituts für Katastrophenmedizin“. Dann 2010 mein erster internationaler Katastropheneinsatz unmittelbar nach der Erdbebenkatastrophe in Haiti, oder 2014 der Start zum Aufbau des „Sino-German Institute for Emergency and Disaster Medicine“ in Wuhan an der Huazhong Universität und 2017 die Etablierung des ersten pan-südamerikanischen postgraduierten Studiengang an der Medizinischen Fakultät der Nationalen Universität Perus zum Thema „Disaster Management“.

Zusammengenommen durfte ich so die Katastrophenmedizin als Dreiklang von Forschung, Lehre und Praxis erleben. Und genau darin liegt meiner

Meinung nach ein wichtiger Schlüssel für die Bewältigung von Krisen und Katastrophen: Die Katastrophenmedizin ist inhaltlich nicht nur das Wissen um Best Practice in der Optimalen Massennotmedizin, sondern auch das Wissen um Prävention, Mitigation und ein gewichtiger Teil der Antwort auf die Frage, wie man wieder zur Optimalen Individualmedizin zurückkehrt. Aber ich durfte auch lernen und verstehen, dass Katastrophenmedizin und -management politische und institutionelle Aspekte berücksichtigen beziehungsweise nutzen oder selbst schaffen muss, um wirkliche und nachhaltige Systemische Resilienz zu erzeugen.

Bei einem Massenanfall von Verletzten müssen plötzlich sehr viele Patient:innen versorgt und die vorhandenen Ressourcen koordiniert werden. Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich dabei für die Notaufnahmen und wie bereiten sich Krankenhäuser auf solche Szenarien vor?

Im Prinzip orientieren sich die klassischen Vorbereitungen und Planungen für Großschadensereignisse am sogenannten Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan (KAEP). Dieser regelt üblicherweise interne und externe Schadenslagen vom Brand über den Cyberangriff bis hin zur rettungsdienstlichen MANV-Lage. Diese Dokumente sind zentrale Elemente, müssen Qualitätskriterien erfüllen und sollen Krankenhäusern einen kurzfristigen

Aufwuchs der Kräfte ermöglichen, aber auch angrenzende Teilaspekte der medizinischen Versorgung wie Energie, Frischwasser, Verpflegung oder Nachschub an medizinischen Gütern beinhalten. Der KAEP soll und muss - zumindest in Teilen - jährlich geprüft und geübt werden. Oft sind dem grundlegenden Dokument des KAEP sogenannte Sonder-Einsatzpläne angegliedert, welche die eigentliche Funktion und Aufgabe von Teilbereichen, also beispielsweise von Zentralen Notaufnahme, detailliert beschreiben.

Zur Wahrheit gehört jedoch auch, dass diese Übungen und Vorbereitungen nicht gesondert finanziert werden. Daher besteht in der Realität wohl ein himmelweiter Unterschied zwischen einem anschaulichen Dokument und realer Durchhaltetätigkeit. Die aktuellen Reformen im Gesundheitswesen werden den finanziellen Druck auf die einzelnen Standorte zusätzlich erhöhen. Das könnte in der Folge trotz erhöhter Notwendigkeit zur Stärkung der Krisenresilienz des Gesundheitswesens bedeuten, dass noch weniger Ressourcen für diese Themen zur Verfügung stehen.

Dies bereitet mir insbesondere vor dem Hintergrund der Zivilen Verteidigung enorme Sorgen. Auch und speziell im Hinblick auf die Struktur der Notfallkliniken, der ZNA oder der Rettungsstellen, wie sie zwar bundesweit unterschiedlich genannt werden, aber am Ende doch - unabhängig vom Namen - das Rückgrat der Notfallversorgung der Bevölkerung darstellen. Hier wird uns der KAEP nur bedingt weiterhelfen, denn KAEP-Systeme sind eher für den Bereich von bis zu 72 Stunden gedacht.

Also kurzum, wenn man sich hierauf vorbereiten will: Dann bedarf es gezielter Förderungsmaßnahmen insbesondere der relevanten Notfallstrukturen – und ja, das ist, wenn man sich ehrlich macht – auch eine Frage des Geldes. Weiterhin muss in der Diskussion um die zivile Verteidigungsfähigkeit ein risiko-adaptiertes Denken über die reine Versorgung von sogenannten „Battle

Injuries“ hinaus erfolgen. Denn die grundsätzliche notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung ist von zentraler Bedeutung für die Soziale Kohärenz, die Innere Sicherheit und die Öffentliche Ordnung unserer Nation.

Katastrophenmedizin bedeutet häufig, unter deutlich veränderten Rahmenbedingungen Entscheidungen treffen zu müssen etwa bei knappen personellen, räumlichen oder medizinischen Ressourcen. Wie verändert sich dadurch die Arbeit von Notfallmediziner:innen und welche Kompetenzen sind für solche Situationen besonders wichtig?

Die wesentliche Definition einer Katastrophe aus medizinischer Sicht ist: Ein langanhaltendes massives Missverhältnis von Hilfsbedarf auf der einen und Hilfsangebot auf der anderen Seite.

Um in solchen Situationen trotzdem handeln und helfen zu können ist, ein Paradigmenwechsel in der Medizin unabdingbar. Weg von der Optimierten Individualmedizin hin zur Optimierten Massenmedizin. Das bedeutet: Die Qualität des Outcomes ist weniger von Bedeutung als das Überleben an sich. Begriffe wie „Damage Control Surgery“ oder „Triage“ und – gegebenenfalls unter Eröffnung der Kategorie „Blau“ – „Expectant-Care“ rücken in den Vordergrund. Dies fordert medizinisches Personal auf der emotionalen und seelischen Ebene enorm. Zu wissen, dass man helfen könnte, wenn man nur ein wenig mehr hier oder davon hätte, nagt am Menschen. Auch die zu erwartenden Verletzungen und die im Geiste verbleibenden Bilder bedeuten Stress und seelische Last. Daher sprechen wir davon, Menschen resilient zu machen, also die Handlungsfähigkeit in Extremsituationen zu bewahren.

Und um das zu erreichen, müssen wir diesen Menschen Prozeduren und Handlungsanweisungen an die Hand geben, damit auch im Chaos ein „Roter Handlungsfaden“ vorhanden ist. Ebenso müssen, wie bereits zuvor betont, gezielt systemische Aspekte gestärkt werden. Das ist dann eher Systemische Resilienz. Hier beginnt Füh-

rungsverantwortung, auch und insbesondere im politischen Bereich.

Für medizinische Führungskräfte müssen wir gezielt Kompetenzen im Sinne der Multiplikation verankern. Weiterhin bedarf es eines breiten Angebots an Fortbildungsmaßnahmen z.B. des Disaster-Nursings. Und parallel dazu brauchen wir die Einbindung weiterer Kräfte in die Medizinische Versorgung im Ernstfall. Zum Beispiel von Medizinstudent:innen, die anhand einer longitudinalen Einwebung von katastrophenmedizinischen Inhalten entlang des Studiums eine unschätzbare Ressource zum Kräfteaufwuchs während der Katastrophe sein können!

Ganz generell denke ich, dass bei beispielweise rund 12 Millionen Patientenkontakten im Jahr in deutschen Notfallkliniken eine enorme interdisziplinäre Handlungskompetenz, insbesondere im Bereich der Interdisziplinären Notfallmedizin, vorhanden ist. Trotzdem müssen Abläufe und Prozesse in der Krise oft spontan neu gedacht und angepasst werden. Diese Flexibilität entsteht insbesondere dann, wenn wir die „Köpfe kennen“ und „üben, üben, üben“.

Mit Blick auf Pandemien, Hitzewellen, Großschadenslagen und die veränderte sicherheitspolitische Lage: Wie müssen sich Notaufnahmen und Krankenhäuser in Deutschland aus Ihrer Sicht weiterentwickeln, um auch in Zukunft handlungsfähig zu bleiben?

Es beginnt aus meiner Sicht ganz entscheidend mit dem Verständnis, dass Katastrophen nicht aus dem Nichts kommen. Sie haben immer eine oder mehrere Ursachen und Auslöser. Es kann sein, dass wir die Signale nicht verstehen oder falsch deuten, dramatisch wird es aber insbesondere dann, wenn wir die Zeichen ignorieren. Deshalb müssen wir eine klartextliche Risikoanalyse betreiben und basierend auf Fakten weg von Falscher Sicherheit gelangen. Soweit möglich, sollten wir dann versuchen, die restlichen identifizierten Risiken bestmöglich zu mitigieren. Und uns dann gezielt durch systemische Investitio-

nen, Förderung von Innovation und Stärkung der enormen medizinischen Kompetenz in unserem Land zu wappnen und zu rüsten – also Preparedness und Readiness zu schaffen. Wir müssen zudem endlich die Katastrophenmedizin fest und verbindlich in Studium und Ausbildung longitudinal, also nicht nur punktuell, sondern fortlaufend verankern. Weiterhin brauchen wir eine klare Regelung der Finanzierung von Übungen und zur Schließung von Fähigkeitslücken (bspw. Dekontamination). Spätestens hier kommt der Gesetzgeber ins Spiel. Es reicht nicht, von Resilienz zu sprechen und sie einzufordern, während gleichzeitig die Mittel immer weiter beschränkt werden, die Bürokratie weiter erhöht wird und die Existenz auch von zentralen Standorten nicht nachhaltig gesichert ist. Notfallkliniken werden in den sog. „3 K Szenarien“ – Krise, Katastrophe, Krieg – stets eine gewichtige Rolle bei der medizinischen Lageführung innehaben und brauchen neben der Stärkung der persönlichen Resilienz auch eine systemische Stärkung durch gezielte Förderung. Die klinische Realität in Deutschland ist zumeist jedoch, dass unser System bereits jetzt, also im Frieden, an der Belastungsgrenze arbeitet. Also bedeutet dies zum einen: Wir müssen kreative Lösungen suchen. Das ist zum Beispiel der „Kräfteaufwuchs“ durch gezielte Förderung unserer Student:innen. Notfallkliniken können hier klar definierte Rollen für eben diese jungen Kolleg:innen erarbeiten, deren Potential freilegen und diese enorme Kraft zum Wohle der uns anvertrauten Menschen einsetzen. Gleichzeitig müssen wir aber auch klar und deutlich kommunizieren, was wir brauchen, denn nur kreative Lösungen alleine sind ohne Ressourcen zur Umsetzung im Wesentlichen gute Ideen, die „verpuffen“. Unsere Forderungen als Fachgesellschaft haben wir in unserem Positionspapier der DGINA zur Zivilen Verteidigung öffentlich gemacht – zu finden auf unserer Homepage, oder [hier](#).

Wir danken Ihnen für das Gespräch und Ihre Perspektiven auf das Thema.

Wann verstehen wir und handeln endlich? – Gesundheits- und Klimaschutz sind zwei Seiten einer Medaille

Dr. Wolfram Geier ist Mitglied des Vorstands des Deutschen Komitee Katastrophenvorsorge e.V..



Abb. 7: Wolfram Geier | ©Wolfram Geier

Sachliche Ausgangslage 2026

Genau fünf Jahre nach der verheerenden Flutkatastrophe von 2021, die Deutschland aufgrund der dramatischen Auswirkungen damals menschlich wie auch politisch erschüttert hat, wurde das Land 2026 - ebenso wie weite Teile Europas - von bislang in dieser Dimension nicht erlebten Hitzewellen getroffen. Hatte das regional begrenzte Flutereignis seinerzeit über 180 Tote und über 700 Verletzte zur Folge - von den psychisch traumatisierten Menschen ganz zu schweigen - starben hierzulande in Folge der extremen Hitzewellen nach Angaben des Robert Koch Instituts (RKI) bislang über 16.000 Menschen. Keine Statistik zählt dabei bislang die durch Hitze an physischer und psychischer Gesundheit Geschädigten auf. Beide Ereignisse sind nach allen wissenschaftlichen Erkenntnissen dem Klimawandel und der überwiegend anthropogen verursachten globalen Erwärmung zuzurechnen. Doch nicht genug: 2026 wurde aufgrund von Dürre und Hitze auch zu einem Jahr, in dem nahezu zeitgleich Wald- und Vegetationsbrände in Süd-, Südwest-, Südosteuropa bis unmittelbar vor und hinter unserer Haustür in Mitteleuropa loderten. Neben dem unmittelbaren Feuerschaden für Mensch, Tier, Umwelt und Sachgüter sind nach Erkenntnis der Weltorganisation für Meteorologie (WMO) durch Brände in diesen Dimensionen auch mittel- und längerfristige Gesundheits-

schäden durch rauchbedingte Feinstaubbelastungen und eine stärkere Bildung von Ozon am Boden zu konstatieren (s. Tagesschau 24 live vom 07.09.2026).

Außer unmittelbaren Extremwetterlagen wie Starkniederschläge, Hitze und Dürre und deren Folgen für die Gesundheit müssen wir mit weiteren gesundheitlichen Auswirkungen der klimatischen Veränderungen beispielsweise im Bereich der Infektiologie rechnen. Vorboten sind seit einigen Jahren hier u.a. Viruserkrankungen wie beispielsweise das Dengue-Fieber. Das dafür verantwortliche Virus kann nach Angaben des RKI durch die eigentlich in subtropischen und tropischen Gebieten beheimatete, aber mittlerweile auch in Deutschland an verschiedenen Orten nachgewiesene Asiatische Tigermücke übertragen werden (s. Epidemiologisches Bulletin 25/2026). Auch wenn derzeit die steigende Zahl von Infizierten hierzulande in der Regel auf Reise-rückkehrer beschränkt ist, warnen Expert:innen vor einer Ausbreitung in Europa, ebenso wie vor der Ausbreitung des Chikungunya-Virus oder dem West-Nil-Virus, die beide ebenfalls durch Stechmücken übertragen werden können. Gleiches könnte mit der Malaria durch die Anophele-Mücke geschehen, schließlich ist die autochthone Malaria in Deutschland erst seit den 50er Jahren verschwunden. Inwieweit das ebenfalls 2026 zunächst in Österreich, der Schweiz und Süd-

Wann verstehen wir und handeln endlich? – Gesundheits- und Klimaschutz sind zwei Seiten einer Medaille

deutschland entdeckte, mittlerweile sich ausbreitende und durch die Gnitze (Bartmücke) auf Rinder übertragene Shamonda-Virus aus Afrika ebenfalls dem Klimawandel zuzurechnen ist, bleibt aktuell offen. Gut ist, dass es auf Menschen (derzeit) nicht übertragen werden kann. Fakt ist aber auch, dass der globale Temperaturanstieg die Ausbreitung solcher Viren samt Überträger, die in kälteren Zonen nicht vorkommen oder nicht überleben würden, nun erleichtert. Mit Blick auf die mögliche Übertragbarkeit von in (Mittel-) Europa neuartigen Tierviruserkrankungen auf Menschen (Zoonosen) müssen Wissenschaft und Forschung in den nächsten Jahren noch weitaus deutlicher als bisher in Habacht-Stellung sein. Zwischenfazit: Klimawandel und Klimakrise haben also unterschiedlichste Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit, auf die es sich gesamtgesellschaftlich einzustellen gilt.

Politische Ausgangslage 2026

War in diesem Essay bislang etwas neu für Sie? Nein?! Dann habe ich ins Schwarze getroffen, denn in der Tat sind - abgesehen von den jeweils konkreten Ereignissen - die Erkenntnisse über den Klimawandel, die Auswirkungen des Klimawandels und von Wetterextremen auf die Gesundheit grundsätzlich seit langer Zeit bekannt. Ohne auf die umfassenden wissenschaftlichen Forschungsergebnisse und Erkenntnisse aus der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts oder auch auf die umfassenden Empfehlungen und Publikationen des 1992 gegründeten „Wissenschaftlichen Beirates der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU)“ eingehen zu können, will ich hier exemplarisch nur ganz wenige warnende Hinweise erwähnen, die der Politik in den ersten beiden Jahrzehnten des 21. Jahrhunderts an verschiedenen Stellen ein deutliches Menetekel und eine intensive Handlungs-Motivation hätten sein müssen. So konstatierten Mitarbeiter:innen des RKI beispielsweise 2008 zu

Dengue-Fieber, Chikungunya Virus Erkrankung, Malaria, FSME, Borreliose u.a., dass „*extreme klimatische Ereignisse in Verbindung mit weltweitem Warenaustausch und Reiseverkehr (...) die Verbreitung sowohl von Vektoren als auch von Erregern begünstigen*“ können (s. Grünbuch 2008 des Zukunftsforums Öffentliche Sicherheit - ZÖS). Dass diese Warnungen bzgl. problematischer Viruserkrankungen und Pandemiegeschehen - eigentlich bis heute - im politischen Raum überhört wurden, wurde tatsächlich durch die 2012 von RKI zusammen mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) erarbeitete Risikoanalyse zu einem modifizierten SARS-Virus und deren Ignorieren noch getoppt (s. Deutscher Bundestag: Bericht zur Risikoanalyse 2012 / Anmerkung: beim SARS-CoV-2-Virus handelt es nicht um ein Virus, das durch den Klimawandel begünstigt wurde; das Beispiel dient nur der Verdeutlichung politischer Ignoranz gegenüber interner wie externer Fachexpertise). Bezgl. der Gefahr von Pandemien kommen Expert:innen zu dem Schluss, dass sich auch durch die Pandemie von 2020ff nicht viel getan hat, um solchen Ereignissen künftig deutlich besser aufgestellt zu begegnen (s. Mascolo/Drosten 2024).

Auf die Verletzlichkeit von Regionen in Deutschland mit Blick auf Klimawandel, Extremwetter und Gesundheit haben Mitarbeiter:innen des Umweltbundesamtes ebenfalls bereits 2008 deutlich hingewiesen. So steht im o.g. Grünbuch des ZÖS von 2008 u.a. zu lesen: „*Für den Oberrheingraben macht sich der Klimawandel besonders mit einer deutlichen Zunahme heißer Tage und Nächte sowie der Zahl und Dauer der Hitzeperioden bemerkbar. Diese Zunahme ist besonders für das Gesundheitswesen eine Herausforderung.*“ Leider bleibt die Problematik nun nicht mehr nur auf den Oberrheingraben beschränkt, sondern hat mittlerweile das ganze Land erfasst. Im Grünbuch von 2020 des ZÖS wurde dem Klimawandel neben dem Pandemierisiko nochmals

Wann verstehen wir und handeln endlich? – Gesundheits- und Klimaschutz sind zwei Seiten einer Medaille

besondere Beachtung geschenkt. In einem eigens ausgearbeiteten Experten-Szenario erlebt eine fiktive Familie in einer deutschen Großstadt im Jahr 2030 eine ungebrochene sommerliche Hitzewelle im sechsten Dürrejahr, die mit 45 Grad Celsius ihren Höhepunkt erreicht. Mit realen 41,8 Grad Celsius am 27.06.2026 am Tag in Möckern-Drewitz (Sachsen-Anhalt) und einem nächtlichen Temperaturmaximum von 29,4 Grad Celsius am 28.06.2026 in Kubschütz (Sachsen) nähern wir uns diesem Szenario in der Realität mit großen Schritten an, ebenso bei der lange anhaltenden, nur zeitweise unterbrochenen Bodentrockenheit.

So weit, so schlecht! Warum, so frage ich mich, kommen beispielsweise weder ein 1992 gegründeter Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderung (WGBU), noch ein 2007 extra für die Kommunikation und Vermittlung von Sicherheitsthemen zur Politik gegründetes „Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit (ZÖS) e.V.“ oder aber namhafte Expert:innen aus Forschungseinrichtungen wie dem Potsdam Institut für Klimafolgenforschung (PIK) oder dem Helmholtz-Zentrum für Ozeanforschung beim Thema Klimawandel, Klimaschutz und Klimaanpassung in der Politik nicht weiter?

Die Gründe mögen einerseits vielfältig sein, andererseits sind die Gründe wahrscheinlich recht einfach. Ich teile darüber die Einschätzung von Professor Mojib Latif, dem Präsidenten der Akademie der Wissenschaften in Hamburg. Für den renommierten Klima- und Umweltforscher liegt eine Ursache für das Nichthandeln der Politik in der Vergangenheit darin, dass es sich beim Klimawandel und seine Folgen um eine für menschliches Empfinden langfristige Gefahr handelt bzw. gehandelt hat, deren Konsequenzen man vor allem auch hierzulande lange zugunsten akuter und greifbarer ad-hoc Gefahren ausblenden konnte. Nach Extremwetterlagen scheint bald

wieder sprichwörtlich die Sonne oder aber es wird kühler und schnell geht man zur Tagesordnung über. Zum anderen, so Latif, fehle es in Deutschland aber im Gegensatz zu Skandinavien an einem parteiübergreifenden politischen Konsens und einer langfristigen Strategie anstelle parteipolitischer Blockadehaltungen. Und last but not least sei die fossile Industrie einfach zu stark und besitze einen großen Einfluss auf die Politik (s. der Freitag/Nr. 31/30. Juli 2026). Und in der Tat hat die Politik die Brisanz auch nach den über 16.000 Hitzetoten des Sommers 2026 nicht begriffen oder will sie nicht begreifen. Auf der Höhe der Hitzewelle meinte der ARD-Journalist Georg Schwarte aus meiner Sicht sehr treffend, dass *„das Schweigen der Bundesregierung zur Hitzewelle (...) mehr als nur ein Empathieproblem“* sei. Die Politik, so Schwarte weiter, meide das Wort Klimaschutz, denn es sei *„verbrannt, wie demnächst wieder die Wälder“*; *„Hitze koste und Hitze töte“* (s. Tagesschau24 live vom 29.06.2026). Was wäre gewesen, so meine Frage, wenn es im Sommer 2026 zu mehreren Dutzend Toten durch ein ad-hoc-Ereignis, wie einen Terroranschlag, einer Sabotage oder einem Großunfall gekommen wäre? Die Antwort kennen wir wahrscheinlich alle! Schlimmer noch: während etablierte Politik in Regierungsverantwortung sich derzeit um konsequenten Klimaschutz und konsequente Klimaanpassung aus parteipolitischen und lobbyistischen Gründen drückt, etikettiert die nach politischer Macht greifende AfD den Klimawandel als *„Nebenthema“* bzw. *„Klimahype“* und für ihren Vorsitzenden waren die Hitzewellen in diesem Jahr sogar *„ein ganz normaler Sommer“* (s. Deutschlandfunk vom 24.08.2026). Schlechte Aussichten also derzeit für den dringend erforderlichen radikalen Kurswechsel beim Schutz dieses elementaren Teils unserer Lebensgrundlagen.

Wann verstehen wir und handeln endlich? – Gesundheits- und Klimaschutz sind zwei Seiten einer Medaille

Lage im Gesundheitswesen

Kommen wir nun zum Gesundheitswesen in Deutschland, das seit vielen Jahren aufgrund steigender Kosten immer wieder in der politischen Debatte steht. Insbesondere die Krankenhäuser stehen in vielen Fällen finanziell mit dem Rücken an der Wand, rund 70% der Häuser schreiben rote Zahlen, zahlreiche Häuser wurden organisatorisch umgebaut, mussten Betten abbauen oder ganz schließen. Von rund 665.000 Krankenhausbetten zu Beginn der 90er Jahre standen 2022 noch rund 477.000 zur Verfügung und der Abbau von Bettenkapazitäten sowie der Umbau in eine derzeit fachlich durchaus umstrittene neue Struktur von „Schwerpunktversorgern“ und „Sektorenübergreifende Versorgungszentren“ (siehe aktuelle Diskussion in Baden-Württemberg) gehen weiter. Es mag gute Gründe geben, die deutsche Krankenhauslandschaft genau unter die Lupe zu nehmen und auch an veränderte gesellschaftliche Strukturen anzupassen. Allerdings darf dabei der Kostenfaktor nicht der (alleinige) Ausschlaggebende sein: öffentliche Krankenhäuser sollten niemals primär unter Gewinnerzielungsabsicht betrieben werden, auch wenn wirtschaftliches Handeln bzgl. des Mitteleinsatzes auch hier einen hohen Stellenwert haben muss. Krankenhäuser sind Teil unserer Daseinsvorsorge im Akutfall, aber auch eine wichtige „psychologische Institution“ für das generelle Sicherheitsgefühl der Menschen vor Ort. Neben dem Krankenhaussektor ist aber auch der Sektor der niedergelassenen Ärzt:innen von Reformen seit Jahren massiv betroffen und dürfte sich mit Blick auf die zu versorgende Bevölkerung regional unterschiedlich weiter verschlechtern (s. Baureithel 2026). Gleiches gilt für die psychotherapeutische Versorgung, deren Notwendigkeit gerade die Krisen der letzten Jahre mehr als verdeutlicht haben. Auch die präklinische Notfallversorgung, also der Rettungsdienst soll durch

Reformen angepasst werden, die durchaus zum Teil an richtigen Stellen, wie der verbesserten Vernetzung und Koordinierung zwischen kassenärztlichen Notfalldiensten, Rettungsdienst und Krankenhäusern ansetzt. Doch schon seit Längerem klagen Rettungsdienste und auch im Notarztdienst mitwirkende Kliniken über zu hohe Auslastungen, zu wenig Fachpersonal, ein zu großes Stadt-Land-Gefälle und eine nicht auskömmliche Finanzierung des Gesamtsystems: nachhaltige Besserung nicht in Sicht!

Noch schlechter sieht es im bislang gesetzlich nicht geregelten Bereich der Katastrophenmedizin aus. Neben einem bislang immer noch nicht verabschiedeten oder gar umgesetzten Gesundheitssicherstellungsgesetz des Bundes, das jedoch auch nur im Zustimmungs-, Spannungs- oder Verteidigungsfall greifen würde, fehlen ein umfassendes Gesamtkonzept sowie eine entsprechende materielle Infrastruktur für den länger anhaltenden und überregionalen Massenansturm von Verletzten und Erkrankten. Immerhin gab es in Westdeutschland bis zum Beginn der 90er Jahre im Rahmen der Zivilen Verteidigung und des Zivilschutzes ein Hilfskrankenhausbau- und -ausbauprogramm, das eine Kapazität von über 160 Häusern unterschiedlicher baulicher Schutzstufen und Versorgungskapazitäten hatte und über rund zusätzliche 80.000 Betten verfügte. Hinzu kamen Sanitätsmittellager mit einer Kapazität zur Versorgung von über 200.000 Verletzten sowie entsprechende Operationseinheiten für vollgeschützte Hilfskrankenhäuser. Durch die Ausbildungsprogramme für sogen. Schwesternhelferinnen stand mehrere Hunderttausend assistierende Pflegekräfte zumindest rein rechnerisch zur Verfügung. All dies wurde in den 90er Jahren durch die Politik gestrichen, die eingesparten Haushaltsmittel für die Wiedervereinigung und den Aufbau der hinzugekommenen neuen Bundesländer eingesetzt und das gesamte

Wann verstehen wir und handeln endlich? – Gesundheits- und Klimaschutz sind zwei Seiten einer Medaille

Zivilschutzsparprogramm als so genannte „Friedensdividende“ verkauft. Bis heute leidet der gesundheitliche Bevölkerungsschutz speziell und der Zivilschutz allgemein unter diesem Kahlschlag in der Infrastruktur.

Aufgaben für die Politik

Auch wenn sich die letzten Ausführungen auf den hier nicht weiter betrachteten Zivilschutz, also den Schutz der Bevölkerung im Verteidigungsfall bezogen und der Schwerpunkt dieses Essay auf dem Klimawandel und der Klimakrise liegt, benötigen wir ein schlüssiges, alle national bedeutsamen Risiken, Gefahren und Bedrohungen berücksichtigendes Gesamtkonzept zum Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung unter den heutigen und künftigen Bedrohungsannahmen und realen Gefahren, also den vielbeschworenen „All-Hazard-Ansatz“, der in einem Ebenen übergreifenden Präventions-, Vorsorge- und Schutzprogramm integriert ist. Eine nicht einfach zu bewältigende Herausforderung dürfte dabei sein, die Komplexität und die Gesamtzusammenhänge in diesen Kontexten verstehen zu wollen und sich dieser anzunehmen. Es ist natürlich immer einfacher, sich von Einzelereignis (z.B. Flutkatastrophe) zu Einzelereignis (z.B. Hitzesommer) und von Einzelgefahr (z.B. Klimawandel) zu Einzelgefahr (z.B. Krieg oder Pandemie) durchzuhangeln. Einem nachhaltigen Lösungsansatz wird diese Haltung jedoch nicht gerecht und genau diese nachhaltigen Lösungsansätze benötigen wir dringender denn je, wenn wir im wahrsten Sinne des Wortes überleben und unsere Gesundheit vor diesen Gefahren wirkungsvoll schützen wollen.

Hier liegt die auszuspielende Karte aber nun eindeutig und unmissverständlich bei der Politik, bei Bundes- und Landesparlamenten, bei Bundes- und Landesregierungen, aber auch bei Verantwortlichen auf kommunaler Ebene, die durch den Bund und die Länder bei den anstehenden Mammutaufgaben keinesfalls alleine gelassen werden

dürfen, sondern dauerhaft handlungsfähig gemacht werden müssen. Wissenschaftliche und fachliche Expertise gibt es in unserem Land zuhauf. Leider bleibt sie allzu oft in Form von Studien, Analysen etc. ungelesen in den Schubladen der politischen Zentralen liegen oder wird aufgrund anderer tatsächlicher oder vermeintlicher Prioritäten nach hinten geschoben. Wie ein ganzheitlicher Schutz unserer Gesundheit unter den Bedrohungen durch Klimawandel, Klimakrise und anderen Gefahren aussehen, wie ein modernes zukunftsorientiertes Gesundheitssystem, eine effektive Notfall- und Katastrophenmedizin und ein das Wort wirklich verdienender Bevölkerungsschutz gestaltet werden könnte, ist nicht die unlösbare Aufgabe, als die sie immer verkauft wird. Die fachliche Expertise dafür existiert zuhauf!

Was also bleibt für die Politik zu tun? Ich meine, dass sich Politiker:innen aus Bund und Ländern dringend darüber verständigen müssen, wie der künftige -auch rechtliche- Gesamtrahmen unserer Gesellschaft aufgrund der sich rasant verändernden Lebensumstände aussehen muss und welche gravierenden Änderungen dafür notwendig sind und zügig umgesetzt werden. Bund und Länder müssen zu neuen, gemeinsamen und auch verfassungsrechtlich abgesicherten Ansätzen in der Zusammenarbeit kommen. Ähnlich wie in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, in der Politiker:innen und Expert:innen gemeinsam über die bestmögliche Verfassung für das neue Nachkriegsdeutschland im Westen beraten und mit der Konzeption des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland eine verfassungspolitische wie verfassungsrechtliche Meisterleistung vollbracht haben, müssen sich heute Politiker:innen und Expert:innen zusammenfinden, um einen neuen leistungs- und damit zukunftsfähigen Ansatz für die Zusammenarbeit von Bund und Ländern im föderalen Staat zu finden.

Wann verstehen wir und handeln endlich? – Gesundheits- und Klimaschutz sind zwei Seiten einer Medaille

Dabei sollte es nicht nur darum gehen, ggf. einzelne Aufgaben des Schutzes der Bevölkerung zur Gemeinschaftsaufgabe nach Artikel 91a des Grundgesetzes zu erklären, wie dies in Teilen von Fachleuten für den Bevölkerungsschutz oder wie dies im vergangenen Hitzesommer durch den Bundesumweltminister für den Hitze- und Klimaschutz in die Diskussion gebracht wurde. Sicherlich ist die Möglichkeit, neue Gemeinschaftsaufgaben festzulegen ein wichtiger, wenn nicht sogar ein zentraler Aspekt in einer solchen Debatte. In diesem Essay geht es exemplarisch um einige grundsätzliche Fragestellungen unserer Existenz, so dass zunächst im Konsens festzulegen wäre, welche Aufgaben zur Sicherung dieser Existenz künftig Verfassungsrang erhalten sollten und wie der Vollzug dieser Aufgaben verfassungsrechtlich

neu zu gestalten wäre, um von der strategischen Ebene (Verfassung) auf die operative Ebene (Einzelgesetze und untergesetzliche Regelungen) zu kommen. Tabus darf es dabei nicht geben. Das immer wiederkehrende Mantra, dass der Bund für diese oder jene Aufgabe nicht zuständig sei, sollte dabei mit Blick auf die existentiellen Themen und deren Dringlichkeit ebenso der Vergangenheit angehören, wie die pauschale, oftmals völlig unterfinanzierte Aufgabenzuweisung an Länder und Kommunen und den administrativen Fingerzeig auf diese beiden Ebenen. Keine einfache, aber eine (über-)lebenswichtige Aufgabe für die Politik, unseren Staat, unsere Gesellschaft, für uns alle!

Quellen:

- Baureithel, U.: Gesundheitsreform: Die Zeche zahlen die Bedürftigsten, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 6/26.
- Becker, M.: Wenn die Tigermücke sticht, in: der Freitag/Nr. 26/25. Juni 2026.
- Becker, M./Latif, M.: Dem Planeten geht das Wasser aus, in: der Freitag/Nr.31/30. Juli 2026.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: Kliniken befürchten deutlich steigende Defizite ab Herbst, Pressemitteilung vom 19. März 2026.
- Deutscher Bundestag: Bericht zur Risikoanalyse 2012, Berlin 2013.
- Deutschlandfunk online: Erderwärmung: Hitzewochen waren für AfD-Chef Chrupalla ein „ganz normaler Sommer“, vom 24.08.2026.
- Geier, W.: 89 s to midnight - Weltuntergang oder Panikmache in disruptiven Zeiten, in: Zeitenwende, Zivile Verteidigung und Bevölkerungsschutz, Berlin 2026.
- Mascolo, G./Drosten, C.: Alles überstanden? Berlin, 2024.
- Powell, J.L.: 2084 – Eine Zeitreise durch den Klimawandel, Köln 2020.
- Reimer, N./Staud, T.: Deutschland 2050 – Wie der Klimawandel unser Leben verändern wird, Köln 2021.
- Schwarte, G.: Hitze kostet und Hitze tötet, in: tagesschau24 live vom 29.06.2026.
- Tagesschau online: Unbekanntes Virus bei Rinden nachgewiesen, in: tagesschau24 live vom 05.08.2026.
- Tagesschau online: Meteorologen warnen vor Gesundheitsschäden durch Großfeuer, in: tagesschau24 live vom 07.09.2026.
- Schmitt, W./Kolb, P.W.: Zivile Verteidigung, in: Das Bonner Innenministerium – Innenansichten einer politischen Institution, Bonn 1997.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen: Welt im Wandel - Sicherheitsrisiko Klimawandel, Berlin 2008.
- Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit: Grünbuch 2008, Berlin 2008.
- Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit: Grünbuch 2020, Berlin 2020.

der Deutschen Gesellschaft Katastrophenmedizin e.V.

In dieser Ausgabe unseres Magazins möchten wir unsere Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) weiter stärken und unseren Leser:innen die Möglichkeit geben, die Gesellschaft, ihre Arbeit und ihre Ziele näher kennenzulernen.

Daher möchten wir in dieser Rubrik unseren Kolleg:innen der DGKM Raum geben, sich Ihnen persönlich vorzustellen und einen Einblick in ihre Tätigkeitsfelder, fachlichen Schwerpunkte und Erfahrungen zu geben. Dabei soll unterstrichen werden, welche Bedeutung die Katastrophenmedizin für einen leistungsfähigen und resilienten Bevölkerungsschutz hat und welche Herausforderungen sowie Entwicklungsperspektiven sich für dieses Fachgebiet ergeben.

Wir freuen uns, die DGKM in dieser Ausgabe als Kooperationspartner näher vorzustellen und wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Wissenschaft vernetzen, Erfahrungen teilen, Katastrophenmedizin weiterentwickeln

Was passiert, wenn plötzlich mehr Patient:innen versorgt werden müssen, als unter den gegebenen Bedingungen eigentlich möglich ist? Wie müssen sich Rettungsdienst und Krankenhäuser auf CBRN-Lagen vorbereiten? Wie lassen sich Betroffene bei einem Massenanfall von Verletzten schnell und verlässlich priorisieren? Und wie können Erfahrungen aus realen Einsatzlagen systematisch genutzt werden, um beim nächsten Ereignis besser vorbereitet zu sein?

Mit diesen und vielen weiteren Fragen beschäftigt sich die **Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) e. V.**. Sie ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft und versteht sich als interprofessionelles und interdisziplinäres Kompetenznetzwerk für Katastrophenmedizin und gesundheitlichen Bevölkerungsschutz. Dabei bringt sie Wissen und Erfahrung beratend ein, fördert den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis und vernetzt Akteure des Bevölkerungsschutzes auf nationaler und internationaler Ebene.

Das Spektrum ist bewusst breit: Katastrophenmedizin betrifft längst nicht nur Ärzt:innen. Rettungsdienst und Pflege, Psychosoziale Notfallversorgung, Pharmazie, Technik und Logistik, Be-

hörden und Hilfsorganisationen, Wissenschaft und Forschung müssen zusammengedacht werden. Genau an diesen Schnittstellen sieht die DGKM ihre Aufgabe.

Wissenschaft trifft Praxis

Katastrophenmedizin lebt in besonderem Maße von Erfahrungen aus realen Ereignissen. Gleichzeitig reicht Erfahrungswissen allein nicht aus. Die DGKM möchte bestehendes Wissen verfügbar machen, neue Erkenntnisse schaffen und gemeinsam mit ihren Partner:innen wissenschaftlich fundierte und zugleich praxistaugliche Lösungen entwickeln.

Ein wichtiges Arbeitsfeld ist dabei seit vielen Jahren die **Sichtung und Vorsichtung**. Gemeinsam mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe war die DGKM maßgeblich an der Entwicklung und Evaluation von **PRIOR® – Primäres Ranking zur Initialen Orientierung im Rettungsdienst** beteiligt. Mehr als 30 Mitglieder der Gesellschaft brachten sich ehrenamtlich in den Entwicklungsprozess ein. PRIOR® steht exemplarisch für den Anspruch der DGKM, praktische Herausforderungen der Katastrophenmedizin in strukturierte, trainierbare und wissenschaftlich evaluierbare Verfahren zu überführen.

Auch heute beteiligt sich die Gesellschaft an der Entwicklung fachlicher Standards. Dazu gehören die Mitwirkung an der S2K-Leitlinie „Katastrophenmedizinische prähospitalen Behandlungsleitlinien“ sowie an der S2K-Leitlinie zur „klinischen Krisen- und Katastrophenmedizin“.

Aus realen Ereignissen lernen: das MANV-Register

Eine der jüngsten Initiativen der DGKM ist das **MANV-Register**. Eine zentrale Schwierigkeit der Katastrophenmedizin besteht darin, dass reale Massenanfälle von Verletzten oder Erkrankten vergleichsweise selten und zugleich äußerst heterogen sind. Bislang werden Erfahrungen aus solchen Ereignissen häufig lokal ausgewertet, ohne dass eine einheitliche Datenstruktur einen übergreifenden Vergleich ermöglicht.

Genau hier setzt das MANV-Register an. Es wurde 2025 und 2026 gemeinsam mit einem interdisziplinären Expertenkreis entwickelt und am 5. Juni 2026 im Rahmen der INTERSCHUTZ in Hannover offiziell gestartet. Das Register wird federführend durch die DGKM betrieben.

Ziel ist es, reale MANV-Ereignisse strukturiert zu dokumentieren und damit erstmals eine breitere Datengrundlage für wissenschaftliche Auswertungen, Qualitätssicherung und Wissenstransfer zu schaffen. Neben prospektiv dokumentierten Ereignissen können auch zurückliegende Lagen erfasst werden. Langfristig soll so aus vielen einzelnen Erfahrungen ein gemeinsamer Wissensbestand entstehen.

Das MANV-Register steht damit exemplarisch für eine zentrale Zielsetzung der heutigen DGKM: **Katastrophenmedizin soll nicht nur auf Erfahrungen beruhen, sondern Erfahrungen sollen systematisch zu Evidenz werden.**

Wissen teilen: #disastertalk

Nicht jeder fachliche Austausch braucht einen Kongress. Mit dem **#disastertalk** hat die DGKM deshalb eine digitale Veranstaltungsreihe geschaffen, in der aktuelle Themen der Katastrophenmedizin und des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes niedrigschwellig diskutiert werden können.

Expert:innen aus unterschiedlichen Bereichen bringen ihre Perspektiven ein, Erfahrungen aus realen Ereignissen können zeitnah aufgegriffen und neue wissenschaftliche oder organisatorische Entwicklungen diskutiert werden. Der digitale Charakter ermöglicht dabei eine ortsunabhängige Teilnahme und bringt Menschen zusammen, die im Alltag in ganz unterschiedlichen Bereichen des Bevölkerungsschutzes tätig sind. Der **#disastertalk** ist damit zugleich Fortbildungsangebot und Vernetzungsplattform.

Katastrophenmedizin erleben: #disasterexperience

Katastrophenmedizin lässt sich jedoch nicht ausschließlich am Bildschirm vermitteln. Entscheidungen unter Zeitdruck, Kommunikation, Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche und das Handeln unter außergewöhnlichen Bedingungen müssen erlebt und trainiert werden.

Genau dafür steht die **#disasterexperience**. Das 2025 erstmals durchgeführte Format verbindet Wissensvermittlung mit praktischen und simulationsorientierten Elementen und macht Katastrophenmedizin unmittelbar erfahrbar.

Dabei geht es nicht darum, möglichst spektakuläre Katastrophenszenarien nachzustellen. Im Mittelpunkt stehen vielmehr Entscheidungsprozesse, Zusammenarbeit und die Frage, was sich verändert, wenn gewohnte Strukturen der Individualmedizin nicht mehr uneingeschränkt zur Verfügung stehen.

Vernetzen und diskutieren: der DKMK

Mit dem **Deutschen Kongress für Katastrophenmedizin (DKMK)** schafft die DGKM darüber hinaus eine große wissenschaftliche Plattform für das Fachgebiet. Am **14. und 15. November 2026** bringt der Kongress in Tübingen Expert:innen aus Medizin, Rettungswesen, Bevölkerungsschutz, Wissenschaft, Verwaltung und weiteren Bereichen zusammen.

Der DKMK soll dabei mehr sein als eine klassische Fortbildungsveranstaltung. Wissenschaftliche Erkenntnisse treffen auf Erfahrungen aus der Einsatzpraxis, neue Konzepte auf bestehende Strukturen und unterschiedlichen Fachbereichen aufeinander. Gerade diese Verbindung ist für die DGKM zentral: Katastrophenmedizin kann nur dann weiterentwickelt werden, wenn Wissenschaft, operative Praxis und strategische Planung miteinander im Austausch stehen.

Beratung und Vernetzung

Neben eigenen Projekten und Veranstaltungen versteht sich die DGKM als fachwissenschaftlicher Ansprechpartner. Sie bringt Expertise in Leitlinien, Konsensusprozesse und Fachgremien ein und arbeitet mit Behörden, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Hilfsorganisationen und weiteren Akteuren des Bevölkerungsschutzes zusammen.

Dabei geht es nicht darum, operative Zuständigkeiten zu übernehmen. Die Stärke einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft liegt vielmehr darin, unterschiedliche Perspektiven zusammenzuführen, wissenschaftliche Erkenntnisse einzuordnen und daraus Impulse für Standards, Ausbildung und Praxis abzuleiten. Genau diese Schnittstellenfunktion hat die DGKM über Jahrzehnte entwickelt. Auch die nationale und internationale Vernetzung gehört zum Selbstverständnis der Gesellschaft. Katastrophen und Krisen halten sich weder an Organisationsgrenzen noch an

Landesgrenzen. Der Austausch von Erfahrungen und Konzepten ist deshalb ein wesentlicher Bestandteil einer zukunftsfähigen Katastrophenmedizin.

Eine Fachgesellschaft zum Mitmachen

Die DGKM versteht sich heute als **interprofessionelles und interdisziplinäres Kompetenznetzwerk**.

Die Möglichkeiten zur Mitwirkung sind vielfältig. Mitglieder können sich in wissenschaftliche und fachliche Projekte, Veranstaltungen, Leitlinien- und Konsensusprozesse oder neue Aus- und Fortbildungsangebote einbringen. Einen wichtigen Raum für die kontinuierliche Zusammenarbeit bieten zudem die **Arbeitsgemeinschaften der DGKM**. Neben themenspezifischen Arbeitsgemeinschaften, beispielsweise zum medizinischen CBRN-Schutz oder zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV), bestehen auch regionale Arbeitsgemeinschaften, die Vernetzung und fachlichen Austausch vor Ort ermöglichen.

Darüber hinaus bieten Formate wie der **#disastertalk**, die **#disasterexperience** und der **Deutsche Kongress für Katastrophenmedizin** Möglichkeiten, sich auszutauschen, eigene Expertise einzubringen und neue Kontakte zwischen Wissenschaft und Praxis zu knüpfen. Die DGKM versteht sich dabei ausdrücklich als offene Plattform für unterschiedliche Fachdisziplinen und Perspektiven.

Katastrophenmedizin beginnt lange vor einer Katastrophe. Sie entsteht dort, wo Erfahrungen geteilt, Wissen kritisch hinterfragt, Strukturen vorbereitet und neue Lösungen entwickelt werden. **Genau dafür bringt die DGKM Menschen aus Wissenschaft und Praxis zusammen – interdisziplinär, interprofessionell und mit dem gemeinsamen Ziel, gesundheitliche Versorgung auch unter außergewöhnlichen Bedingungen bestmöglich zu gewährleisten.**

Szenariowürfel als Instrument reflektiver Risikokommunikation

Korrespondierende Autorin: Tamara L.

Orschler ist Mitarbeiterin im Fachdienst Bevölkerungsschutz und Ordnungsangelegenheiten des Kreises Ostholstein. Zu ihren fachlichen Schwerpunkten gehören unter anderem Bevölkerungsschutz, Krisen- und Katastrophenvorsorge sowie Risikokommunikation. Im Rahmen ihrer Tätigkeit beschäftigt sie sich mit der Entwicklung und Vermittlung praxisnaher Ansätze, um die Bevölkerung für Risiken zu sensibilisieren und die individuelle Vorsorge und Handlungsfähigkeit zu stärken.

Kontakt: t.orschler@kreis-oh.de



Abb. 8: Tamara Orschler | ©Orschler, Tamara

Forschungsdesiderat und Pionierforschung

Um Menschen für die Krisen- und Katastrophenvorsorge zu sensibilisieren, ist die Wahl einer geeigneten Vermittlungsform von zentraler Bedeutung. Ziel ist eine Risikokommunikation, die niedrigschwellig, verständlich und handlungsorientiert gestaltet ist. Informationen müssen klar, alltagsnah und strukturiert vermittelt werden, so dass Individuen befähigt werden, Verantwortung für ihre eigene Vorsorge zu übernehmen. Klassische Informationsmaterialien wie Flyer reichen hierfür nicht aus; es braucht Formate, die aktive Beteiligung ermöglichen und Orientierung bieten.

Basierend auf einem Serious Game des DKKV, bestehend aus zwei Würfeln, entstand die Idee, ein weiterentwickeltes, spielbasiertes Kommunikationsinstrument mit mehreren großformatigen Würfeln zu entwickeln. Der spielerische Ansatz eröffnet einen vielversprechenden Zugang, um komplexe Inhalte über ein haptisches und interaktives Medium zu vermitteln.

Das übergeordnete Ziel besteht darin, ein Instrument zu schaffen, das sowohl pädagogisch wirksam als auch für die Öffentlichkeitsarbeit geeignet ist.

Das Spiel soll:

- über den spielerischen Zugang Neugier wecken, zu Gesprächen anregen und Wissen in einer entspannten Atmosphäre nachhaltig sowie niederschwellig vermitteln;
- Vorsorge enttabuisieren und als machbaren, alltagsintegrierbaren Prozess darstellen;
- Selbstwirksamkeit stärken, indem individuelle Handlungsmöglichkeiten sichtbar gemacht werden;
- Resilienz fördern;
- flexibel in Bildungseinrichtungen, Vereinen und bei öffentlichen Veranstaltungen einsetzbar sein.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser konzeptionellen Überlegungen vorgestellt und erste Erfahrungen aus den ersten Spielrunden erläutert.

Ziel des Spiels

Das Spiel verfolgt das zentrale Ziel, für potenzielle Gefahren und Risiken zu sensibilisieren sowie Grundlagen der Vorsorge zu vermitteln. Im Mittelpunkt steht die Stärkung der Handlungsfähigkeit der Bevölkerung. Hemmschwellen sol-

Szenariowürfel als Instrument reflektiver Risikokommunikation

len abgebaut und verdeutlicht werden, dass Vorsorge und Resilienz keine belastenden Themen darstellen, sondern niedrigschwellig zugänglich und alltagsnah erlernbar sind.

Die Zielsetzungen lassen sich wie folgt konkretisieren:

- **Bewusstsein zu stärken:** Die Bevölkerung soll Gefahren und Risiken im Alltag sowie in Krisen- und Katastrophensituationen besser erkennen.
- **Auseinandersetzung zu fördern:** Die Teilnehmenden reflektieren ihre eigene Verwundbarkeit und identifizieren sinnvolle Vorbereitungsschritte.
- **Konkrete Vorbereitung zu entwickeln:** Gemeinsam mit Moderator:innen werden alltagsnahe und umsetzbare Maßnahmen erarbeitet.
- **Austausch zu ermöglichen:** Das Spiel schafft Raum für Dialog, gegenseitiges Lernen und Netzwerkbildung.
- **Kompetenzen zu stärken:** Die Teilnehmenden lernen, welche Ressourcen im Krisen- und Katastrophenfall relevant sind, und entwickeln ihre Selbstwirksamkeit weiter.
- **Seriöse Quellen kennenzulernen:** Das Spiel vermittelt Orientierung zu vertrauenswürdigen Informationsangeboten im Bereich Vorsorge und Krisenbewältigung.

Spielablauf

Der Spielablauf gliedert sich in zwei aufeinanderfolgende Phasen: Zu Beginn würfeln die Teilnehmenden zunächst würfeln die Teilnehmenden die Würfel Gefahr, kaskadierenden Effekte, Dauer und Verwundbarkeit.

Anschließend beschreiben sie gemeinsam die daraus entstandene Lage: Was ist geschehen? Welche zusätzlichen Auswirkungen ergeben sich? Wie beeinflusst die Dauer den Verlauf? Welche persönlichen Herausforderungen entstehen? Und wie könnte sich die Situation weiterent-

wickeln? Optional kann der Reflexionswürfel hinzugezogen werden, dessen Fragen beliebig oft genutzt oder durch eigene Impulse der Moderation ergänzt werden können.

In der abschließenden Reflexionsphase diskutieren die Teilnehmenden mögliche Handlungsoptionen. Im Mittelpunkt stehen dabei das Erkennen und Stärken vorhandener Ressourcen, die Ableitung konkreter Schritte zur Verbesserung der eigenen Vorsorge sowie die Einschätzung der Realitätsnähe des Szenarios. Darüber hinaus reflektieren die Teilnehmenden ihre persönliche Resilienz. Die Diskussion kann sich darauf richten, wie im Alltag kleine, aber wirksame Maßnahmen umgesetzt werden können, wie Gruppen- oder Nachbarschaftsstrukturen zur gegenseitigen Unterstützung beitragen und welche Strategien helfen, auch in unübersichtlichen Situationen handlungsfähig zu bleiben.

Teilnehmende Dialoggruppen

Die Dialoggruppe des Spiels umfasst die gesamte Bevölkerung von Kindern bis hin zu älteren Menschen. Das weiterentwickelte Serious Game stellt ein modernes, spielerisches Instrument der Risikokommunikation dar, das erfahrungsgemäß Menschen aller Altersgruppen ab etwa fünf Jahren erreicht. Diese breite Dialoggruppe erfordert eine Vermittlung, die sowohl fachlich korrekt bleibt und zugleich allgemeinverständlich ist. Das Spiel bietet hierfür einen geeigneten Rahmen, da es komplexe Inhalte niedrigschwellig zugänglich macht und unterschiedliche Alters- und Wissensstände berücksichtigt.

Mehr noch, war es ein zentrales Ziel der Spielentwicklung, ein inklusives Angebot zu schaffen, das Themen der Risikokommunikation für alle Menschen zugänglich macht.

Um dies zu gewährleisten, wurden sowohl visuelle als auch sprachliche Barrieren konsequent reduziert. Die Würfel sind mit gut erkennbaren Zahlen versehen und in einem Farbsystem gestaltet,

Szenariowürfel als Instrument reflektiver Risikokommunikation

das auch für Menschen mit Rot-Grün-Schwäche eindeutig unterscheidbar ist. Zur Minimierung sprachlicher Hürden sind alle Beschriftungen in leichter Sprache formuliert. Dies erleichtert die Orientierung und stellt sicher, dass auch Personen ohne fachliche Vorkenntnisse aktiv am Spiel teilnehmen können.

Insgesamt ermöglichen diese Maßnahmen eine barrierearme Nutzung und gewährleisten, dass das Spiel für Teilnehmende mit unterschiedlichen Voraussetzungen gleichermaßen zugänglich bleibt.

Beschreibung der Würfel und ihrer Funktionen



Abb. 9: Kinderbuch „Nach dem Regen kam die Sonne“ | ©Rebekka Wolf

Die fünf Würfel sind jeweils 40 × 40 cm groß und bestehen aus Schaumstoff mit einem wasserabweisendem Außenmaterial. Dadurch sind sie robust, flexibel und unabhängig von Witterungsbedingungen einsetzbar. Aufgrund ihrer Größe und des Materials können sie zudem als Sitzgelegenheit genutzt werden.

Jeder Würfel repräsentiert eine eigene thematische Kategorie und ist durch eine charakteristische Farbe sowie sechs klar beschriftete Seiten gekennzeichnet. Die Farbpalette umfasst Rot, Magenta, Dunkelblau, Lila und Türkis und wurde so gewählt, dass sie auch für Menschen mit eingeschränkter Farbwahrnehmung gut unterscheidbar bleibt. Tests zeigten beispielsweise, dass Gelb aufgrund mangelnden Kontrasts bei Son-

neneinstrahlung ungeeignet ist. Diese Erkenntnisse flossen in ein Farbschema ein, das sowohl funktional als auch inklusiv gestaltet ist.

Der erste Würfel (Rot) bildet jene Gefahren ab, die für den Landkreis, für den das Spiel entwickelt wurde, relevant sind - darunter Cyberangriffe, starker Schneefall, Vegetationsbrände, Orkan- und Sturmereignisse, Sturmfluten und Hochwasser. Der zweite Würfel (Magenta) zeigt kaskadierenden Effekte, etwa den Ausfall des Notrufs, Stromausfälle, Verkehrschaos, den Ausfall von Telefon und Internet, die Verbreitung von Fake News oder Trinkwasserverunreinigungen. Der dritte Würfel (Dunkelblau) legt die Dauer des Szenarios fest und reicht von wenigen Stunden bis zu mehreren Wochen. Der vierte Würfel (Lila) thematisiert individuelle Verwundbarkeiten wie fehlende Vorräte, gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit im Haushalt oder eingeschränkte Sprachkenntnisse. Optional kann ein fünfter Würfel (Türkis) eingesetzt werden, der Reflexionsfragen enthält und den Transfer in den Alltag unterstützt - etwa zu Informationsquellen, Kommunikation ohne digitale Infrastruktur, Vorratshaltung oder gegenseitiger Unterstützung.

Erfahrungen aus der Spieleentwicklung und ersten Spielrunden



Abb. 10: Sorgenfresser | ©Gianna Balaban

Szenariowürfel als Instrument reflektiver Risikokommunikation

Die Entwicklung des Spiels war geprägt von zahlreichen Entscheidungen und Abwägungen, insbesondere im Hinblick auf Inklusion, Sprache und Barrierefreiheit. Dabei wurde deutlich, dass ein wirksames Serious Game nicht allein durch fachliche Präzision überzeugt, sondern vor allem dadurch, dass es für Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen verständlich und zugänglich bleibt.

Ein prägnantes Beispiel hierfür ist die Begriffswahl: Während etwa der fachlich korrekte Begriff „Vegetationsbrand“ inhaltlich präzise ist, zeigte sich in der Praxis, dass viele Teilnehmende ihn nicht einordnen konnten. Eine alltagsnahe Formulierung wie „Wald und Wiesen brennen“ erwies sich als deutlich verständlicher. Diese Erfahrung verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Balance zwischen fachlicher Genauigkeit und sprachlicher Verständlichkeit bewusst auszubalancieren.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass die Beschreibung realer Gefahren und kaskadierender Effekte bei Teilnehmenden mit Erfahrungen aus Katastrophen- oder Kriegsgebieten belastende Erinnerungen reaktivieren kann.

Eine sensible, fachlich geschulte Moderation ist daher unverzichtbar.

Das Spiel verfolgt das Ziel, Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz zu fördern und gleichzeitig einen sicheren Rahmen zu schaffen, in dem Gedanken ausgesprochen und Erfahrungen

reflektiert werden können. Niemand soll sich ausgeliefert fühlen; vielmehr sollen individuelle Handlungsspielräume sichtbar werden und Orientierung entstehen.

Zur nachhaltigen Vertiefung des Spielerlebnisses empfiehlt es sich, begleitende Informationsmaterialien bereitzuhalten, etwa den Ratgeber „Vorsorge für Krisen und Katastrophen“ des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) sowie Informationsflyer zu regionalen Notfallinfopunkten. Diese unterstützen den Transfer in den Alltag und stärken die persönliche Resilienz der Teilnehmenden.

Schließlich tragen die Würfel selbst wesentlich zur Wirkung des Spiels bei: Durch ihre Größe und Farbintensität fungieren sie als auffällige Eyecatcher, die sofort Aufmerksamkeit erzeugen und den spielerischen Charakter des Formats unterstreichen. Gleichzeitig können sie als Sitzgelegenheiten genutzt werden, sodass sich Teilnehmende während des Spiels oder in der Reflexionsphase bequem hinsetzen und sich in Ruhe austauschen können. Dies schafft eine entspannte, zugängliche Atmosphäre, die den Dialog fördert und die Auseinandersetzung mit dem Thema erleichtert.

Erdbeben in Gdańsk: ISAR Germany übt den internationalen Katastropheneinsatz

Korrespondierender Autor: Simon Gutzeit ist Head of Research, Medical Partnerships and Funding bei ISAR Germany.

Er beschäftigt sich mit Themen des nationalen und internationalen Katastrophenschutzes, insbesondere an den Schnittstellen von Forschung und operativer Einsatzpraxis. Darüber hinaus engagiert er sich in der internationalen Zusammenarbeit im Bereich der Emergency Medical Teams (EMT) und wirkt am Austausch zwischen operativen, wissenschaftlichen und gesundheitlichen Akteuren mit.

Kontakt: <https://www.linkedin.com/in/simon-gutzeit/>



Abb. 11: Simon Gutzeit | ©Gutzeit, Simon

4:17 Uhr morgens.

Die Erde bebt. Gebäude stürzen ein, Straßen reißen auf, die Versorgung mit Strom, Wasser und Gas bricht zusammen. In Gdańsk und den umliegenden Gebieten herrscht Chaos. Menschen werden vermisst, zahlreiche Personen sind unter Trümmern eingeschlossen. Die örtlichen Einsatzkräfte arbeiten am Limit, internationale Hilfe wird angefordert.

Zum Glück war dieses Szenario nicht Realität, sondern Teil einer groß angelegten Such- und Rettungsübung Anfang Juni 2026 in Polen. Für die Einsatzkräfte von ISAR Germany fühlte sich die angenommene Katastrophe dennoch erschreckend real an. Über mehrere Tage hinweg trainierten die Teams unter Bedingungen, die einem internationalen Katastropheneinsatz so nah wie möglich kamen.

Im Mittelpunkt stand dabei nicht nur die technische Rettung, sondern die gesamte Einsatzkette eines internationalen Urban Search and Rescue (USAR)-Einsatzes nach den Standards der Vereinten Nationen (INSARAG). „Unser Ziel war es, ein möglichst realistisches Einsatzszenario zu schaffen, das die Teilnehmer:innen fordert und

gleichzeitig die Abläufe eines internationalen Katastropheneinsatzes möglichst authentisch abbildet“, erklärt Simon Gutzeit, Leiter der Exercise Control (EXCON) und verantwortlich für die Organisation der Übung. „Von den Einreise- und Registrierungsverfahren über den Aufbau des Camps bis hin zur Suche, Rettung und medizinischen Versorgung haben wir die komplette Einsatzrealität abgebildet.“

Grundlage war ein fiktives, aber plausibles Erdbeben der Stärke 7,2, das erhebliche Schäden in der fiktiven „Republik Pomerania“ verursachte. Zahlreiche Gebäude waren eingestürzt, kritische Infrastruktur ausgefallen und viele Menschen galten als verletzt, vermisst oder verschüttet. Für die Einsatzkräfte hieß das: Entscheidungen unter Zeitdruck, mit unmittelbaren Folgen für Menschenleben.

Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der internationalen Koordination. Über die Plattform Virtual OSOCC (On-Site Operations Coordination Centre) wurden Lageinformationen bereitgestellt, Bedarfe kommuniziert und Einsatzkräfte koordiniert. Die Teilnehmenden mussten sich also nicht nur am Schadensort bewähren, sondern auch die internationale Abstimmung mittragen. Gerade

Erdbeben in Gdańsk: ISAR Germany übt den internationalen Katastropheneinsatz

diese Schnittstelle zwischen taktischer Arbeit am Schadensort und strategischer Koordination stellt in realen Einsätzen einen entscheidenden Erfolgsfaktor dar.

Nach der simulierten Einreise und Registrierung errichtete ISAR Germany sein Base of Operations (BoO), das während der Übung als Unterkunft, Führungs- und Logistikzentrum diente. Von dort aus wurden die Einsätze geplant, Ressourcen gesteuert und die Kommunikation mit nationalen und internationalen Partnerorganisationen sichergestellt. Bereits wenige Stunden nach Eintreffen im Krisengebiet begannen die ersten Erkundungsmaßnahmen, gefolgt von der Identifikation und Priorisierung von Einsatzstellen.

Die praktischen Übungsabschnitte umfassten eine Vielzahl anspruchsvoller Szenarien: eingestürzte Wohngebäude, industrielle Schadenslagen, verschüttete Tunnel sowie schwer zugängliche Bereiche. Rettungshunde und technische Ortungssysteme kamen zum Einsatz, um eingeschlossene Personen zu lokalisieren. Anschließend wurden Zugänge geschaffen, Betonkonstruktionen geöffnet und die Verletzten gerettet. Parallel dazu übernahmen medizinische Teams

zentrales Merkmal moderner Katastrophenhilfe. Eingespielte Abläufe, klare Führungsstrukturen und interdisziplinäre Zusammenarbeit entscheiden in komplexen Einsatzlagen darüber, wie schnell Verschüttete gefunden und versorgt werden.

Neben den operativen Herausforderungen stand auch der Austausch mit internationalen Partnern im Fokus. Die polnische Feuerwehr unterstützte die Übung maßgeblich, sowohl in der Vorbereitung als auch in der Durchführung. Erfahrene Ausbilder:innen sowie INSARAG-Classifizier begleiteten die Übung und bewerteten die Abläufe aus internationaler Perspektive. Ihre Rückmeldungen liefern wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung von Einsatzkonzepten und Trainingsstrukturen.

Die Übung zeigt, wie entscheidend vorbereitete Strukturen, standardisierte Verfahren und internationale Netzwerke im Ernstfall sind.

„Unter realem Druck sehen wir, wo unsere Abläufe halten und wo wir nachschärfen müssen“, sagt Ralf Heuberg, Geschäftsführer von ISAR Germany. „Was wir hier gelernt haben, fließt direkt in unsere Ausbildung ein, auch mit Blick auf die anstehende INSARAG-Rezertifizierung.“

Gleichzeitig zeigt die Übung auch das besondere Engagement der Einsatzkräfte. Über mehrere Tage hinweg arbeiteten sie unter hoher körperlicher und mentaler Belastung, und das ehrenamtlich, neben Beruf, Familie und Alltag. Dieses Engagement bildet die Grundlage für die Einsatzfähigkeit von Hilfsorganisationen im In- und Ausland.

Mit Blick auf die bevorstehende INSARAG-Rezertifizierung war die Übung ein wichtiger Zwischenschritt: An ihr lässt sich ablesen, wo die Teams stehen.



Abb. 12 und Abb. 13: Übungsteilnehmer bei der Arbeit | ©ISAR Germany

die Versorgung der Betroffenen unter beengten und unsicheren Bedingungen.

Gerade dieses Zusammenspiel unterschiedlicher Fachbereiche, von der Suche über die technische Rettung bis zur medizinischen Versorgung, ist ein

Resilienz und Bevölkerungsschutz: Was Deutschland von Finnland lernen kann. Und was nicht.

Korrespondierender Autor: Jakob Bartolomey ist Politikwissenschaftler und ehrenamtlicher Helfer beim THW. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf dem Bereich der Sicherheitspolitik, insbesondere den Themen Resilienz, Zivile Verteidigung und Bevölkerungsschutz. Seine Masterarbeit schrieb er über die Rolle von Resilienz und ziviler Verteidigung in deutschen und finnischen Sicherheitsstrategien.

Kontakt: jakobbartolomey@gmail.com



Abb. 14: Jakob Bartolomey | ©Bartolomey, Jakob

Am 07. Mai 2026 stehen der deutsche Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier und sein finnischer Kollege, Präsident Alexander Stubb, in der Zivilschutzanlage Merihaka, 25 Meter unterhalb von Helsinki. In der Bunkeranlage können im Notfall bis zu 6.000 Menschen Schutz suchen und Merihaka ist nur eine von vielen Anlagen im Großraum Helsinki. Die Hauptstadt Finnlands zählt circa 690.000 Einwohner:innen, besitzt jedoch Schutzräume für knapp 900.000. Der Bundespräsident ist längst nicht der erste deutsche Politiker, welcher für eine sicherheitspolitische Exkursion nach Finnland reist. Seit 2022 zieht es deutsche Politiker:innen vermehrt zum östlichsten NATO- und EU-Verbündeten. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Finnland wurde seit seiner Staatsgründung sicherheitspolitisch stark anders geprägt als die Bundesrepublik. Bereits als man sich während des Zerfalls des russischen Zarenreichs als unabhängig erklärte musste man sich gegen seinen mächtigen Nachbar zur Wehr setzen. Wenige Jahre später, 1939, versuchte die Sowjetunion unter Josef Stalin Finnland zu erobern, da man das Land als Teil seines Territoriums ansah. In diesem sogenannten „Winterkrieg“ verlor Finnland zwar Teile seines östlichen Territoriums, konnte die UdSSR jedoch abwehren. Während des Kalten Krieges blieb das

Land blockfrei wodurch es gezwungen war sich seine Sicherheitsgarantien selbst zu schaffen. Aus diesen Erfahrungen möchte die deutsche Politik mutmaßlich lernen, was Deutschland besser machen kann, besonders in Bezug auf Resilienz und Bevölkerungsschutz. Aber lassen sich durch die Besichtigung von Zivilschutzanlagen die richtigen Lehren für Deutschland aus der finnischen Sicherheitspolitik ziehen?

Durch Finnlands Erfahrung im 20. Jahrhundert lernte das Land nicht nur Prioritäten, sondern auch klare Ziele für die eigene Sicherheit zu setzen und zu verfolgen. Einer der wichtigsten Punkte dabei ist, dass Sicherheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen wird. Jede:r könne etwas dazu beitragen Sicherheit aufrecht zu erhalten. Zudem müssten sämtliche Ressourcen des Landes genutzt werden um das eigene Territorium, die Bevölkerung und die Gesellschaft zu schützen. Diese Mentalität überträgt sich unmittelbar auf zwei Kernkonzepte der finnischen Sicherheitsstrategie: Preparedness und Readiness. Um Readiness für einen Krisen- oder Konfliktfall zu besitzen müsse sowohl der Staat als auch die individuellen Bürger:innen Preparedness aufbauen. Beispiele dafür sind das Anlegen von Vorräten, die Teilnahme an Kursen zum The-

Resilienz und Bevölkerungsschutz: Was Deutschland von Finnland lernen kann. Und was nicht.

ma Krisenvorsorge oder auch das Erlangen von Medienkompetenz für den Umgang mit Fehlinformationen. Auch die Aufrechterhaltung der individuellen physischen und psychischen Fitness zählt zur Preparedness. Dabei macht der finnische Staat deutlich, dass die offiziellen Stellen im Ernstfall nicht jeder Person helfen können und die persönliche Preparedness sowie die gegenseitige Hilfe unter den Bürger:innen unabdingbar sei, um einerseits die Behörden zu entlasten und andererseits sich selbst schützen zu können. Trotz der Wichtigkeit der persönlichen Vorsorge sei Preparedness auch essenziell für sämtliche Bereiche der Privatwirtschaft und öffentlichen Verwaltung, was über diverse Gesetze geregelt wird. Zudem wendet Finnland enorme Ressourcen auf, um die Voraussetzungen für das Überleben der finnischen Bevölkerung durch Schutzräume sicherzustellen. Zivilschutzanlagen wie die in Merihaka stellen somit ebenfalls eine Besonderheit der finnischen Sicherheitsarchitektur dar. Dabei machen die Anlagen in öffentlicher Hand nur circa 20% der Schutzräume aus. Die restlichen 80% gehören zu Gebäuden in Privatbesitz. Wohngebäude ab einer Größe von 1200m² und Gewerbegebäude ab einer Größe von 1500m² sind dazu verpflichtet Schutzräume anzulegen. Wichtig dabei ist, dass sie als Teil der Gebäude nah an den Aufenthaltsorten der Bevölkerung sein sollen und gleichzeitig unter normalen Bedingungen für andere Funktionen genutzt werden können.

Kontrastiert man das Ganze nun mit der Bundesrepublik Deutschland rückt zunächst in den Vordergrund, wie unterschiedlich sicherheitspolitisch gewachsen die beiden Staaten sind, unter anderem aufgrund ihrer unterschiedlichen Historie. Mittlerweile befindet sich die Bundesrepublik in einer Transformation, in welcher man versucht die sicherheitspolitischen Versäumnisse der letzten Jahre aufzuholen, welche jedoch begleitet

wird von Defätismus, Blockade-Haltungen und Vorwürfen des Alarmismus. Dabei hat Deutschland bereits einige wichtige Maßnahmen umgesetzt und besitzt zudem eine solide Grundlage, welche wieder ausgebaut werden müsste. So wurde beispielsweise das Warn-Netz neu aufgebaut sowie Cell-Broadcasts und Warn-Apps eingerichtet. Unter anderem der Ukraine-Krieg und die Flutkatastrophe 2021 sorgten für ein Momentum, welches diesen Aufbau beschleunigte. Eine weitere Besonderheit stellt das ehrenamtliche Bevölkerungsschutz-System Deutschlands dar. Nicht nur die freiwilligen Feuerwehren, sondern auch zahlreiche Hilfsorganisationen verlassen sich auf ihr großes Netz an ehrenamtlichen Helfer:innen. Auch Vereine und andere zivilgesellschaftliche Organisationen werden durch zahlreiche engagierte Bürger:innen gestützt und erfüllen bei Krisen und Katastrophen wichtige Funktionen. Das THW, als Zivilschutzorganisation des Bundes, besteht ebenfalls zu fast 98% aus ehrenamtlichen Einsatzkräften und nimmt innerhalb der deutschen zivilen Verteidigung eine Schlüsselfunktion ein. Es besitzt nicht nur einheitliche Ausbildungen und Ausstattung, sondern ist auch vielseitig für verschiedene Krisensituationen einsetzbar und wird seit Jahren stark ausgebaut.

Die Probleme liegen für Deutschland also weniger bei den Ressourcen, dem Personal oder den fehlenden Strukturen. Ein pauschaler Aufruf, sämtliche Aspekte der finnischen Sicherheitsarchitektur zu übernehmen wäre zudem schlicht nicht sinnvoll. Wieso beispielsweise der flächendeckende Aufbau von Schutzräumen in Finnland nicht auf Deutschland übertragen werden kann, zeigt sich eindrucksvoll an den unterschiedlichen Dimensionen der Bevölkerungsgröße. Was Finnland für seine mit Abstand größte Stadt Helsinki geleistet hat, würde nicht einmal ausreichen, um die Bevölkerung von Köln, der viertgrößten Stadt

Resilienz und Bevölkerungsschutz: Was Deutschland von Finnland lernen kann. Und was nicht.

Deutschlands zu beherbergen. Aktuell existieren 55 finnische Städte, welche mindestens 20.000 Einwohner:innen haben. Allein die Anzahl deutscher Städte mit mindestens 100.000 Einwohner:innen beträgt 76. Deutschland muss also einen eigenen Weg finden, um seine Bevölkerung effektiv und effizient zu schützen. Mit dem THW als staatliche Zivilschutzorganisation grenzt sich die Bundesrepublik ebenfalls von Finnland ab, wo reguläre Polizei-, Feuerwehr- und Rettungskräfte für den operativen Zivilschutz zuständig sind.

Stattdessen sollte Deutschland von der Sicherheitskultur Finnlands und all ihren Facetten ler-

nen. Denn es sind die mangelnde strategische Ausrichtung der Politik, die fehlende Bereitschaft und Fähigkeit der Bevölkerung zur Eigenvorsorge sowie das Zuständigkeiten-Wirr-Warr der Verwaltung und Behörden, die dafür sorgen, dass Deutschlands Sicherheitsarchitektur hinter der finnischen zurückbleibt. Deutschland muss nicht Finnland werden. Es muss sich aber die Frage stellen, welches Maß an Resilienz es erreichen will und die entsprechenden Konsequenzen aus der Beantwortung dieser Frage ziehen. Im Idealfall bedeutet das, zu fördern, was man bereits hat und zu lernen was man noch nicht kann.

Lesens-, Sehens- und Hörenswertes



FLORIAN

mit Rettungsdienstforum
aescutec®

25. Fachmesse für Feuerwehr, Zivil- und Katastrophenschutz

8.–10.10.2026 MESSE DRESDEN

9 – 17 Uhr · www.messe-florian.de

*Wir sehen uns
in Dresden!*



25.
FLORIAN

MESSE DRESDEN
Gartensaal

28. FACHTAGUNG – Kommunale Wasserwehren

Im Rahmen der 25. Fachmesse für Feuerwehr, Zivil- und Katastrophenschutz „FLORIAN“ vom 8. bis 10. Oktober 2026 in der MESSE DRESDEN, findet am 8. Oktober die nun schon 28. Fachtagung für kommunale Wasserwehren statt. Die Veranstaltung richtet sich an alle, die mit Hochwasserschutz befasst sind, vor allem an Vertreter der Kommunen, Organisationen des Katastrophenschutzes, Feuer- und Wasserwehren, Fachbehörden und interessierte Bürger, Vereine und Verbände. Die Fachtagung bietet insbesondere Gelegenheit, Anregungen für die Verbesserung der gemeindlichen Informationsvorsorge, der Optimierung des Einsatzmanagements und der Kommunikation der Gefahrenabwehrkräfte zu erhalten und untereinander auszutauschen. Vorträge, Diskussionen und direkter Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Fachleuten aus Wissenschaft, Technik und Behörden sollen die Teilnehmer für die jetzigen und zukünftigen Herausforderungen in der Gefahrenabwehr – auch im Hinblick auf mögliche Klimawandelfolgen – sensibilisieren und fit machen.

8. Okt.

Donnerstag | 2026

Inhalt:

- Kommunale Starkregenvorsorge
- Potenziale bei der Nutzung von KI
- Operative Gefahrenabwehr

Um **Anmeldung** bis zum **30. Sept.** wird gebeten.
Hier finden Sie weitere Informationen:



Mehr zu Anmeldung und Programm unter: www.messe-florian.de/hochwasser

Neues Begleitvorhaben SEKTOR-X-NET gestartet

Im August 2026 ist das Verbundvorhaben SEKTOR-X-NET gestartet. Gemeinsam mit der TH Köln begleitet das DKKV die Fördermaßnahme „Sektorübergreifende Maßnahmen resilienter Versorgung“ des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR). Als Begleitvorhaben stärkt SEKTOR-X-NET den Austausch zwischen den beteiligten Verbundprojekten, unterstützt die Vernetzung relevanter Akteure und trägt dazu bei, Forschungsergebnisse in die Praxis zu überführen. Die Maßnahme wird durch die VDI Technologiezentrum GmbH als Projektträger betreut.



Abb. 15: SEKTOR-X-NET | ©DKKV

Die Fördermaßnahme widmet sich der Sicherstellung resilienter Versorgungssysteme in einer zunehmend komplexen Risikolandschaft. Neben den Folgen des Klimawandels mit häufigeren und intensiveren Extremwetterereignissen rücken auch geopolitische Spannungen, hybride Bedrohungen, Sabotageakte und Cyberangriffe in den Fokus. Zugleich verdeutlichen die wachsenden Abhängigkeiten zwischen Kritischen Infrastrukturen, dass Störungen in einem Bereich schnell Auswirkungen auf andere Sektoren haben können. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind innovative und sektorübergreifende Lösungsansätze erforderlich.

Hier setzt SEKTOR-X-NET an. Das Vorhaben schafft eine Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis, Verwaltung und weiteren relevanten Akteuren. Ziel ist es, die Zusammenarbeit der Verbundprojekte zu stärken, Synergien sichtbar zu machen und Erkenntnisse für die Stärkung resilienter Versorgungssysteme zusammenzuführen. Durch Workshops, Fachveranstaltungen sowie verschiedene Kommunikations- und Vernetzungsformate werden Erfahrungen ausgetauscht, gemeinsame Fragestellungen diskutiert und Ergebnisse für unterschiedliche Zielgruppen aufbereitet. So unterstützt SEKTOR-X-NET den Wissenstransfer innerhalb der Fördermaßnahme und fördert den Dialog zwischen Forschung und Anwendung. Mehr Informationen finden Sie [hier](#).

Rückblick: Secure Tomorrow Summit 2026



Abb. 16: Secure Tomorrow Summit 2026 | ©Tagesspiegel Secure Tomorrow Summit 2026 / Marie Stagat

Beim Secure Tomorrow Summit 2026 am 22. und 23. September in Berlin standen aktuelle Herausforderungen rund um Resilienz, Krisenvorsorge, Versorgungssicherheit und den Schutz Kritischer Infrastrukturen im Mittelpunkt. Dabei kamen Akteure aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Sicherheitsbehörden zusammen.

Das DKKV war vor Ort und nutzte die zweitägige Veranstaltung zum fachlichen Austausch und zur Diskussion aktueller Entwicklungen. Neben Fachimpulsen und Vernetzung bot der Summit Einblicke in die aktuellen Debatten zu Resilienz,

Schutz Kritischer Infrastruktur, Versorgungssicherheit und hybriden Bedrohungen. Ein besonderes Highlight war der Fireside Chat „Krisenvorsorge: Was, wenn der Alltag plötzlich aussetzt?“, bei dem DKKV-Geschäftsführer Dr. Benni Thiebes zentrale Fragen der Versorgungssicherheit und gesellschaftlicher Resilienz diskutierte. Die Aufzeichnung des Summits finden Sie auf [Youtube](#).

DKKV-Lunchtalk zur CBRN-Gefahren, jetzt auf YouTube!

CBRN-Gefahren (chemische, biologische, radiologische und nukleare Gefahren) stellen eine besondere Herausforderung für den Bevölkerungsschutz dar und erfordern eine enge Zusammenarbeit von Wissenschaft, Behörden und Einsatzorganisationen. In diesem DKKV-Lunchtalk wurde das Thema aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und zentrale Fragestellungen rund um den Umgang mit CBRN-Gefahren, bestehende Herausforderungen sowie zukünftige Entwicklungen diskutiert.



Abb. 17: „Lunchtalk zu CBRN-Gefahren | ©DKKV

Der Vortrag gewährte Einblicke in die Bedeutung von CBRN-Risiken für den Katastrophenschutz und zeigte auf, welche Anforderungen sich daraus für Vorsorge, Bewältigung und Zusammenarbeit ergeben. In der anschließenden Frage- und Diskussionsrunde wurde unter anderem darüber gesprochen, welche Rolle unterschiedliche Akteure im Bevölkerungsschutz einnehmen und wie die Vorbereitung auf diese besonderen Gefahren weiterentwickelt werden kann. Die Aufzeichnung des Lunchtalks finden Sie auf [Youtube](#).

Erasmus+ Projekt „Resilient Voices“ ist beendet



Abb. 18: Resilient Voices | ©DKKV

Nach einjähriger Laufzeit ist das Erasmus+ Projekt „Resilient Voices: Making Disaster Preparedness more inclusive“ im September 2026 erfolgreich abgeschlossen worden. Das gemeinsame Projekt des DKKV und Auxilia / Groupe SOS hatte zum Ziel, die Perspektiven

vulnerabler Bevölkerungsgruppen stärker in die Katastrophenvorsorge und Risikokommunikation einzubeziehen. Im Rahmen des Projekts wurden die Erfahrungen und Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen in Deutschland und Frankreich untersucht. Umfragen, Interviews und partizipative Workshops mit Bürger:innen, Fachleuten und lokalen Entscheidungsträger:innen ermöglichten es, bestehende Barrieren zu identifizieren und Ansätze für eine zugänglichere und inklusivere Risikokommunikation zu entwickeln. Dabei wurde insbesondere betrachtet, wie Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen besser erreicht und stärker an Entscheidungsprozessen der Katastrophenvorsorge beteiligt werden können.

Die gewonnenen Erkenntnisse wurden in Empfehlungen für eine inklusive Risikovorsorge und Risikokommunikation überführt. Sie sollen dazu beitragen, die Bedürfnisse und Perspektiven vulnerabler Gruppen langfristig stärker in lokale Strategien und Maßnahmen des Risikomanagements einzubeziehen. Mit dem WebTalk „Resilient Voices: Making Disaster Preparedness more inclusive“ am 15. September 2026 fand das Projekt seinen gemeinsamen Abschluss. Die zentralen Ergebnisse wurden dort noch einmal vorgestellt und diskutiert. Die Aufzeichnung des WebTalks ist auf [YouTube](#) verfügbar. Mehr Informationen zu Erasmus+ Projekten finden Sie [hier](#).

Nachruf auf Dr. Horst Schöttler

Am 8. August 2026 verstarb Dr. Horst Schöttler im Alter von 84 Jahren.

Horst Schöttler hat die Katastrophenvorsorge und den Bevölkerungsschutz in Deutschland über Jahrzehnte hinweg mitgeprägt. Als Mitbegründer der Ständigen Konferenz für Katastrophenvorsorge und Bevölkerungsschutz (SKK), langjähriges Vorstandsmitglied des Deutschen Komitees Katastrophenvorsorge sowie Autor und Herausgeber setzte er wichtige Impulse für die Weiterentwicklung von Vorsorge, Krisenmanagement und zivil-militärischer Zusammenarbeit.

Sein Wirken reichte von Wissenschaft und Lehre über kommunale Verantwortung bis hin zu nationalen und internationalen Aktivitäten im Bereich der Katastrophenvorsorge. Mit seinem fachlichen Engagement und seiner langjährigen Verbundenheit zum DKKV hat er die Entwicklung des Bevölkerungsschutzes nachhaltig begleitet.

Nachruf auf Prof. Dr. Dr. h.c. Rolf Emmermann

Am 10. Juli 2026 verstarb Prof. Dr. Dr. h.c. Rolf Emmermann im Alter von 86 Jahren.

Rolf Emmermann zählte zu den prägenden Persönlichkeiten der deutschen Geowissenschaften. Als Gründungsdirektor des GFZ Helmholtz-Zentrum für Geoforschung gestaltete er den Aufbau einer der heute führenden geowissenschaftlichen Forschungseinrichtungen Deutschlands maßgeblich mit. Darüber hinaus setzte er wichtige Impulse für die nationale und internationale Forschungszusammenarbeit, unter anderem im Rahmen des Kontinentalen Tiefbohrprogramms (KTB) und des International Continental Scientific Drilling Program (ICDP).

Auch für die Katastrophenvorsorge und das Risikomanagement leistete Emmermann bedeutende Beiträge. Besonders hervorzuheben ist sein Engagement für den Aufbau eines Tsunami-Frühwarnsystems im Indischen Ozean nach der Tsunami-Katastrophe von 2004. Sein Verständnis von Wissenschaft war stets eng mit gesellschaftlicher Verantwortung verbunden.

Dem DKKV war Rolf Emmermann über viele Jahre verbunden und unterstützte die Vernetzung von Wissenschaft, Politik und Praxis im Bereich der Katastrophenvorsorge. Mit seinem Wirken hat er die Geowissenschaften und den Umgang mit Naturgefahren nachhaltig geprägt.

Erdbebenserie in Mittelitalien 2016: 10 Jahre danach

Vor 10 Jahren, am 24. August 2016, wurden die Bewohner:innen Mittelitaliens in den frühen Morgenstunden von einem schweren Erdbeben überrascht. Um 3:36 Uhr erschütterte ein Erdbeben der Magnitude 6,0 die Region um Amatrice, Accumoli und Arquata del Tronto. Das Erdbeben war nur das erste einer Reihe schwerer Beben, die die Region innerhalb mehrerer Monate trafen. Am 26. Oktober 2016 folgten zwei weitere starke Erdbeben mit Magnituden von Mw. 5,4 und Mw. 5,9, bevor am 30. Oktober 2016 ein Beben der Magnitude Mw 6,5 die Region erneut schwer traf. Das Beben vom 30. Oktober war mit einer Magnitude von Mw 6,5 das stärkste Ereignis der gesamten Serie und zugleich das schwerste in Italien seit dem Irpinia-Beben von 1980.¹



Abb. 19: Rettungsdienst bei der Suche nach Vermissten | ©Pixabay

Ursachen

Der zentrale Apennin zeichnet sich durch ein hohes Erdbebenrisiko aus, welches sich durch die ausgeprägte seismische Aktivität der Region seit Jahrhunderten belegen lässt. Bereits 1328 gab es in der Region ein Erdbeben der Magnitude 6,5 welches für ausgeprägte Zerstörung sorgte. Zu

den bedeutendsten historischen Ereignissen zählt die Erdbebenserie im zentralen Apennin im Jahr 1703. Mehrere starke Erdbeben mit Magnituden von etwa 6,5 oder höher führten zu schweren Zerstörungen und forderten nach historischen Schätzungen mindestens 1.000 Todesopfer.² Die Angaben zu den Opferzahlen historischer Erdbeben unterliegen aufgrund der damaligen Dokumentationsmöglichkeiten jedoch erheblichen Unsicherheiten.

Zurückzuführen sind die Erdbeben dabei auf die tektonischen Prozesse im Apennin. Der zentrale Apennin wird durch ein System aktiver Verwerfungen geprägt, an denen sich über längere Zeiträume tektonische Spannungen aufbauen. Abbildung 20 zeigt die Orte der signifikanten Erdbeben der Erdbebenserie 2016 und die damit verbundenen verschiedenen tektonischen Verwerfungen.

Katastrophenmanagement und Risikokommunikation

Die Region des zentralen Apennins ist seit Jahrhunderten von schweren Erdbeben geprägt. Dennoch war die Erdbebengefahr für Teile der Bevölkerung im Alltag nicht mehr allgegenwärtig. Zwischen schweren Schadensereignissen können lange Zeiträume liegen, in denen die unmittelbare Erfahrung mit Erdbeben abnimmt und damit auch das Bewusstsein für die bestehende Gefährdung schwächer wird. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Region zeigen, dass sich dadurch eine sogenannte „vergessene Vulnerabilität“ entwickeln kann: Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zu einem schweren Erdbeben geraten frühere Erfahrungen und notwendige Vorsorgemaßnahmen zunehmend in den Hintergrund.²

Auch der genaue Zeitpunkt des ersten schweren

[1] Dipartimento della Protezione Civile (o. J.): Central Italy earthquake. Italian Civil Protection. Abrufbar unter: Central Italy earthquake | Dipartimento della Protezione Civile (Zugriff: 20.09.2026).

[2] Galli, P.; Messina, P.; Peronace, E.; Galderisi, A.; Ilardo, I. (2023): Paleoseismic evidence of five magnitude 7 earthquakes on the Norcia fault system in the past 8,000 years (Central Italy). Abrufbar unter: Paleoseismic evidence of five magnitude 7 earthquakes on the Norcia fault system in the past 8,000 years (Central Italy) | Frontiers (Zugriff: 20.09.2026).

[3] Villani, F.; Civico, R.; Pucci, S.; Pizzimenti, L.; Nappi, R.; De Martini, P. M.; Open EMERGEO Working Group (2018): A database of the coseismic effects following the 30 October 2016 Norcia earthquake in Central Italy. In: Scientific Data, Vol. 5, Article 180049. Abrufbar unter: A database of the coseismic effects following the 30 October 2016 Norcia earthquake in Central Italy | Nature (Zugriff: 20.09.2026).

Bebens spielte für die Auswirkungen eine wichtige Rolle. Das Erdbeben vom 24. August 2016 trat in den frühen Morgenstunden auf. Da sich die meisten Menschen zu dieser frühen Stunde noch in ihren Häusern befanden und schliefen, wurden sie schutzlos von herabstürzenden Bauteilen und einstürzenden Wänden überrascht. Die vielerorts unzureichende historische Bausubstanz älterer Gebäude hielt den Erschütterungen nicht stand, was die Katastrophe verschärfte und maßgeblich zu den zahlreichen Todesopfern beitrug.²

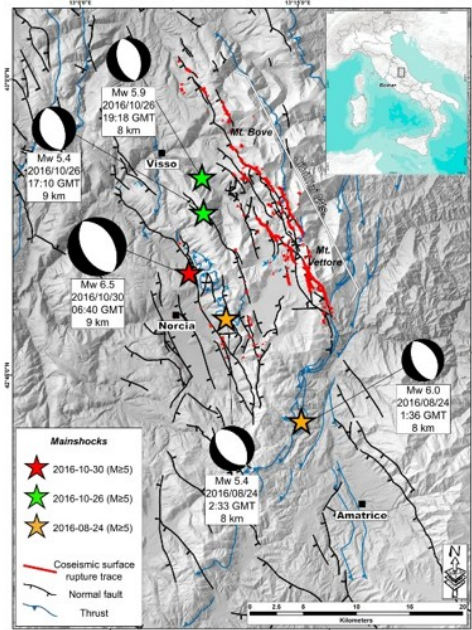


Abb. 20: Lokalisierung der Erdbebenstandorte aus 2016 | ©Villani et al.

Wie entscheidend die Vulnerabilität der lokalen Infrastruktur ist, zeigt sich besonders deutlich beim Vergleich der Städte Amatrice und Norcia. Beide Orte lagen in derselben seismisch aktiven Region und waren den starken Bodenbewegungen der Erdbebenserie ausgesetzt. Dennoch waren die Schäden sehr unterschiedlich. Während Amatrice durch das Erdbeben vom 24. August schwer getroffen und große Teile des historischen Ortskerns zerstört wurden, waren die Schäden in Norcia deutlich geringer. Ein wesentlicher Grund dafür war die unterschiedliche Widerstandsfähigkeit des Gebäudebestands. Norcia hatte in der Vergangenheit wiederholt schwere Erdbeben erlebt. Nach diesen Ereignissen wurden Gebäude teilweise wiederaufgebaut, verstärkt oder entsprechend früherer Erfahrungen angepasst. Da Amatrice seit dem Erdbeben von 1703 von vergleichbaren Katastrophen verschont

geblieben war, fehlte das Bewusstsein für präventive Maßnahmen – mit der Konsequenz einer entsprechend hohen baulichen Anfälligkeit.²

Das Beispiel zeigt, dass die Stärke der Bodenbewegung allein nicht darüber entscheidet, wie schwer die Folgen eines Erdbebens ausfallen. Entscheidend ist vielmehr das Zusammenspiel von Gefährdung, Exposition und Vulnerabilität. Eine vergleichbare seismische Belastung kann daher in zwei Städten zu völlig unterschiedlichen Schäden führen.

Für das Katastrophenmanagement bedeutete die Erdbebenserie von 2016 zudem, dass die Gefahrenlage nach dem ersten Beben keineswegs beendet war. Nachbeben und weitere starke Erdbeben traten in den folgenden Wochen auf. Krisenkommunikation musste deshalb fortlaufend an die sich verändernde Situation angepasst werden. Neben Informationen über beschädigte Gebäude und sichere Aufenthaltsorte mussten die Bevölkerung und Einsatzkräfte auch auf weitere mögliche Erdbeben vorbereitet werden.

Auswirkungen

Die Erdbebenserie von 2016 und 2017 hatte weitreichende Auswirkungen auf die Bevölkerung und Gemeinden. Das erste Erdbeben am 24. August forderte 299 Todesopfer und zahlreiche Verletzte. Besonders schwer betroffen waren Amatrice, Accumoli und Arquata del Tronto. Zahlreiche Gebäude wurden zerstört oder so stark beschädigt, dass sie nicht mehr bewohnbar waren.³

Mit den weiteren schweren Erdbeben vom 26. und 30. Oktober vergrößerte sich das Schadensgebiet nochmals erheblich. Das Beben vom 30. Oktober mit einer Magnitude von Mw 6,5 war das stärkste Ereignis der gesamten Serie. Obwohl es stärker war als das Erdbeben vom 24. August, wurden keine weiteren Todesopfer durch dieses Ereignis registriert. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits zahlreiche Menschen aus beschädigten und gefährdeten Gebäuden evakuiert worden, wodurch die Exposition der Bevölkerung deutlich geringer war. Gleichzeitig nahm die Zahl der be-

schädigten und zerstörten Gebäude weiter zu.³

Neben Wohngebäuden waren auch öffentliche Gebäude, Verkehrswege und das kulturelle Erbe der Region betroffen. Historische Ortskerne, Kirchen und andere Gebäude von kultureller Bedeutung wurden teilweise schwer beschädigt oder zerstört. Die Schäden führten dazu, dass zahlreiche Menschen ihre Wohnorte dauerhaft verlassen mussten oder über längere Zeit auf alternative Unterkünfte angewiesen waren. Nach den Erdbeben vom Oktober wurden zeitweise fast 32.000 Menschen durch das italienische Zivilschutzsystem unterstützt.⁵

Die Auswirkungen beschränkten sich jedoch nicht auf die unmittelbare Zerstörung von Gebäuden. Die wiederholten Erdbeben unterbrachen das soziale und wirtschaftliche Leben in zahlreichen Gemeinden. Schulen, Geschäfte, landwirtschaftliche Betriebe und kommunale Einrichtungen waren betroffen. Hinzu kamen Verkehrsprobleme und Schäden an der Infrastruktur.⁴

10 Jahre später

Zehn Jahre nach Beginn der Erdbebenserie sind die Folgen in Mittelitalien weiterhin sichtbar. Der Wiederaufbau hat in vielen Gemeinden deutliche Fortschritte gemacht, ist jedoch noch lange nicht abgeschlossen. In den am stärksten betroffenen Städten, wie zum Beispiel Amatrice, zeigt sich wie schleppend der Wiederaufbau vonstattengeht. Dort wurden laut einem Bericht von Sommer 2026 erst 38 Prozent der zerstörten Gebäude wieder aufgebaut und es ist immer noch keine Normalität eingeleitet.

Der Wiederaufbau wird unter anderem durch komplexe bürokratische Verfahren, rechtliche Fragen, komplizierte Eigentumsverhältnisse und die große Zahl gleichzeitig zu bearbeitender Projekte erschwert. Von den für die regionale Wiederaufbauarbeit vorgesehenen Mitteln waren bis August 2026 rund 22,7 Milliarden Euro veranschlagt, von denen etwa 10 Milliarden Euro tatsächlich ausgezahlt worden waren.⁵

Die Dauer des Wiederaufbaus hat auch gesellschaftliche Folgen in der Region. Viele Bewohner:innen haben ihren Heimatorten im Laufe der Zeit den Rücken gekehrt. Neben den weiterhin fehlenden Wohnmöglichkeiten spielen dabei auch die eingeschränkten wirtschaftlichen Perspektiven und die langanhaltende Unterbrechung des gewohnten Alltags eine Rolle. Dadurch besteht die Gefahr, dass insbesondere kleinere Gemeinden dauerhaft Einwohner:innen verlieren und sich ihre sozialen und wirtschaftlichen Strukturen verändern. Der Wiederaufbau umfasst daher nicht nur die bauliche Wiederherstellung zerstörter oder beschädigter Gebäude, sondern auch die Frage, ob die betroffenen Orte langfristig wieder zu lebendigen Wohn- und Wirtschaftsräumen werden können.

[4] Dipartimento della Protezione Civile (o. J.): Assistance to the population. Central Italy earthquake 2016. Abrufbar unter: Assistance to the population | Dipartimento della Protezione Civile (Zugriff: 16.09.2026).

[5] Reuters (2026): A decade after earthquake, Italy's Amatrice struggles to rebuild. 20.08.2026. Abrufbar unter: A decade after earthquake, Italy's Amatrice struggles to rebuild | Reuters (Zugriff: 16.09.2026).

Attributionsstudie zum Hitzeereignis in Deutschland im Juni 2026

Autor:innen: Jonas Schröter, Paulina Fischer-Frenzel, René Sauerbrei u. a. / Deutscher Wetterdienst (DWD)

[Zur Lektüre](#)

Zusammenfassung: Die Attributionsstudie des Deutschen Wetterdienstes untersucht die außergewöhnliche Hitzewelle in Deutschland vom 18. bis 28. Juni 2026 und analysiert den Einfluss des menschengemachten Klimawandels auf das Ereignis. Die Hitzewelle war hinsichtlich Dauer, räumlicher Ausdehnung und Intensität außergewöhnlich; an zahlreichen Messstationen wurden neue Temperaturrekorde registriert, darunter 41,8 °C in Möckern-Drewitz. Die Studie zeigt, dass der Klimawandel vergleichbare Hitzewellen wahrscheinlicher und intensiver macht. Auch wird untersucht, wie sich die Häufigkeit und Intensität solcher Ereignisse bei einer weiteren Erwärmung verändern könnten.

Digitale Lösungen zur Hochwasservorsorge bei Starkregen

Herausgeber: KWB Kompetenzzentrum Wasser Berlin gGmbH, RSUP Rabe Strategic Urban Planning

[Zur Lektüre](#)

Zusammenfassung: Die Veröffentlichung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zeigt, wie digitale Lösungen Kommunen bei der Hochwasser- und Starkregenvorsorge unterstützen können. Vorgestellt werden unter anderem digitale Datenplattformen, Sensoren und Digitale Zwillinge, die für Risikoanalysen, Monitoring und die Planung von Schutzmaßnahmen eingesetzt werden können. Praxisbeispiele zeigen, wie diese Technologien bereits genutzt werden und die kommunale Vorsorge und das Risikomanagement ergänzen können.

A Summer of Extreme Lies: Heatwave and Wildfire Climate Disinformation in 2026

Authors: Climate Action Against Disinformation (CAAD)

[Read the Report](#)

Summary: The report by Climate Action Against Disinformation (CAAD) examines how climate disinformation spread across social media during the heatwaves and wildfires of summer 2026. It focuses on narratives that question or downplay the link between climate change and extreme weather events. Drawing on examples from Europe, the United States and Canada, the report shows how conspiracy theories, political polarisation and climate denial can shape public perceptions of extreme weather. It also examines the role of social media in amplifying such narratives and the responsibility of platforms to ensure better access to reliable information.

Leitlinien für die Risikokommunikation in der Zivilen Verteidigung

Herausgeber: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenvorsorge

[Zur Lektüre](#)

Zusammenfassung: Die Veröffentlichung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) stellt acht Leitlinien für eine wirksame Risikokommunikation in der Zivilen Verteidigung vor. Sie wurden 2025 unter Beteiligung von Bund, Ländern und weiteren staatlichen Akteuren erarbeitet und 2026 veröffentlicht. Im Mittelpunkt stehen eine abgestimmte, proaktive und zielgruppenorientierte Kommunikation, die Stärkung der Eigenverantwortung der Bevölkerung sowie die verständliche und zentrale Bereitstellung von Informationen. Darüber hinaus betonen die Leitlinien die Bedeutung, Informationsbedarfe zu ermitteln, Kommunikationsmaßnahmen zu erproben und ihre Wirksamkeit regelmäßig zu evaluieren. Ziel ist es, die Bevölkerung frühzeitig auf mögliche Krisen vorzubereiten, Handlungssicherheit zu fördern und gesellschaftliche Resilienz zu stärken.

Drought in Europe July 2026

Authors: Toreti, A.; Bavera, D.; Magni, D.; De Jager, A.; Maianti, P.; Sedano, F.; Thiemig, V.; Henin, R.; Tarnavsky, E.; Seguíni, L.; Bussay, A.; Niemeyer, S.; Schaffhauser, T.; Salamon, P.

[Read the Report](#)

Summary: This report by the Joint Research Centre (JRC) of the European Commission assesses the development of drought conditions across Europe in July 2026. It finds that drought conditions have deteriorated particularly in Central and Eastern Europe, while alert conditions have also worsened in parts of Western Europe and expanded substantially in France. The main driver is severe and prolonged precipitation deficits, compounded by above-average temperatures and intense heatwaves. As a result, soil moisture and river flows are below normal levels, while heat and water stress are increasingly affecting vegetation and agricultural crops. The report therefore expects impacts on crop yields. For the coming months, the JRC projects a north-south contrast in water availability, with drier-than-usual conditions expected across much of Central and Northern Europe and wetter conditions in Mediterranean regions. The report is based on data and information from the Copernicus Drought Observatories and additionally examines drought impacts and relevant meteorological and climatic factors.

Fossil fuel emissions have rapidly worsened European heatwaves in just a few decades

Publisher: World Weather Attribution (WWA)

[Read the Report](#)

Summary: This article examines how human-induced climate change has intensified European heatwaves over recent decades, focusing on the record-breaking heatwave of June 2026. Based on an attribution study, it demonstrates how fossil fuel emissions have increased the likelihood and intensity of extreme heat across Western and Central Europe. The analysis compares the 2026 event with historical heatwaves, finding that similar temperatures would have been virtually impossible in 1976 and significantly less likely in 2003. It also explores the impacts of extreme heat on human health, infrastructure, energy systems and urban environments, highlighting the increased vulnerability of older people, people with chronic illnesses and socioeconomically disadvantaged populations. The article emphasizes the importance of reducing fossil fuel emissions alongside strengthening heat adaptation, public health preparedness and urban resilience.

WorldRiskReport 2026

Herausgeber: Bündnis Entwicklung Hilft in Kooperation mit dem Institut für Friedenssicherungsrecht und Humanitäres Völkerrecht (IFHV) der Ruhr-Universität Bochum

[Zur Lektüre](#)

Beschreibung: Der WorldRiskReport 2026 untersucht das globale Katastrophenrisiko mit einem Schwerpunkt auf Stürmen. Im Mittelpunkt steht die Frage, warum vergleichbare Stürme in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich schwere Folgen haben. Dabei wird deutlich, dass nicht allein die Stärke eines Naturereignisses über das Ausmaß einer Katastrophe entscheidet, sondern insbesondere die gesellschaftliche Verwundbarkeit, vorhandene Schutzstrukturen und die Möglichkeiten zur Bewältigung und Anpassung. Der Bericht betrachtet unter anderem die Bedeutung inklusiver Frühwarnsysteme, sozialer Sicherungssysteme und informeller Unterstützungsnetzwerke. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Rücküberweisungen von Migrant:innen, die nach Katastrophen eine wichtige finanzielle Unterstützung für betroffene Haushalte darstellen können. Ergänzend enthält der Bericht den WorldRiskIndex 2026, der das Katastrophenrisiko in 193 Ländern anhand der Dimensionen Exposition und Vulnerabilität erfasst.

Gewinner:innen des DKKV-Förderpreises 2026

Die Gewinner:innen des DKKV-Förderpreises 2026 wurden bekannt gegeben. Der Preis zeichnet jährlich herausragende und innovative Abschlussarbeiten im Bereich der Katastrophenvorsorge aus. Neben einem Preisgeld in Höhe von 500 Euro für Bachelor- und 1.000 Euro für Masterarbeiten erhalten die Preisträger:innen eine zweijährige Young-Professional-Mitgliedschaft im DKKV.

In der Kategorie Bachelor überzeugte Petra Krämer mit ihrer Arbeit „Herausforderungen und Lösungsansätze eines Abwasserausfalls im Krankenhaus am Beispiel eines Notfalltoilettenkonzepts - eine qualitative Analyse“.

In der Kategorie Master ging der Preis an Fabian Flöck für seine Thesis „Animal Rescue in Disaster Response: Operational Resources for Bushfire and Flood Events in the Greater Sydney Region“. Das DKKV gratuliert den Gewinner:innen herzlich zu ihren herausragenden Forschungsleistungen und dankt der Jury sowie dem Partner DRF Luftrettung für die Unterstützung des DKKV-Förderpreises 2026. Weitere Informationen zu den Preisträger:innen und zum Förderpreis finden Sie [hier](#).



Abb. 21: Förderpreisgewinner:innen | ©DKKV

Neues aus der Geschäftsstelle

Isabelle Kleeschulte arbeitet nun als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim DKKV. Sie leitet das neue DKKV-Begleitvorhaben SEKTOR-X-NET. Vorher arbeitete sie als Fachkraft für den Bereich Umwelt der Stadt Rösrath. Sie hat vorher von November 2021 bis Dezember 2022 das DKKV schon als studentische Hilfskraft bereichert.

Paul Hoffmeister arbeitet nun als Werkstudent beim DKKV. Er unterstützt das neue DKKV-Projekt SEKTOR-X-NET. Er hat das DKKV schon von Januar 2026 bis März 2026 als studentischer Praktikant bereichert.

Jakob Bartolomey unterstützte die Geschäftsstelle zwischen dem 01. Mai 2026 und dem 31.07.2026 als studentischer Praktikant. Er wird uns ab dem 1. Oktober 2026 als wissenschaftlicher Mitarbeiter wieder unterstützen.

Mirco Krahforst unterstützte die Geschäftsstelle zwischen dem 01. Juli 2026 und dem 30.09.2026 als studentischer Praktikant. Er studiert Geographie im Bachelor an der Universität Bonn. Im Rahmen seines Praktikums übernahm er die Konzeption und Gestaltung dieser Magazinausgabe.

Luka Stojakovic wird die Geschäftsstelle von dem 1. Oktober 2026 bis zum 28. Februar 2027 als studentischer Praktikant unterstützen. Er studiert Rettungsingenieurwesen im Bachelor am Institut für Rettungsingenieurwesen und Gefahrenabwehr der Technischen Hochschule Köln.

Mitgliederentwicklung - Neueintritte

Simon Schreiber (pMi) hat als Gesundheits- und Krankenpfleger und Rettungsassistent sowie Notfallsanitäter in der präklinischen und klinischen Notfall- und Intensivmedizin gearbeitet und berufsbegleitend Medizinpädagogik studiert. Nach der Laufbahnausbildung im gehobenen feuerwehrtechnischen Dienst war er als Schulleitung einer Rettungsdienstschule sowie im operativen Einsatzdienst eingesetzt und hat parallel ein gesundheitswissenschaftliches Studium (MPH) absolviert. Aufgabenschwerpunkte sind in der aktuellen Verwendung bei einer Großstadt in Süddeutschland das „Kommunale Krisenmanagement“ sowie die „Zivile Verteidigung“.

Jakob Bartolomey (YP) ist Politikwissenschaftler und Absolvent der Rheinischen Friedrich-Wilhelms- Universität Bonn. Sein fachlicher Schwerpunkt liegt auf der Sicherheitspolitik, insbesondere auf den Themenfeldern Zivile Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Resilienz. Im Rahmen seiner Masterarbeit untersuchte er die „Deutschen und finnischen Sicherheitsstrategien im Kontext Ziviler Verteidigung und Resilienz“. Während seines Studiums war er als wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Politikwissenschaft tätig, als Vorsitzender der Bonner Hochschulgruppe für Außen- und Sicherheitspolitik (BHAS) sowie als Praktikant beim DKKV. Seine fachlichen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen vertieft er durch sein ehrenamtliches Engagement beim Technischen Hilfswerk (THW).

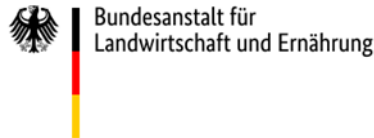
Michael Schweitzer (YP) studiert Physician Assistance (B.Sc.) sowie Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz (B.A.). Nach dem Abitur absolvierte er ein Freiwilliges Soziales Jahr im Rettungsdienst und ist seit vielen Jahren Mitglied bei der Freiwilligen Feuerwehr. Zudem engagiert er sich in einer Katastrophenschutz- einheit des Landes Nordrhein-Westfalen und arbeitet als Werkstudent im Bereich Einsatzplanung und städtisches Krisenmanagement bei der Feuerwehr Velbert. Inhaltlich interessiert er sich insbesondere für Krisenmanagement und Resilienz im Gesundheitswesen sowie für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz und freut sich auf den fachlichen Austausch im DKKV.

Natalie von Butler (YP) hat Bauingenieurwesen studiert und sich im Master im Studiengang "Natural Hazards and Risks in Structural Engineering" spezialisiert. Neben der anschließenden Tätigkeit als wiss. Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Stochastik und Optimierung in Weimar absolvierte sie außerdem ein Studium der Internationalen Beziehungen. Ihre Vision ist es, beide Bereiche – Technik und Politik – in der Katastrophenvorsorge zusammenzubringen. Bis Ende des Jahres ist sie in Elternzeit und freut sich danach auf neue berufliche Herausforderungen.

Institutionelle Mitglieder des DKKV



ADAC Luftrettung



Deutscher Wetterdienst
Wetter und Klima aus einer Hand



Impressum

Deutsches Komitee
Katastrophenvorsorge e.V.
Kaiser-Friedrich-Str. 13
53113 Bonn

☎ 0228/26 199 570
✉ info@dkkv.org
🌐 www.dkkv.org
🦋 [@dkkv.bsky.social](https://twitter.com/dkkv.bsky.social)
📷 [@dkkv_germandrr](https://www.instagram.com/dkkv_germandrr)
🌐 [deutsches-komitee-katastrophenvorsorge-e-v](https://www.linkedin.com/company/deutsches-komitee-katastrophenvorsorge-e-v)
📺 [@germancommittee](https://www.youtube.com/channel/UCforDisaster4635)
[fordisaster4635](https://www.youtube.com/channel/UCforDisaster4635)

Editing und Layout:
Geschäftsstelle DKKV

Das DKKV ist...

...Plattform für Katastrophenvorsorge in Deutschland.

...Mittler zu internationalen, auf dem Gebiet der Katastrophenvorsorge tätigen Organisationen und Initiativen.

...Kompetenzzentrum für alle Fragen der nationalen und internationalen Katastrophenvorsorge.

unterstützt...

...Fachübergreifende Forschungsansätze zur Katastrophenvorsorge in anderen Fachsektoren sowie in Politik und Wirtschaft.

...die Verbreitung der Erkenntnisse der Katastrophenvorsorge auf allen Ebenen des Bildungsbereichs.

empfiehlt...

...die Umsetzung der vorhandenen Erkenntnisse zur Katastrophenvorsorge in Politik, Wirtschaft und Verwaltung.

...die Weiterentwicklung einer fach- und länderübergreifenden Kooperation in der operativen Katastrophenvorsorge.

...die Entwicklung medialer Strategien zur Förderung und Stärkung des Vorsorgebewusstseins in der Gesellschaft.