DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

an die Enquete-Kommission Corona

Lehren aus der Corona-Pandemie für die Krankenhausversorgung

(01.07.2026)

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Lehren aus der Corona-Pandemie 1

1) Vorbereitung der Krankenhäuser auf künftige Pandemielagen 1

2) Eindämmungsmaßnahmen: Nutzen, Angemessenheit und Nebenwirkungen 2

3) Besondere Bedarfe von Menschen mit chronischen, schweren oder komplexen Erkrankungen 3

4) Schlussfolgerungen 4

Lehren aus der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in Deutschland eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Zugleich hat sie Schwachstellen sichtbar gemacht, die für künftige pandemische Lagen konsequent aufgearbeitet werden müssen. Die zentrale Lehre lautet: Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, auch unter Krisenbedingungen eine sichere Versorgung aller Patientengruppen aufrechtzuerhalten – nicht nur der unmittelbar von der Pandemie betroffenen Patientinnen und Patienten.

Im Mittelpunkt dieser Stellungnahme stehen drei Themenfelder: erstens die strukturelle Vorbereitung der Krankenhäuser auf künftige Pandemien, zweitens die Bewertung von Eindämmungsmaßnahmen im Hinblick auf Nutzen und Nebenwirkungen für die Patientenversorgung, und drittens die besonderen Bedarfe von Menschen mit chronischen, schweren oder komplexen Erkrankungen.

1) Vorbereitung der Krankenhäuser auf künftige Pandemielagen

Die Pandemie hat gezeigt, dass Krankenhäuser zentrale Einrichtungen der kritischen Infrastruktur sind. Sie mussten innerhalb kürzester Zeit zusätzliche Isolations-, Intensiv- und Behandlungskapazitäten schaffen, Personal umorganisieren, Schutzausrüstung beschaffen, Test- und Hygienekonzepte etablieren und gleichzeitig die Regelversorgung so weit wie möglich fortführen.

Für künftige Pandemien darf diese Vorbereitung nicht erneut unter Krisendruck improvisiert werden. Erforderlich sind verbindliche, regelmäßig aktualisierte und eingeübte Pandemiepläne auf Krankenhaus-, Landes- und Bundesebene. Diese Pläne müssen sowohl medizinische als auch logistische und personelle Fragen umfassen.

Dazu gehören insbesondere:

- belastbare Vorräte an persönlicher Schutzausrüstung, Arzneimitteln, Medizinprodukten und kritischen Verbrauchsmaterialien sowie Laborkapazitäten,
- gesicherte Lieferketten und klare Zuständigkeiten bei der zentralen und dezentralen Beschaffung unter Berücksichtigung und kritischer Prüfung von Preisbildungsmechanismen,
- digitale Echtzeitinformationen über verfügbare Betten, Intensivkapazitäten, Personalressourcen und regionale Belastungslagen,
- flexible Personal- und Einsatzkonzepte, die eine rasche Umverteilung von Mitarbeitenden ermöglichen inkl. der Flexibilisierung/ Aussetzung ausgewählter Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen sowie Strukturvorgaben,
- regelmäßige Schulungen und Übungen für Pandemielagen sowie

- klare Kommunikationswege zwischen Krankenhäusern, Arztpraxen, Gesundheitsämtern, Rettungsdiensten, Ländern und Bund.

Eine zentrale Lehre ist, dass Reservekapazitäten nicht allein an Bettenzahlen gemessen werden dürfen. Entscheidend ist, ob diese Kapazitäten auch personell, materiell und organisatorisch tatsächlich betrieben werden können. Ein Intensivbett ohne qualifiziertes Personal, ohne Schutzausrüstung oder ohne gesicherte Medikamentenversorgung ist keine reale Versorgungskapazität.

Ebenso hat sich gezeigt, dass regionale Steuerung unverzichtbar ist. Pandemische Belastungslagen verlaufen nicht überall gleichzeitig und gleich stark. Deshalb braucht es regionale Koordinierungsstrukturen, die die Versorgung sektoren- und trägerübergreifend organisieren und dabei sowohl Maximalversorger als auch Grund- und Regelversorger einbeziehen. Kooperation darf nicht erst in der Krise entstehen, sondern muss vorbereitet, finanziert und eingeübt werden.

2) Eindämmungsmaßnahmen: Nutzen, Angemessenheit und Nebenwirkungen

Viele Eindämmungsmaßnahmen waren in der Frühphase der Pandemie angesichts großer Unsicherheit nachvollziehbar. Dazu zählten Hygienekonzepte, Masken, Teststrategien, Isolationsmaßnahmen, die Trennung infektiöser und nicht infektiöser Patientenströme sowie gezielte Besuchsbeschränkungen. Diese Maßnahmen haben dazu beigetragen, vulnerable Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte zu schützen und die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser zu erhalten.

Gleichzeitig muss aber kritisch aufgearbeitet werden, welche Maßnahmen zu pauschal, zu lange oder ohne ausreichende Abwägung ihrer Nebenwirkungen angewendet wurden. Besonders deutlich wird dies bei Besuchsverboten und sehr weitgehenden Kontaktbeschränkungen in Krankenhäusern.

Angehörige sind nicht nur Besucherinnen und Besucher. Sie sind häufig Teil des Versorgungsprozesses: Sie unterstützen die Orientierung, Kommunikation, Entscheidungsfindung, Mobilisation, emotionale Stabilität und Entlassungsplanung. Bei schwerkranken, älteren, demenziell erkrankten, behinderten oder sterbenden Patientinnen und Patienten kann der Kontakt zu Angehörigen medizinisch und menschlich unverzichtbar sein.

Pauschale Besuchsverbote haben daher erhebliche Belastungen verursacht: Einsamkeit, Angst, erschwerte Kommunikation, erhöhtes Delirrisiko, erschwerte Begleitung am Lebensende sowie zusätzliche Belastungen für Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte. Für künftige Pandemien sollten Besuchsbeschränkungen deshalb nicht als pauschales Standardinstrument verstanden werden. Erforderlich sind differenzierte, risikoadaptierte

Besuchskonzepte mit Schutzmaßnahmen wie Testung, Masken, zeitlicher Steuerung, festen Bezugspersonen und besonderen Ausnahmeregelungen in vulnerablen Situationen.

Auch das Verschieben planbarer Eingriffe muss differenziert bewertet werden. In Hochbelastungsphasen war die Freihaltung von Kapazitäten notwendig. Gleichzeitig führte die Reduktion elektiver Leistungen zu Versorgungsverzögerungen, Diagnostikrückständen und Belastungen für Patientinnen und Patienten. Für die Zukunft braucht es deshalb klare Kriterien, welche Leistungen kurzfristig verschiebbar sind und welche nicht. Medizinisch notwendige Eingriffe, onkologische Diagnostik und Therapie, chronische Krankheitsverläufe sowie Notfall- und Akutversorgung müssen auch in Pandemielagen verlässlich gesichert und kommunikativ begleitet bleiben.

Ein zentrales Prinzip muss lauten: Eindämmungsmaßnahmen müssen wirksam, verhältnismäßig, zeitlich begrenzt, überprüfbar und patientengruppenspezifisch ausgestaltet sein. Sie dürfen nicht nur infektionsepidemiologisch bewertet werden, sondern müssen auch ihre Auswirkungen auf Versorgung, Teilhabe, psychische Gesundheit und Krankheitsverläufe berücksichtigen.

3) Besondere Bedarfe von Menschen mit chronischen, schweren oder komplexen Erkrankungen

Menschen mit chronischen, schweren oder komplexen Erkrankungen waren von der Pandemie in besonderer Weise betroffen und zählen auch mit Blick auf künftige Pandemien oder andere Krisensituationen zu besonders vulnerablen Gruppen. Dazu gehören unter anderem Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen, seltenen Erkrankungen, (geriatrischer) Multimorbidität, Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit.

Für diese Gruppen hatte die Pandemie mehrere Belastungsdimensionen:

Erstens waren sie häufig selbst besonders gefährdet für schwere Krankheitsverläufe und mussten daher besonders geschützt werden.

Zweitens waren sie stärker auf kontinuierliche medizinische Versorgung angewiesen. Unterbrechungen bei Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Rehabilitation oder psychosozialer Unterstützung konnten für sie schwerwiegendere Folgen haben als für gesunde Menschen.

Drittens waren sie stärker von Kontaktbeschränkungen betroffen, weil Angehörige, rechtliche Betreuer, Dolmetscher, Assistenzpersonen oder vertraute Bezugspersonen oft eine zentrale Rolle in der Versorgung spielen.

Und viertens führte die Sorge vor Ansteckung teilweise dazu, dass Patientinnen und Patienten notwendige medizinische Hilfe später oder gar nicht in Anspruch nahmen.

Künftige Pandemiepläne müssen deshalb explizit Versorgungspfade für diese Patientengruppen enthalten. Dazu gehören geschützte Behandlungsbereiche, priorisierte Diagnostik- und Therapiepfade, telemedizinische Ergänzungsangebote, klare Regeln zur Einbindung von Angehörigen und Assistenzpersonen sowie eine kontinuierliche und zielgruppengerechte Kommunikation.

Gerade bei komplexen Erkrankungen darf Versorgung nicht allein in „dringlich“ und „aufschiebbar“ eingeteilt werden. Eine formal planbare Leistung kann für den individuellen Krankheitsverlauf hoch relevant sein. Deshalb müssen Entscheidungen über Verschiebungen medizinisch differenziert, interdisziplinär und unter Berücksichtigung der individuellen Risiken getroffen werden.

4) Schlussfolgerungen

Aus Sicht der Krankenhäuser lassen sich aus der Corona-Pandemie folgende zentrale Lehren ziehen:

Erstens: Pandemie- und insgesamt Krisenvorsorge ist Teil der Daseinsvorsorge und Grundbaustein gesellschaftlicher Resilienz. Sie muss dauerhaft finanziert, organisatorisch verankert und regelmäßig geübt werden.

Zweitens: Krankenhäuser brauchen nicht nur Betten, sondern einsatzfähige Kapazitäten – also Personal, Material, Infrastruktur, digitale Lagebilder und funktionierende Lieferketten.

Drittens: Regionale Krankenhausstrukturen, Versorgungsnetzwerke und trägerübergreifende Kooperation sind entscheidende Stabilitätsfaktoren in Krisen.

Viertens: Eindämmungsmaßnahmen müssen fortlaufend evaluiert und an die tatsächliche Risikolage angepasst werden. Pauschale Maßnahmen dürfen nicht länger gelten als unbedingt erforderlich.

Fünftens: Angehörigenkontakte sind ein wichtiger Bestandteil guter Krankenhausversorgung. Besuchsbeschränkungen müssen künftig differenziert, human und versorgungsorientiert ausgestaltet werden.

Und sechstens: Menschen mit chronischen, schweren oder komplexen Erkrankungen benötigen in Pandemielagen besondere Schutz- und Versorgungskonzepte. Ihre Versorgung darf nicht zum Kollateralschaden der Pandemie- bzw. Krisenbewältigung werden.

Die Pandemie hat gezeigt, dass Krankenhäuser bereit und in der Lage sind, enorme Verantwortung zu übernehmen. Damit sie diese Verantwortung auch künftig erfüllen können, braucht es jedoch eine Krankenhauspolitik, die Resilienz nicht nur einfordert, sondern finanziert, organisiert und dauerhaft absichert. Das beinhaltet sowohl akut notwendige Ausgleichszahlungen und Mehraufwandszuschläge als auch eine angemessene

Investitionsförderung sowie die Refinanzierung von Betriebskosten für den Aufbau und die Vorhaltung zusätzlicher ambulanter und stationärer Kapazitäten. Die Lehren aus der Pandemie müssen konsequent und in die Zukunft gerichtet gezogen werden – nicht nur für weitere pandemische Lagen, sondern insgesamt für künftige Krisenlagen und alle derzeit in Planung befindlichen Regularien im Kontext von Resilienz und Gesundheitssicherstellung.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT