

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Stärkung der Reserve
(Reservestärkungsgesetz – ResStG)

(Stand: 28.10.2026)

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 1

Bewertung ausgewählter Regelungen 3

1) Schutz versorgungskritischer Krankenhausfunktionen 3

2) Planungssicherheit und kurzfristige Heranziehung 4

3) Mehrfachengagement als systemisches Ausfallrisiko 4

4) Finanzielle Folgen und Gleichbehandlung der Träger 5

5) Beteiligung und Evaluation 5

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge 6

Zusammenfassung

Die Krankenhäuser unterstützen das Ziel des Gesetzentwurfs, die Verteidigungs- und Resilienzfähigkeit Deutschlands durch eine verlässlich verfügbare Reserve zu stärken. Eine leistungsfähige Reserve ist angesichts der veränderten sicherheitspolitischen Lage von erheblicher Bedeutung.

Die gesamtstaatliche Resilienz setzt jedoch zugleich und gleichermaßen eine jederzeit funktionsfähige Gesundheitsversorgung voraus. Krankenhäuser sind kritische Infrastrukturen und müssen im Alltag ebenso wie in Krisen-, Katastrophen-, Spannungs- und Verteidigungslagen leistungsfähig bleiben. Die Heranziehung von Reservistinnen und Reservisten darf deshalb nicht dazu führen, dass die personelle Einsatz- und Versorgungsfähigkeit der Krankenhäuser geschwächt wird.

Besondere Risiken entstehen durch Mehrfachengagements. Bei Personen mit Mehrfachengagement übte knapp die Hälfte zusätzlich eine hauptberufliche Tätigkeit in einem KRITIS-Bereich aus. Eine einzelne Heranziehung zum Reservedienst kann daher zu einem mehrfachen Ausfall führen: im Krankenhaus als Hauptarbeitsplatz sowie zugleich bei Feuerwehr, Rettungsdienst, THW oder einer weiteren Organisation des Bevölkerungsschutzes. Die formale Zahl verfügbarer Personen überschätzt in solchen Fällen die tatsächlich nutzbare Personalreserve.

Die Krankenhäuser fordern daher insbesondere:

- vorrangig eine gesetzliche Befreiung nach § 9 ResG-E für erforderliche Krankenhausbeschäftigte und hilfsweise eine Zurückstellung nach § 10 ResG-E mit Vermutung der Unentbehrlichkeit,
- eine ergänzende vorsorgliche Unabkömmlichstellung nach § 11 ResG-E für verbleibende Schutzlücken,
- eine verbindliche Arbeitgeberanhörung und eine verbindliche Vorlauffrist für reguläre Reservedienstleistungen,
- eine besondere Berücksichtigung von Mehrfachengagements und kumulierten Ausfallfolgen bei der Heranziehungsentscheidung,
- eine Begrenzung kurzfristiger Heranziehungen versorgungskritischer Krankenhausbeschäftigter sowie
- eine vollständige und rechtsformneutrale Erstattung der durch Reservedienstleistungen entstehenden notwendigen Ersatz- und Folgekosten.

Die Stärkung der militärischen Reserve ist notwendig. Sie muss jedoch in eine Gesamtplanung eingebettet werden, die die zivile Gesundheitsversorgung als unverzichtbaren Bestandteil der gesamtstaatlichen Verteidigungs- und Resilienzfähigkeit behandelt. Der Gesetzentwurf sollte deshalb um klare Schutzmechanismen für versorgungskritische Krankenhausfunktionen und um eine verbindliche Berücksichtigung von Mehrfachengagements ergänzt werden.

Die militärische Verteidigungsfähigkeit und die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung müssen im Rahmen einer gemeinsamen Gesamtverteidigungsplanung insofern aufeinander abgestimmt werden. Verteidigungsfähigkeit darf nicht auf Kosten der Funktionsfähigkeit der gesundheitlichen Daseinsvorsorge ausgebaut werden.

Unabdingbar ist insofern auch die Harmonisierung der Regelungen mit dem derzeit in Arbeit befindlichen Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz, das zeitnah erwartet wird.

Bewertung ausgewählter Regelungen

Der Gesetzentwurf schafft neue und teilweise verpflichtende Möglichkeiten zur Heranziehung von Reservistinnen und Reservisten auch außerhalb des Spannungs- und Verteidigungsfalls. Abhängig von der bisherigen Wehrdienstzeit können einzelne Reservedienstleistungen mehrere Wochen pro Kalenderjahr umfassen. Damit können auch Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Beschäftigte der Notfall- und Intensivversorgung, medizinisch-technische und technische Fachkräfte, IT-Beschäftigte sowie weitere schwer ersetzbare Krankenhausbeschäftigte betroffen sein.

Die Krankenhäuser verkennen nicht, dass die Reserve für die nationale und bündnisbezogene Verteidigungsfähigkeit erforderlich ist. Der Gesetzentwurf betrachtet die personellen Ressourcen jedoch noch zu stark aus der Perspektive einzelner Organisationen. Für die tatsächliche Resilienz ist nicht allein maßgeblich, wie viele Personen einer Organisation formal angehören, sondern an wie vielen kritischen Stellen dieselbe Person zugleich eingeplant ist.

1) Schutz versorgungskritischer Krankenhausfunktionen

Die Krankenhäuser fordern vorrangig eine gesetzliche Befreiung von der Heranziehung zum Reservedienst nach § 9 ResG-E für Beschäftigte, die zur Sicherstellung der stationären Versorgung erforderlich sind. Die nähere Bestimmung der Funktionen kann durch Rechtsverordnung unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder und der Krankenhausseite erfolgen.

Die Begründung, die der Bundesrat in seiner Stellungnahme für eine Befreiung von Angehörigen der Polizei heranzieht, ist auf Krankenhäuser übertragbar: Krankenhäuser müssen ihre für Bevölkerung und Staat unverzichtbaren Aufgaben auch in Krisen- und Verteidigungslagen erfüllen. Hinzu kommt, dass im Verteidigungsfall ein erheblicher Teil der Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, die derzeit die Bundeswehrkrankenhäuser personell absichern, für militärische Aufgaben gebunden werden kann. Zivile Krankenhäuser benötigen ihre Beschäftigten dann, um die Versorgung der Bevölkerung fortzuführen und zusätzliche Behandlungsbedarfe sicherzustellen. Die Befreiung sollte daher unmittelbar in § 9 ResG-E verankert und auf die für die stationäre Versorgung erforderlichen Krankenhausfunktionen bezogen werden.

Hilfsweise, falls eine Befreiung nach § 9 ResG-E nicht oder nicht vollständig greift, ist § 10 ResG-E so auszugestalten, dass Beschäftigte in versorgungskritischen Krankenhausfunktionen bei Gefährdung der Patientenversorgung oder des Krankenhausbetriebs zurückgestellt werden. Für diese Funktionen sollte die Unentbehrlichkeit widerlegbar vermutet werden; bis zur Entscheidung über den Antrag ist die Heranziehung auszusetzen.

Eine nachträgliche Einzelfallprüfung nach § 10 ResG-E wäre für diese Beschäftigten jedoch kein gleichwertiger Ersatz für einen gesetzlichen Schutz von vornherein. Die Befreiung ist insofern der vorrangige Schutzmechanismus; eine einzelfallbezogene Zurückstellung nach § 10 darf für diese Beschäftigten nicht zur Regelvoraussetzung werden.

Soweit einzelne Beschäftigte jedoch nicht nach § 9 befreit sind und eine Zurückstellung nach § 10 nicht ausreicht, muss eine vorsorgliche Unabkömmlichstellung bereits außerhalb des Spannungs- und Verteidigungsfalls als ergänzende Auffanglösung § 11 ResG-E vorgesehen werden.

Zudem sollte § 19 ResG-E für versorgungskritische Krankenhausbeschäftigte eine Sonderregelung enthalten. Außerhalb des Spannungs- und Verteidigungsfalls sollte eine Heranziehung ohne Einhaltung einer Frist nur im Einvernehmen mit dem Krankenhaus und nur dann zulässig sein, wenn eine erhebliche Gefährdung der Gesamtverteidigung anders nicht abgewendet werden kann.

2) Planungssicherheit und kurzfristige Heranziehung

Die vorgesehene Arbeitgeberanhörung und die grundsätzlich vorgesehene Vorlauffrist von acht Wochen sind wichtige Ansätze, bleiben als Soll-Regelungen aber hinter dem Bedarf der Krankenhausversorgung zurück. Krankenhäuser müssen Dienstpläne, Rufbereitschaften, Qualifikationsanforderungen und gesetzliche Besetzungsvorgaben langfristig planen. Die Arbeitgeberanhörung und die Vorlauffrist müssen deshalb für reguläre Reservedienste verbindlich ausgestaltet werden.

Die Anhörung des Arbeitgebers vor einer Heranziehung muss insofern als gebundene Verfahrenspflicht ausgestaltet werden. Der Arbeitgeber muss die Gelegenheit erhalten, die Auswirkungen auf die betrieblichen Abläufe und die Patientenversorgung darzulegen. Bei regulären Reservedienstleistungen sollte daher eine verbindliche Vorlauffrist von mindestens acht Wochen gelten.

3) Mehrfachengagement als systemisches Ausfallrisiko

Die empirischen Befunde zur personellen Resilienz im Bevölkerungsschutz zeigen, dass Mehrfachverwendungen weit verbreitet sind.[1] Rund ein Drittel der Befragten war in mindestens einer weiteren Organisation des Bevölkerungsschutzes aktiv. Rund 38 Prozent übten hauptberuflich eine Tätigkeit in einem KRITIS-Sektor aus; bei Personen mit Mehrfachengagement lag dieser Anteil bei knapp 45 Prozent. Die Studie weist zugleich darauf

[1] Vgl. Meyer, Klaus / Benesch, Sandra / Skrok, Volker / Landsleitner, Bernd: Personelle Resilienz im Bevölkerungsschutz: empirische Befunde zu Doppelrollen, Mehrfachengagements und Ressourcenmanagement, Notfall + Rettungsmedizin 2026, DOI: 10.1007/s10049-026-01712-x

hin, dass formale Mitgliedszahlen die reale Einsatzverfügbarkeit nur unzureichend abbilden und zu einer Überschätzung der verfügbaren Kapazitäten führen können.

Für die Krankenhausversorgung ist dies von unmittelbarer Bedeutung. Eine Person kann beispielsweise hauptberuflich in einem Krankenhaus im Pflegedienst oder als Arzt oder Ärztin tätig und zugleich Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr oder des THW sein. Wird diese Person zum Reservedienst herangezogen, fehlt sie nicht nur dem Krankenhaus, sondern steht auch den zivilen Einsatzorganisationen nicht zur Verfügung. Es handelt sich damit nicht um einen einfachen Personalausfall, sondern um einen mehrfachen Ausfall in kritischen Bereichen. Bei parallelen oder länger andauernden Lagen können dadurch Ketteneffekte entstehen: Schichtbesetzungen im Krankenhaus werden instabil, die Notfall- und Intensivversorgung wird belastet und zugleich sinkt die verfügbare Stärke im Feuerwehr- oder THW-Einsatz.

Diese kumulierten Auswirkungen würden bei nach § 9 zu befreienden Krankenhausfunktionen oder hilfsweise bei einer Zurückstellung nach § 10 und bei jeder verbleibenden Heranziehungsentscheidung berücksichtigt werden.

Die zuständigen Stellen müssen außerdem verpflichtet werden, Mehrfachbindungen und gegebenenfalls gleichzeitig bestehende Führungs- oder Schlüsselpositionen zu erfassen und bei der Verfügbarkeitsplanung zu berücksichtigen. Die dafür erforderliche Datenverarbeitung ist auf das notwendige Maß zu begrenzen und datenschutzkonform auszugestalten.

4) Finanzielle Folgen und Gleichbehandlung der Träger

Die durch den Ausfall von Beschäftigten entstehenden Kosten dürfen nicht von der Rechtsform des Krankenhausträgers abhängen. Öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser erfüllen denselben Versorgungsauftrag. Die Erstattungs- und Förderregelungen des Arbeitsplatzschutzgesetzes sind so auszugestalten, dass alle Krankenhausträger gleichbehandelt werden. Die Erstattung muss die tatsächlich notwendigen Kosten des Personalersatzes und der Aufrechterhaltung des Betriebs umfassen.

Erstattungsfähig müssen deshalb insbesondere notwendige Kosten für Leiharbeit, Honorarvertretungen, Überstunden, zusätzliche Dienste anderer Beschäftigter und sonstige nachweisbare Ersatzmaßnahmen sein. Die Regelungen dürfen weder Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes ausschließen noch von einer Unternehmensgröße abhängig sein.

5) Beteiligung und Evaluation

Bei der Ausgestaltung der Rechtsverordnung und der vorgesehenen Evaluation des Gesetzes sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Länder und die maßgeblichen Organisationen der Krankenhäuser zu beteiligen. Die Evaluation muss die Auswirkungen auf die personelle Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, die Notfall- und Intensivversorgung, die Krankenhaus-IT und die kumulierten Ausfälle durch Mehrfachengagement ausdrücklich untersuchen.

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge

Nr.	Bezug	Regelungstext/ Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
1	§ 9 ResG-E (primär); hilfsweise § 10 ResG-E	Gesetzliche Befreiung; hilfsweise Zurückstellung	Primärer Befreiungstatbestand für erforderliche Krankenhausbeschäftigte fehlt; Mehrfachengagements und kumulierte Ausfallfolgen sind ausdrücklich zu berücksichtigen.	§ 9 ResG-E um eine Befreiung für erforderliche Krankenhausfunktionen ergänzen. Hilfsweise § 10: widerlegbare Vermutung der Unentbehrlichkeit sowie Einbeziehung weiterer beruflicher/ ehrenamtlicher Bindungen und kumulierter Ausfälle.
2	§ 11 ResG-E	Unabkömmlichstellung	§ 11 als ergänzende Auffanglösung für Beschäftigte, die nicht nach § 9 befreit sind und nicht ausreichend durch § 10 geschützt werden.	Nur subsidiär für verbleibende Schutzlücken vorsehen; kein Ersatz für die Befreiung nach § 9 und die hilfsweise Zurückstellung nach § 10.
3	§ 12 ResG-E / Rechtsverordnung	Ausgestaltung und Zuständigkeit	Krankenhausversorgung und Mehrfachengagements sind einzubeziehen.	BMG, Länder und Krankenhausseite verbindlich beteiligen; Kriterien für versorgungskritische Funktionen, Mehrfachbindungen und kumulierte Ausfallrisiken festlegen.
4	§ 18 ResG-E	Arbeitgeberanhörung und Vorlauffrist	Anhörung und Acht-Wochen-Frist nur als Soll-Regelungen; verbindliche Anhörung und Vorlauffrist von mindestens acht Wochen für reguläre Reservedienstleistungen vorsehen;	Absatz 1 Satz 2: *„ist anzuhören“* anstatt *„soll angehört werden“*

			Auswirkungen auf Patientenversorgung besonders gewichten.	Absatz 3: *„ist … zuzustellen“* anstatt *„soll … zugestellt sein“*
5	§ 19 ResG-E	Heranziehung ohne Frist	Kurzfristige Heranziehung kann kritische Krankenhausfunktionen unmittelbar schwächen.	Für versorgungskritische Krankenhausbeschäftigte außerhalb des Spannungs- und Verteidigungsfalls grundsätzlich ausschließen oder von vorheriger Abstimmung mit dem Krankenhaus abhängig machen.
6	ArbPlSchG	Kostenerstattung	Rechtsform- und größenabhängige Einschränkungen benachteiligen insbesondere öffentlich-rechtliche Krankenhäuser.	Vollständige, rechtsformneutrale Erstattung notwendiger Ersatzkosten einschließlich Leiharbeit, Honorarvertretungen, Überstunden und zusätzlicher Dienste vorsehen.
7	Evaluation	Wirkungsprüfung	Auswirkungen auf Krankenhausversorgung und Mehrfachausfälle nicht hinreichend abgebildet.	Evaluation um personelle Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, Notfall-/Intensivversorgung und organisationsübergreifende Mehrfachausfälle erweitern.



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