



DIVI

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin

DIVI e.V. · Schumannstraße 2 · 10117 Berlin

An

Vorsitzende Ausschuss für Gesundheit

Frau Dr. Tanja Machalet, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

21.9.2026

**Betreff: Stellungnahme Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Hitze Krise ernst nehmen – Hitzeschutz verbindlich, sozial gerecht und
finanziell absichern BT-Drucksache: 21/6343**

Sehr geehrte Frau Machalet,

ich bedanke mich sehr für die Einladung zur öffentlichen Anhörung
„Hitze Krise ernst nehmen“ am 23. September 2026, 16 Uhr, Paul-Löbe
Haus.

Zu dem Antrag nehme ich wie folgt Stellung.

Mit freundlichen Grüßen

 Medizinischer Geschäftsführer der DIVI

Präsident

Prof. Dr. med. F. Hoffmann

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. O. Sakowitz

Prof. Dr. med. F. Walcher

Generalsekretär

Prof. Dr. med. A. Zarbock

Schatzmeister

Prof. Dr. med. H. Huttner

Schriftführer

Prof. Dr. med. C. Waydhas

Geschäftsstelle der DIVI

med. Geschäftsführer

Prof. Dr. Uwe Janssens

Geschäftsführer

Volker Parvu, Dipl. Inf.

Schumann Str. 2

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548

USt-IdNr.: DE-276949092

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX

DIVI-Stellungnahme

Verbindlicher Hitzeschutz für Akut-, Notfall- und Intensivmedizin

Stellungnahme unter Berücksichtigung des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 21/6343), des DGIIN/DGINA-Konsensuspapiers und präklinischer Versorgungsdaten

Kernbotschaft

Hitze ist eine wiederkehrende Gesundheitskrise. Wirksamer Hitzeschutz verlangt verbindliche, dauerhaft finanzierte und geübte Strukturen von der kommunalen Warnung und Unterstützung vulnerabler Menschen bis zur zeitkritischen Akut- und Intensivversorgung. Für den Hitzschlag muss die unverzügliche, wirksame aktive Kühlung als notfallmedizinischer Qualitätsstandard verfügbar sein. Die Kapazitätsplanung muss zudem den verzögerten Anstieg vital bedrohlicher Ereignisse nach dem Temperaturmaximum berücksichtigen. [1] [2] [3] [11]

Stand: 20. September 2026

Inhalt

1. Kurzfassung	4
1.1 Klinischer Ergänzungspunkt	5
2. Vorrangige Forderungen	6
3. Ausgangslage und Handlungsdruck	6
4. Leitprinzipien	7
4.1 Hitzeschutz ist Daseinsvorsorge, Patientensicherheit und Krisenvorsorge.....	7
4.2 Prävention muss vor der Notfallversorgung einsetzen.....	7
4.3 Versorgungskette statt Einzelmaßnahme.....	7
4.4 Soziale Gerechtigkeit, Barrierefreiheit und niedrigschwelliger Zugang.....	7
4.5 Patientensicherheit und Personalschutz sind untrennbar.....	7
5. Steuerung, Alarmierung und Monitoring.....	7
5.1 Verbindliche kommunale Hitzeaktionspläne	7
5.2 Regionales Hitzelagebild	8
5.3 Präklinische Warnsignale aus der Extremhitzephase in Köln	8
5.4 Abgestufte Maßnahmen	9
6. Schutz besonders gefährdeter Menschen	9
6.1 Freiwillige Risiko- und Kontaktstrukturen.....	9
6.2 Zielgruppen und Unterstützungsangebote	10
6.3 Kommunale Angebote und Information	10
6.4 Kommunale Hitzeschutzmaßnahmen in Frankreich als Orientierung für Deutschland	11
7. Rettungsdienst, Leitstellen und Notaufnahmen	12
7.1 Rettungsdienstliche Resilienz.....	12
7.2 Leitstellen	12
7.3 Notaufnahmen und Hitzewellen-Surge-Pläne	12
8. Zeitkritische Behandlung des Hitzschlags	14
8.1 Klinische Priorität	14
8.2 Verbindlicher Hitzschlag-Kühlwagen bzw. „Heat-Stroke Cooling Kit“	14
8.3 Alternative Verfahren bei fehlender Immersion.....	15
9. Hitzesichere Krankenhäuser.....	15
9.1 Klimatisierung und baulicher Schutz.....	15
9.2 Klinisches Hitzeschutzkonzept	15
10. Pflege, ambulante Versorgung und soziale Einrichtungen	16
11. Personalschutz und Arbeitsmedizin.....	16
12. Vorbereitung auf außergewöhnliche Übersterblichkeit	16
13. Finanzierung und Rechtsrahmen	17
14. Konkrete Forderungen der DIVI	18

15. Abschließende Stellungnahme.....	19
16. Literaturverzeichnis.....	20

1. Kurzfassung

Bis einschließlich Kalenderwoche 36/2026 schätzte das Robert Koch-Institut (RKI) deutschlandweit rund 16.000 hitzebedingte Sterbefälle (95%-Prädiktionsintervall: 14.300–17.600). Die Schätzung ist vorläufig und umfasst den Zeitraum der Kalenderwochen 15 bis 36. Der weit überwiegende Anteil betrifft Menschen ab 75 Jahren. Hitzeinduzierte Todesfälle werden auf Totenscheinen häufig nicht unmittelbar als „Hitze“ ausgewiesen, weshalb die Lage über ein statistisches Mortalitätsmonitoring beurteilt wird. [2]

Die DIVI befürwortet die Stoßrichtung des Antrags „Hitzekrise ernst nehmen – Hitzeschutz verbindlich, sozial gerecht und finanziell absichern“. Besonders wichtig sind Verbindlichkeit und Finanzierung kommunaler Hitzeaktionspläne, ein umsetzungsorientiertes Monitoring, die Stärkung von Pflege, Sozialraum und Arbeitsschutz sowie Investitionen in hitzeresiliente Gesundheitsinfrastruktur. Die Stellungnahme ergänzt diese Punkte um eine konkrete akut-, notfall- und intensivmedizinische Strukturqualität. [1] [3]

1.1 Klinischer Ergänzungspunkt

Der zentrale klinische Ergänzungspunkt lautet: Hitzschlag ist ein zeitkritischer vitaler Notfall. Bei schwerer Hyperthermie mit neurologischer Dysfunktion muss die aktive Kühlung parallel zur **ABCDE-orientierten** Stabilisierung ohne diagnostische Verzögerung beginnen.

Krankenhäuser und Rettungsdienste benötigen hierfür verbindliche SOP, Materialvorhaltung, Kerntemperaturmessung, qualifiziertes Personal und regelmäßige Simulationen. [1]

ABCDE-orientierte Stabilisierung ist ein standardisiertes Vorgehen in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Dabei werden lebensbedrohliche Probleme in einer festen Reihenfolge erkannt und unmittelbar behandelt:

Buchstabe	Bedeutung	Beispiele bei Hitzschlag
A – Airway	Atemweg sichern	Bewusstseinslage prüfen, Atemweg freihalten, bei Bedarf Atemwegssicherung
B – Breathing	Atmung beurteilen und unterstützen	Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Atemarbeit prüfen; Sauerstoff oder Beatmung bei Bedarf
C – Circulation	Kreislauf stabilisieren	Puls, Blutdruck, EKG, venöser Zugang; Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen behandeln
D – Disability	Neurologischen Zustand beurteilen	Bewusstsein, Verwirrtheit, Krampfanfälle, Blutzucker und Pupillen kontrollieren
E – Exposure / Environment	Körper vollständig untersuchen und Umgebungsfaktoren berücksichtigen	Kerntemperatur messen, entkleiden, weitere Verletzungen oder Ursachen prüfen und wirksam kühlen

„**Orientiert**“ bedeutet: Die Versorgung richtet sich systematisch an diesen Schritten aus, wird aber an die konkrete Situation angepasst und fortlaufend wiederholt.

Im Zusammenhang mit **Hitzschlag** ist entscheidend: Die ABCDE-Stabilisierung darf die **sofortige aktive Kühlung nicht verzögern**. Kühlung und die genannten Maßnahmen erfolgen daher parallel.

Neue präklinische Routinedaten aus Köln unterstreichen den Handlungsdruck: Während einer elftägigen Extremhitzephase Ende Juni 2026 stiegen die Rettungsdiensteinsätze gegenüber den unmittelbar vorausgehenden Vergleichstagen um 37 %, Reanimationen um 90 % und präklinische Todesfeststellungen um 146 %. Reanimationen und Todesfeststellungen blieben auch nach dem Rückgang der Höchsttemperaturen erhöht. Die deskriptive Ein-Stadt-Analyse belegt keinen individuellen Kausalzusammenhang, liefert aber einen wichtigen Hinweis für die operative Kapazitäts- und Nachlaufplanung. [11]

2. Vorrangige Forderungen

- Kommunale Hitzeaktionspläne mit klaren Zuständigkeiten, Alarmstufen, Finanzierungszusagen, einem öffentlichen Lagebild und verbindlicher Evaluation nach jeder relevanten Hitzelage. [3] [4] [7]
- Sichere, freiwillige und datensparsame Kontaktstrukturen für Hochrisikogruppen sowie aufsuchende und quartiersbezogene Hilfen, einschließlich Hitzepatenschaften, mobiler Angebote und barrierefreier Warnkommunikation. [3] [4]
- Verpflichtende und refinanzierte Hitzeschutzkonzepte für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, soziale Einrichtungen sowie vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen. [3] [4] [6]
- Eine ausfallsichere Temperierung kritischer Versorgungsbereiche sowie Vorhaltung wirksamer aktiver Kühlverfahren für Hitzschlag in Rettungsdienst und Notaufnahme. [1] [6]
- Hitzespezifische Eskalationskonzepte im Rettungsdienst mit definierten Schwellenwerten, zusätzlichen Personal- und Fahrzeugressourcen sowie einem Fortbestand der Maßnahmen über das Temperaturmaximum hinaus. [11]
- Hitzeschutz als verbindliches Thema der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheits-, Pflege-, Rettungs- und Sozialberufe sowie als Gegenstand von Übungen und Qualitätsmanagement. [1] [3] [6]
- Konsequente Umsetzung des Arbeitsschutzes in Innenräumen und bei Außenarbeit; dies gilt ausdrücklich auch für Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei sowie saisonal oder prekär Beschäftigte. [3] [8] [9]

3. Ausgangslage und Handlungsdruck

Hitze ist kein kurzfristiges Wetterereignis, sondern ein relevantes Risiko für Gesundheit, Versorgungssicherheit und gesellschaftliche Resilienz. Die in Deutschland geschätzte hitzebedingte Mortalität schwankt mit der Intensität der Sommer, lag aber bereits in den Jahren 2023 bis 2025 bei rund 3.200, 3.000 und 2.500 Sterbefällen. Die vorläufige Schätzung für 2026 übertrifft diese Größenordnung deutlich. [2] [4]

Zeitraum	Geschätzte hitzebedingte Sterbefälle	Einordnung
Sommer 2023	rund 3.200	RKI-Schätzung
Sommer 2024	rund 3.000	RKI-Schätzung
Sommer 2025	rund 2.500	RKI-Schätzung
bis KW 36/2026	rund 16.000 [14.300; 17.600]	vorläufige RKI-Schätzung; Zeitraum KW 15–36
KW 26/2026	etwa 9.600	größter Anteil der bisherigen Schätzung 2026
KW 31–33/2026	etwa 4.500	zweite große Belastungsphase

Quelle: RKI-Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität, KW 36/2026; Angaben für 2023 bis 2025 nach BMG. [2] [4]

Besonders gefährdet sind hochaltrige, gebrechliche, pflegebedürftige und multimorbide Menschen, Menschen mit kardialen, pulmonalen, renalen, neurologischen oder psychischen Erkrankungen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Trinkfähigkeit, wohnungslose Menschen, Säuglinge und Kleinkinder, Schwangere sowie Personen mit körperlich belastender Arbeit oder Arbeit im Freien. In dicht bebauten, stark versiegelten und sozial benachteiligten Quartieren kumulieren Exposition und eingeschränkte Möglichkeiten zur Anpassung. [1] [3] Fachlich ist zwischen hitzebedingten und hitzeassoziierten Erkrankungen zu unterscheiden. Hitzebedingte Erkrankungen entstehen unmittelbar durch Hitze oder Sonneneinstrahlung und reichen von Hitzestress und Hitzeerschöpfung bis zum Hitzschlag. Hitzeassoziierte Erkrankungen sind temperaturbedingte Verschlechterungen bestehender Krankheiten, etwa kardialer, pulmonaler, renaler oder infektiöser Erkrankungen; sie treten deutlich häufiger auf und tragen wesentlich zur Mortalität bei. [1]

4. Leitprinzipien

4.1 Hitzeschutz ist Daseinsvorsorge, Patientensicherheit und Krisenvorsorge.

Hitzeschutz darf weder vom freiwilligen Engagement einzelner Kommunen noch von zeitlich befristeten Projekten oder der Finanzkraft einzelner Träger abhängen. Bund und Länder müssen einheitliche Mindestanforderungen definieren, die vor Ort angepasst, aber nicht unterschritten werden dürfen. Die Finanzierung muss die Umsetzung, die Vorhaltung und die regelmäßige Erprobung einschließen. [3] [4] [7]

4.2 Prävention muss vor der Notfallversorgung einsetzen.

Viele hitzebedingte Erkrankungen und Einweisungen lassen sich vermeiden oder abschwächen, wenn Hochrisikopersonen frühzeitig erreichbar sind, die häusliche Situation berücksichtigt wird und Warnzeichen schnell zu einer medizinischen Eskalation führen. Warnungen des Deutschen Wetterdienstes (DWD) und kommunale Aktivierung müssen deshalb in ambulante, pflegerische, sozialräumliche und klinische Prozesse übersetzt werden. [4] [5] [7]

4.3 Versorgungskette statt Einzelmaßnahme.

Wirksamer Hitzeschutz verbindet Wetterwarnung, Lagebewertung, proaktive Kontaktaufnahme, ambulante und pflegerische Versorgung, Rettungsdienst, Notaufnahme, Intensivmedizin sowie Überleitung und Nachsorge. Die kommunalen und klinischen Planungen müssen miteinander kompatibel sein; der Hitzeschutzplan eines Krankenhauses ist mit dem Krankenhausalarm- und Einsatzplan zu verknüpfen. [3] [6]

4.4 Soziale Gerechtigkeit, Barrierefreiheit und niedrigschwelliger Zugang.

Warnungen und Hilfen müssen mehrsprachig, barrierefrei und auch ohne digitale Zugangsvoraussetzungen funktionieren. Neben Apps und Websites braucht es Telefonketten, SMS-Dienste, Aushänge, aufsuchende Angebote und lokale Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Kühlorte müssen sicher, kostenlos oder bezahlbar und mit Trinkwasser, Toiletten sowie einfacher Erster Hilfe ausgestattet sein. [3] [4]

4.5 Patientensicherheit und Personalschutz sind untrennbar.

Eine Versorgung unter Hitzebedingungen ist nur möglich, wenn Einrichtungen selbst vor Überhitzung geschützt sind und Beschäftigte ausreichend entlastet werden. Hitzeschutz ist damit zugleich Bestandteil des Qualitätsmanagements, der Arbeitsschutzorganisation, der baulichen Resilienz und der betrieblichen Kontinuitätsplanung. [1] [6] [8] [9]

5. Steuerung, Alarmierung und Monitoring

5.1 Verbindliche kommunale Hitzeaktionspläne

Jede Kommune und jeder Landkreis soll über einen finanzierten, regelmäßig aktualisierten und geübten Hitzeaktionsplan verfügen. Dieser muss mit regionalen Krankenhausalarm- und Einsatzplänen, Rettungsdienstbedarfsplänen, Katastrophenschutzstrukturen und Pflegeversorgungsstrukturen abgestimmt sein. Das Vorhandensein eines Dokuments genügt nicht: Erforderlich sind klare Zuständigkeiten, Aktivierungswege, Übungen, Auswertung und ein Monitoring der Umsetzung. [3] [4] [7]

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert zu Recht ein einheitliches Monitoring, das nicht nur Pläne zählt, sondern Zuständigkeiten, Aktivierung, Maßnahmen, Lernerfahrungen und Umsetzung erfasst. Dieses Monitoring sollte um Indikatoren der Akutversorgung ergänzt werden. [3]

5.2 Regionales Hitzelagebild

Bei DWD-Warnungen vor starker oder extremer Wärmebelastung soll ein intersektorales Lagebild erstellt und fortgeschrieben werden. Die DWD-Warnungen berücksichtigen die gefühlte Temperatur und die fehlende nächtliche Auskühlung; eine starke Wärmebelastung wird in der Regel ab etwa 32 °C, eine extreme Wärmebelastung ab etwa 38 °C gefühlter Temperatur adressiert. [5]

Informationsbereich	Indikatoren für das Lagebild
Meteorologie	DWD-Hitzewarnung, gefühlte Temperatur, nächtliche Mindesttemperatur, Dauer der Hitzewelle.
Präklinische Versorgung	Notrufe, rettungsdienstliche Einsätze, Transportdauer, Verfügbarkeit von Rettungsmitteln, Synkopen und Hitzeschäden.
Klinische Versorgung	Notaufnahmeverstellungen, Aufnahmen, Überwachungs- und Intensivkapazitäten, Belegung, Personalengpässe.
Pflege und Sozialraum	Auffälligkeiten in Pflegeeinrichtungen, Hilferufe, Trinkmengenprobleme, Ausfälle ambulanter Dienste, Bedarf an Kühlorten.
Infrastruktur und Mortalität	Strom- und Wasserversorgung, Überhitzung kritischer Räume, Todesfallmeldungen sowie verfügbare temperaturkontrollierte Aufbewahrungskapazitäten.

5.3 Präklinische Warnsignale aus der Extremhitzeperiode in Köln

Die retrospektive Analyse aggregierter Routinedaten des Rettungsdienstes Köln verglich eine elftägige Hitzewelle mit maximalen Lufttemperaturen über 30 °C (18.–28. Juni 2026) mit den unmittelbar vorausgehenden elf Tagen. Der Rettungsdienstbereich versorgt rund 1,1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Die Werte sind keine bundesweit verallgemeinerbare Kausalitätsanalyse; sie zeigen jedoch, welche präklinischen Indikatoren in einer Extremhitzeperiode besonders relevant sind. [11]

Indikator	Hitzeperiode	Vergleichszeitraum und Einordnung
Rettungsdiensteinsätze	6.549	+37 % gegenüber den vorausgehenden elf Vergleichstagen.
Präklinische Reanimationen	55	+90 % gegenüber dem Vergleichszeitraum.
Präklinische Todesfeststellungen	145	+146 % gegenüber dem Vergleichszeitraum.

Belastungsspitze und Nachlauf: Am 27. Juni wurden 16 präklinische Reanimationen registriert, mehr als das Fünffache des entsprechenden Vergleichstags. Am 28. Juni wurden 54 Todesfeststellungen dokumentiert, mehr als das 17-Fache des Vergleichssonntags. Der Anteil der Einsätze mit Personen im Alter von mindestens 80 Jahren stieg von 22 % am 14. Juni auf 30 % am 28. Juni. Reanimationen und Todesfeststellungen blieben am 29. Juni erhöht, obwohl die Gesamteinsätze bereits zurückgingen. [11]

Konsequenz für das Lagebild: Neben der Gesamtzahl der Rettungsdiensteinsätze müssen Reanimationen, Todesfeststellungen, Altersstruktur und der zeitliche Nachlauf als eigenständige Eskalationsindikatoren beobachtet werden. Eine Rücknahme von Hitzemaßnahmen allein wegen sinkender Temperatur ist nicht sachgerecht. [11]

5.4 Abgestufte Maßnahmen

Die folgenden Stufen sind als bundesweit kompatibles Organisationsmodell vorgeschlagen. Sie ersetzen nicht die konkreten Warnstufen des DWD, sondern übersetzen diese in Versorgungshandeln. [5] [6]

Stufe	Typischer Auslöser	Erforderliche Maßnahmen
Saisonale Vorbereitung	vor Beginn der Hitzesaison	Pläne aktualisieren, Personal schulen, Material prüfen, Übungen durchführen, Risikogruppen informieren.
Erhöhte Aufmerksamkeit	DWD-Warnung oder belastende Prognose	Lagebild etablieren, Akteure informieren, Personal und Kapazitäten prüfen, Risikoansprache aktivieren.
Akute Hitzelage	anhaltende Hitze oder steigende Einsatz- und Fallzahlen	Surge-Pläne aktivieren, Personal- und Materialreserven nutzen, aufsuchende Hilfen und Kühlorte ausweiten.
Außergewöhnliche Lage	Überlastungszeichen, erhebliche Übersterblichkeit oder Infrastrukturausfälle	Stabsarbeit, überregionale Hilfe, Kapazitätssteuerung, Reserveplanung für Verstorbene aktivieren.

6. Schutz besonders gefährdeter Menschen

6.1 Freiwillige Risiko- und Kontaktstrukturen

Kommunen sollen freiwillige, einwilligungsbasierte und datensparsame Risiko- und Kontaktstrukturen aufbauen. Entscheidend ist nicht die Datensammlung, sondern die sichere operative Nutzung: Bei einer Warnlage werden registrierte Personen oder ihre Bezugspersonen kontaktiert, Unterstützungsbedarfe abgeklärt und bei Bedarf Hilfen aktiviert. Ein Zugang darf nur zweckgebunden, transparent dokumentiert und auf die Hitzelage beschränkt erfolgen. [3] [7]

Die Kontaktstrukturen sollten durch Hitzepatenschaften, Nachbarschaftshilfen, Sozialpsychiatrische Dienste, Pflegedienste, hausärztliche Praxen, Apotheken, lokale Initiativen und gesetzliche Vertretungen ergänzt werden. Dies stärkt die Reichweite, ohne eine zentrale Risikodatenbank zu schaffen. [3] [4]

Kontakt- und Besuchskonzepte dürfen nicht mit dem Temperaturmaximum enden. Die Kölner Routinedaten zeigen einen zeitlichen Nachlauf vital bedrohlicher Ereignisse und von Todesfeststellungen. Für hochbetagte und alleinlebende Menschen sind daher verstärkte Kontakte während der Hitzeperiode und an den nachfolgenden Tagen zu planen. [11]

6.2 Zielgruppen und Unterstützungsangebote

Prioritäre Risikogruppe	Besondere Gefährdung	Erforderliche Unterstützung
Alleinlebende hochaltrige Menschen	Dehydratation, eingeschränkte Selbstversorgung, soziale Isolation.	Telefonische und aufsuchende Kontakte, Trink- und Kühlangebote, Angehörigenkontakte.
Pflegebedürftige zu Hause oder in Einrichtungen	Abhängigkeit von Hilfe, begrenzte Mobilität und Trinkfähigkeit.	Einbindung der Pflege, Trink- und Medikationsmanagement, klare Eskalationswege.
Menschen mit Demenz oder kognitiver Einschränkung	Eingeschränkte Risikoerkennung und Kommunikation.	Regelmäßige Kontakte, Einbindung von Betreuung und Angehörigen, sichere Kühlräume.
Menschen mit Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankungen	Kreislauf- und Flüssigkeitsprobleme, Dekompensation.	Ärztliche Beratung, Medikationsprüfung, Monitoring von Warnzeichen.
Menschen mit psychischer Erkrankung oder Substanzgebrauchsstörung	Soziale Isolation, eingeschränkte Selbstfürsorge, erhöhtes Risiko.	Stärkung und Qualifizierung Sozialpsychiatrischer Dienste, Krisenintervention, niedrigschwellige Kontaktangebote.
Wohnungslose Menschen	Direkte Exposition und eingeschränkter Zugang zu Wasser und Kühlung.	Mobile Teams, Hitzebusse, Wasser, Erste Hilfe, Beratung und kühle Aufenthaltsorte.
Säuglinge, Kleinkinder und Schwangere	Besondere thermoregulatorische Vulnerabilität.	Kindgerechter Schutz in Kita und Schule, Trink- und Abkühlangebote, Beratung.
Außenarbeitende und körperlich Beschäftigte	Direkte Exposition und hohe Wärmeproduktion.	Arbeitszeitgestaltung, Wasser, Pausen, Verschattung und Schutzkleidung.

Die Auswahl der Risikogruppen und die Maßnahmen ergeben sich aus dem DGIIN/DGINA-Konsensuspapier und entsprechen den im Antrag besonders hervorgehobenen Gruppen. [1] [3]

6.3 Kommunale Angebote und Information

Kommunen sollten Hitzebusse und mobile Kühlteams, lokale „Cool Cards“, öffentliche Kühlorte und Hitzeschutzangebote in Bibliotheken, Kirchen und anderen geeigneten Einrichtungen vorhalten. Trinkwasser, Toiletten, Sonnencreme und einfache Erstversorgung sind dabei als Mindestangebot zu verstehen. In hitzebelasteten, sozial benachteiligten Quartieren sind Beschattung, Begrünung und der Zugang zu kühlen öffentlichen Räumen prioritär zu fördern. [3] [4]

Lokale Cool Cards sind kompakte, ortsbezogene Informationskarten für Hitzeperioden. Sie sollen Menschen schnell zeigen, **wo sie in ihrer unmittelbaren Umgebung Abkühlung, Trinkwasser, Schutz und Hilfe finden.**

Typische Inhalte sind:

- Öffentliche **kühle Aufenthaltsorte** wie Bibliotheken, Bürgerhäuser, Kirchen, Einkaufszentren oder klimatisierte Beratungsstellen;
- **Trinkwasserstellen** und frei zugängliche Toiletten;
- schattige Parks, begrünte Plätze und gegebenenfalls Hitzebusse oder mobile Kühlangebote;
- Öffnungszeiten, Barrierefreiheit, Kostenfreiheit und Erreichbarkeit;
- Hinweise zum Verhalten bei Hitze und Warnzeichen für medizinische Notfälle;
- wichtige Telefonnummern, etwa **112** für Notfälle, ärztlicher Bereitschaftsdienst **116 117**, kommunale Hilfsangebote oder soziale Dienste.

Die Karten können gedruckt verteilt, an Bushaltestellen und in Apotheken ausgelegt, über soziale Einrichtungen verbreitet oder digital als Karte bzw. QR-Code angeboten werden. Besonders wichtig sind sie für Menschen ohne digitalen Zugang, für wohnungslose Menschen, ältere Personen und Menschen, die sozial isoliert leben. Kommunen sollten solche **leicht**

verständlichen, mehrsprachigen und barrierefreien lokalen Orientierungshilfen vorbereiten und bei Hitzewarnungen aktiv verbreiten.

6.4 Kommunale Hitzeschutzmaßnahmen in Frankreich als Orientierung für Deutschland

Frankreich zeigt, wie kommunaler Hitzeschutz in eine verbindliche, mehrstufige Krisenvorsorge eingebettet werden kann. Das nach der Hitzewelle 2003 aufgebaute nationale System verbindet die vierstufige meteorologische Vigilance von Météo-France mit Gesundheitsüberwachung, Risikokommunikation und der Zivilschutzorganisation ORSEC auf Département-Ebene. Die ORSEC-Vorkehrungen werden in den kommunalen Zivilschutzplänen – Plans communaux de sauvegarde (PCS) – praktisch umgesetzt.

Maßnahmen werden bereits bei gelber Warnstufe vorbereitet und aktiviert; es wird nicht abgewartet, bis gesundheitliche Folgen sichtbar werden. [12] [14]

Kernelement ist ein kommunales, vertrauliches Register für besonders gefährdete Menschen. Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sind verpflichtet, ein solches Register zu führen und aktuell zu halten. Die Eintragung erfolgt auf Wunsch der betroffenen Person, ihrer gesetzlichen Vertretung oder eines Dritten, sofern die betroffene Person nicht widerspricht. Während einer Hitzewarnung nehmen kommunale Sozialdienste regelmäßig Kontakt auf, klären Hilfebedarf und leiten bei besorgniserregender Nichterreichbarkeit weitere Schritte ein. Damit wird Datenschutz nicht als Hindernis, sondern als Grundlage einer klar begrenzten und operativ nutzbaren Kontaktstruktur ausgestaltet. [13]

Die Stadt Paris verdeutlicht, wie eine Kommune diesen Rahmen konkretisieren kann. Bereits bei einer verschärften gelben Warnlage aktiviert sie für im freiwilligen REFLEX-Register eingetragene ältere, behinderte und isolierte Menschen eine telefonische Kontaktplattform. Bei orangefarbener Warnung folgen regelmäßige Anrufe, bei Bedarf Hausbesuche, soziale Hilfen oder die Begleitung in einen kühlen Aufenthaltsort. Ergänzend weist Paris auf einer öffentlich zugänglichen Karte rund 1.400 „îlots de fraîcheur“ aus, darunter Grünanlagen, Bibliotheken, Museen, gekühlte kommunale Räume und weitere frei zugängliche Orte. Für wohnungslose Menschen werden aufsuchende Teams, längere Öffnungszeiten von Tagesangeboten sowie leicht verständliche Hinweise zu Wasser- und Kühlangeboten eingesetzt. Dieses Beispiel ist nicht eins zu eins auf alle Kommunen übertragbar, zeigt aber den Nutzen einer vorab geplanten, niedrighwelligen und sozial ausgerichteten Umsetzung. [15]

Für Deutschland folgt daraus kein Plädoyer für eine Übernahme der französischen Präfekturstruktur, sondern für verbindliche Wirkungsstandards: Jede Kommune oder jeder Landkreis sollte einen mit dem Katastrophenschutz abgestimmten Hitzeaktionsplan, eine freiwillige und datensparsame Kontaktstruktur für Hochrisikogruppen, eine öffentlich auffindbare Karte beziehungsweise „Cool Card“ für Kühlorte und Trinkwasserangebote sowie festgelegte Eskalationswege besitzen. Die Aktivierung sollte an DWD-Warnungen und lokale Lageindikatoren gebunden sein. Sie muss auch Kontakte und Hilfen in den Tagen nach einer Hitzeperiode vorsehen. Bund und Länder sollten diese Mindeststandards finanzieren, ihre Umsetzung prüfen und regelmäßig üben lassen. [3] [11] [12]

7. Rettungsdienst, Leitstellen und Notaufnahmen

7.1 Rettungsdienstliche Resilienz

Hitze erhöht die Einsätze wegen Dehydratation, Synkopen, Hitzeschöpfung und Hitzschlag, Stürzen, kardialen und respiratorischen Dekompensationen, neurologischen Symptomen, Delir und psychischen Krisen. Die Kölner Daten aus einer Extremhitzephase belegen zudem eine überproportionale Zunahme präklinischer Reanimationen und Todesfeststellungen. Gleichzeitig ist das Rettungsdienstpersonal selbst besonders exponiert. Rettungsdienste sollen daher lageabhängige Personal-, Fahrzeug- und Materialreserven, aktiv kühlbare Rettungsmittel, Trinkwasser, Elektrolyte, Kühlmaterial sowie Pausen- und Regenerationsmöglichkeiten vorhalten. [1] [11]

Die präklinische Versorgung eines vermuteten Hitzschlags verlangt unverzügliche Kühlung, einen zeitkritischen Transport und einen Schockraumvoralarm. Die lokal festgelegte SOP muss gewährleisten, dass ein wirksames Kühlverfahren bereits prähospital beginnen kann und die Kühlung bei Übergabe ohne Unterbrechung fortgesetzt wird. [1]

Jeder Rettungsdienstbereich soll zusätzlich ein hitzespezifisches Eskalationskonzept mit vorab festgelegten Schwellenwerten entwickeln. Dieses Konzept muss zusätzliche Personal- und Fahrzeugressourcen, eine engmaschige Auswertung von Reanimationen und Todesfeststellungen, eine verstärkte Kommunikation mit Leitstelle, Kliniken und kommunaler Lageführung sowie einen definierten Nachlauf nach dem Ende der Hitzewelle regeln. [11]

7.2 Leitstellen

Leitstellen sollen DWD-Warnungen in die operative Planung integrieren. Die Notrufabfrage sollte Hinweise auf Hitzeexposition, Trinkmengen, Aufenthaltsort, Vulnerabilität und neurologische Warnzeichen strukturiert erfassen. Bei regionaler Belastung müssen Leitstellen frühzeitig über Kapazitätsengpässe, geeignete Zielkliniken und alternative Versorgungsoptionen informiert sein. Reanimationen und Todesfeststellungen sind als zeitverzögerte Lageindikatoren in die operative Bewertung einzubeziehen. [1] [5] [11]

7.3 Notaufnahmen und Hitzewellen-Surge-Pläne

Jede Notaufnahme benötigt einen verbindlichen Hitzewellen-Surge-Plan. Dieser muss eine verlässliche Temperierung und geschützte Wartebereiche, Trinkwasser, aktive Kühlmöglichkeiten, eine zeitnahe Triage, rasche Diagnostik, standardisierte Behandlungspfade sowie Überwachungs- und Personalreserven regeln. Das Konzept soll an die DWD-Warnstufen und das regionale Hitzelagebild anknüpfen. [1] [5] [6]

Surge-Pläne sind Vorbereitungs- und Eskalationspläne für einen plötzlich stark steigenden Versorgungsbedarf.

Typische Bestandteile eines Hitzewellen-Surge-Plans sind:

- **Auslösekriterien:** etwa DWD-Hitzewarnungen, steigende 112-Anrufe, erhöhte Rettungsdiensteinsätze, mehr Reanimationen oder Todesfeststellungen, volle Notaufnahmen oder Personalausfälle.
- **Personal:** Verstärkung, Rufbereitschaften, angepasste Schichten, Pausen- und Ablösungsregeln.
- **Kapazitäten:** zusätzliche Behandlungs-, Beobachtungs- oder Kühlbereiche, klare Verlegungswege, gegebenenfalls Freihalten von Betten.
- **Material:** Trinkwasser, Elektrolyte, Kühlmateriale, aktive Kühlmöglichkeiten, Kerntemperaturmessung, Medikamente und Schutzausrüstung.
- **Behandlungsabläufe:** standardisierte Triage und Behandlungspfade für Dehydratation, Hitzeerschöpfung und Hitzschlag.
- **Kommunikation:** Meldungen zwischen Leitstelle, Rettungsdienst, Notaufnahme, Stationen, Pflegeeinrichtungen und kommunaler Lageführung.
- **Nachlauf:** Maßnahmen enden nicht automatisch mit sinkenden Temperaturen. Insbesondere Reanimationen und Todesfeststellungen können zeitverzögert erhöht bleiben.

Jede relevante Versorgungseinrichtung sollte einen **geübten, finanzierten und an regionale Hitzewarnungen gekoppelten Surge-Plan** besitzen.

Handlungsfeld	Mindestanforderung
Infrastruktur	Temperierung, beschattete Wartebereiche, Trinkwasser, aktive Kühlmöglichkeiten, sichere Material- und Medikamentenlagerung.
Personal	Frühzeitige Verstärkung, Reserveplanung, hitzeadaptierte Pausen- und Schichtmodelle.
Medizinische Prozesse	Triage- und Behandlungspfade für Hitzestress, Hitzeerschöpfung, Hitzschlag, Dehydratation und Dekompensationen.
Diagnostik	Schneller Zugang zu Kerntemperaturmessung, Blutgas- und Laboranalytik, Elektrolyten, Nierenfunktion, CK, Gerinnung und EKG.
Patientensteuerung	Frühe Identifikation von Hochrisikopersonen, sichere Überleitung, Entlassplanung und Nachsorge.
Kommunikation	Lagekommunikation mit Rettungsdienst, Stationen, Pflegeeinrichtungen, Angehörigen und weiterbehandelnden Strukturen.

8. Zeitkritische Behandlung des Hitzschlags

8.1 Klinische Priorität

Hitzschlag ist die schwerste Form der hitzebedingten Erkrankung. Schwere Hyperthermie mit akuter neurologischer Dysfunktion – etwa Bewusstseinsstörung, Delir, Krampfanfall oder Koma – ist bis zum Beweis des Gegenteils als Hitzschlag zu behandeln. Diagnostik, Gefäßzugang und weitere Maßnahmen dürfen die aktive Kühlung nicht verzögern; sie werden parallel zur ABCDE-orientierten Stabilisierung durchgeführt. [1]

Die Kern-temperatur soll zuverlässig bestimmt werden; nach Aufnahme auf eine Intensivstation wird eine kontinuierliche Messung empfohlen. Das DGIIN/DGINA-Papier empfiehlt, die Kern-temperatur bei Hitzschlag in weniger als 30 Minuten auf unter 39 °C zu senken und eine hohe Kühlrate von mindestens 0,15 °C pro Minute anzustreben. Kalt- oder Eiswasserimmersion erzielt die schnellste Kühlung und ist, soweit klinisch sicher durchführbar, zu bevorzugen. [1]

Behandlungsziel	Erforderliche Konsequenz
Hitzschlag erkennen	Hyperthermie mit neurologischer Auffälligkeit unverzüglich als Hitzschlag behandeln.
Kerntemperatur messen	Geeignetes Kern-temperaturmonitoring einsetzen; die Messmethode und der Verlauf werden dokumentiert.
Kühlung nicht verzögern	Entkleiden und aktive externe Kühlung parallel zu ABCDE, Monitoring, Gefäßzugang und Diagnostik beginnen.
Rasche Kühlrate erreichen	Bevorzugt Kalt- oder Eiswasserimmersion; bei fehlender Immersion die schnellste lokal verfügbare Alternative einsetzen.
Komplikationen behandeln	Volumen- und Elektrolytstörungen, Hypoglykämie, Rhabdomyolyse, Nierenversagen, Gerinnungsstörung, Leber- und Multiorgandysfunktion aktiv abklären und behandeln.
Fehlbehandlung vermeiden	Antipyretika und Dantrolen sind bei Hitzschlag nicht indiziert, da es sich nicht um eine pyrogene Fieberreaktion handelt.

8.2 Verbindlicher Hitzschlag-Kühlwagen bzw. „Heat-Stroke Cooling Kit“

Jede Notaufnahme mit Schockraum- oder Reanimationsversorgung soll einen jederzeit verfügbaren, gekennzeichneten und regelmäßig geprüften Hitzschlag-Kühlwagen oder ein funktional gleichwertiges Kühlset vorhalten. Anschaffung, Wartung, Nachfüllung, Eisversorgung, Schulung und Simulationen sind vollständig zu refinanzieren. [1]

Materialgruppe	Erforderliche Vorhaltung
Temperaturmessung	Geeignete Sonde oder kontinuierliches Kern-temperaturmonitoring.
Immersion und Kühlung	Geeignete Wanne, Kühlbett oder flüssigkeitsdichter Patientensack; sofort verfügbares Eis, kaltes Wasser und große Behälter.
Alternativverfahren	Sprühflaschen, Dusch- oder Schlauchsystem, Ventilatoren, nasse Laken, Kühlmatten und großflächige Eispacks.
Auffang- und Ablauftechnik	Wasserdichte Unterlage, Ablauf- oder Absaugmöglichkeit sowie Schutz für Boden und Medizintechnik.
Monitoring und Atemweg	Patientenmonitor, EKG, Pulsoxymetrie, Beatmung, Absaugung, Sauerstoff und vollständige Reanimationsausrüstung.
Diagnostik	Blutgas, Glukose, Elektrolyte, Nierenwerte, CK, Gerinnung sowie je nach Verlauf Leberparameter.
Team und SOP	Definierte Rollen für Teamleitung, Atemweg/ABCDE, Kühlung, Temperaturkontrolle, Diagnostik und Dokumentation; regelmäßige Simulationen.

8.3 Alternative Verfahren bei fehlender Immersion

Ist eine Immersion nicht unmittelbar möglich, muss ohne Zeitverlust die schnellste lokal verfügbare Alternative beginnen. In Betracht kommen Eiswasser- oder Eisschlamm auf einer wasserdichten Unterlage, eine kalte Dusche oder ein Schlauchsystem bei gesichertem Atemweg und Sturzschutz sowie Verdunstungskühlung durch Benetzen und Luftbewegung. Großflächige Eispacks können überbrücken oder ergänzen, ersetzen eine wirksame Ganzkörperkühlung aber nicht. Lokale SOP sollen die Methode an Patientenzustand, bauliche Gegebenheiten und Transportzeit anpassen. [1]

9. Hitzesichere Krankenhäuser

9.1 Klimatisierung und baulicher Schutz

Die Temperierung kritischer Versorgungsbereiche ist Patientensicherheit, nicht Komfort. Prioritär zu schützen sind Notaufnahmen einschließlich Warte- und Beobachtungsbereichen, Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen, Aufwachräume, Stroke Units, Chest-Pain-Units, Dialysebereiche sowie Bereiche mit geriatrischen, neonatologischen, immunsupprimierten oder psychiatrischen Patientinnen und Patienten. Ebenso sind Arzneimittel, Blutprodukte, IT, Diagnostik, Medizintechnik, Wasser- und Stromversorgung hitzeresilient auszulegen. [1] [6]

Maßnahmenkategorie	Beispiele
Passive Maßnahmen	Außenliegender Sonnenschutz, Verschattung, Begrünung, geeignete Fenster- und Fassadenkonzepte, Dämmung, Nachtlüftung.
Technische Maßnahmen	Ausfallsichere Kühlung und Lüftung, Temperaturmonitoring, Notstromabsicherung, Wartungs- und Redundanzkonzepte.
Betriebliche Maßnahmen	Temperaturgrenzwerte, Eskalationsprozesse, Raumbelastungssteuerung, Verlegungs- und Freihaltekonzepte.
Planungsgrundlage	Wärme- und Risikokarte („Heatmap“) des Klinikgeländes, kühle Zonen und Erholungsräume für Personal und Patientinnen bzw. Patienten.

9.2 Klinisches Hitzeschutzkonzept

Jedes Krankenhaus soll ein einrichtungsbezogenes Hitzeschutzkonzept vorhalten, jährlich aktualisieren und in Qualitätsmanagement, Krankenhausalarm- und Einsatzplanung sowie Arbeitsschutz integrieren. Der BMG-Musterhitzeschutzplan bietet dafür eine geeignete Grundlage, muss aber an die konkrete Risikobeurteilung, Gebäudetechnik und regionale Versorgungslage angepasst werden. [6]

- Benannte klinische und betriebliche Verantwortlichkeiten, Anbindung an DWD-Warnungen sowie definierte Aktivierungs- und Eskalationsstufen. [5] [6]
- Risikoeinschätzung für stationäre Patientinnen und Patienten, Trinkmengenmanagement, Bilanzierung, Temperaturüberwachung, Delirprävention und hitzerelevante Medikationsprüfung. [1] [6]
- Prüfung der Lagerung von Arzneimitteln, Blutprodukten und Materialien sowie Sicherstellung von Wasser, Strom, Kühlung und Personal. [1] [6]
- Hitzevisiten während Warnstufen, Verlegung Hochrisikogefährdeter in kühlere Räume, gegebenenfalls Sperrung besonders heißer Zimmer und Prüfung elektiver Behandlungen mit erhöhtem Risiko. [6]
- Verbindliche Kommunikation mit Angehörigen, Hausarztpraxen, ambulanter Pflege und Pflegeeinrichtungen sowie Nachbesprechung nach jeder relevanten Hitzelage. [6]

10. Pflege, ambulante Versorgung und soziale Einrichtungen

Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Rehabilitations- und soziale Einrichtungen sowie vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen benötigen verpflichtende, **finanzierte** und überprüfbare Hitzeschutzkonzepte. Der Antrag ergänzt diese Perspektive zu Recht um die Rolle pflegender Angehöriger, Sozialpsychiatrischer Dienste und quartiernaher Gesundheitsversorgung. [3] [4]

Mindestbestandteile sind ausreichend große und sicher erreichbare temperierte Aufenthaltsräume, individuelle Risikoerfassung, Trinkpläne und Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme, Anpassung von Ernährung, Tagesstruktur und Pflegeabläufen, eine ärztlich bzw. pharmazeutisch abgestimmte Medikationsprüfung, Personal- und Vertretungsregeln, verbindliche Notfall- und Verlegungskriterien sowie die Anbindung an kommunale Warn- und Unterstützungsstrukturen. [1] [4]

Investitionen in Verschattung, Begrünung, Lüftung, Kühlung, bauliche Anpassung und energetische Sanierung von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Gesundheitszentren und sozialen Einrichtungen **müssen über dauerhafte Förder- und Refinanzierungsmechanismen zugänglich sein**. Ein Programm „Green Hospitals“, die Stärkung von AnpaSo („Anpassung sozialer Einrichtungen an die Folgen des Klimawandels“) und eine Weiterentwicklung der Finanzierungsregeln im Sozialrecht sind geeignete politische Instrumente. [3]

11. Personenschutz und Arbeitsmedizin

Der **Schutz von Beschäftigten** ist Voraussetzung für eine belastbare Versorgung. Hitze erhöht Dehydratation, Erschöpfung und Konzentrationsminderung und kann damit Krankheitsausfälle, Fehler und Sicherheitsrisiken begünstigen. Dies gilt in besonderer Weise für Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei, Pflege, Sozialdienste, Technik, Pathologie, Rechtsmedizin und Bestattungswesen. [1] [3]

In Arbeitsräumen sind die Maßnahmen bei Sommerhitze nach ASR (Arbeitsstättenregelung) A3.5 umzusetzen. Die Regel enthält seit 2022 fachliche Ergänzungen für Außenlufttemperaturen über 26 °C. Für nicht allseits umschlossene Arbeitsstätten und Arbeitsplätze im Freien gelten seit August 2025 die ASR A5.1 sowie die ergänzende ASTA-Empfehlung (Ausschuss für Arbeitsstätten) zur Beurteilung von Hitzegefährdungen. [8] [9]

- Temperierte, verschattete und belüftete Arbeits-, Pausen- und Umkleieräume; jederzeit frei verfügbares Trinkwasser und geeignete Elektrolytmöglichkeiten. [1] [6] [8]
- Verbindliche Pausen-, Erholungs- und Rotationskonzepte, hitzeadaptierte Dienst- und Schutzkleidung sowie an Warnlagen angepasste Dienstpläne und Personalreserven. [1] [6] [9]
- Gefährdungsbeurteilung, arbeitsmedizinische Beratung und Meldestrukturen für Hitzebelastung; besondere Konzepte für Außen- und Einsatzdienste sowie saisonal und prekär Beschäftigte. [3] [8] [9]
- Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Erkennen eigener Hitzesymptome, zu Kollegialhilfe, zu besonderen Risiken und zu praxisnahen Anpassungsmaßnahmen. [1] [3]

12. Vorbereitung auf außergewöhnliche Übersterblichkeit

Hitzeschutzplanung muss auch eine außergewöhnliche, zeitlich konzentrierte Übersterblichkeit berücksichtigen. Wenn reguläre Kapazitäten überschritten werden, können Krankenhäuser, Pathologien, rechtsmedizinische Einrichtungen, Bestattungsunternehmen und Friedhofsverwaltungen gleichzeitig unter Druck geraten. Eine vorausschauende Planung schützt die Würde Verstorbener, stärkt die Rechtssicherheit und entlastet Angehörige und Beschäftigte. Die Kölner Daten zeigen, dass der Anstieg präklinischer Todesfeststellungen zeitlich nach dem Temperaturmaximum auftreten und fortbestehen kann. [1] [10] [11]

Kreisfreie Städte, Landkreise und Großstädte sollen mit ihren Hitzeaktions- und Katastrophenschutzstrukturen ein Übersterblichkeitskonzept verknüpfen. Dieses soll die regulären und kurzfristig erweiterbaren temperaturkontrollierten Aufbewahrungskapazitäten erfassen, vorab gesicherte Reservekapazitäten definieren, Auslösekriterien und Führungsverantwortung festlegen sowie Transport, Identitätssicherung, Dokumentation, Angehörigenarbeit und regelmäßige Übungen regeln. Die Aktivierung und der Rückbau der Maßnahmen müssen sich an Lageindikatoren einschließlich Todesfeststellungen orientieren, nicht allein an der aktuellen Lufttemperatur. [1] [10] [11]

Mobile temperaturkontrollierte Einheiten dürfen ausschließlich als vorgeplante, geprüfte und professionell eingebundene Reserve eingesetzt werden. Sie ersetzen weder eine respektvolle Betreuung Verstorbener noch eine verlässliche Kommunikation mit Angehörigen. [10]

13. Finanzierung und Rechtsrahmen

Die Umsetzung kann nicht auf Modellprogramme, kommunale Restmittel oder Eigenmittel belasteter Einrichtungen gestützt werden. Notwendig ist ein dauerhaftes, zwischen Bund und Ländern abgestimmtes Investitions- und Refinanzierungsmodell. Es soll kommunale Hitzeaktionspläne, Kontaktstrukturen und aufsuchende Hilfen, Kühlorte und mobile Teams, hitzeresiliente Infrastruktur, Rettungsdienst- und Notaufnahmekapazitäten, Kühlmaterial, Personalmaßnahmen, Fortbildungen, Übungen und die Reserveplanung bei Übersterblichkeit abdecken. [3]

Bundesweit harmonisierte Mindestanforderungen sollten landesrechtlich konkretisiert und finanziell hinterlegt werden. Dazu gehören kommunale Hitzeaktionspläne, Hitzeschutzstandards für Gesundheit, Pflege und soziale Einrichtungen, die Einbindung von Hitzeschutz in Krankenhausalarm- und Einsatzplanung, Rettungsdienstbedarfsplanung und Katastrophenschutz sowie Standards zur unverzüglichen aktiven Kühlung beim Hitzschlag. [1] [3]

Die Wirkung muss transparent überprüfbar sein. Das Monitoring soll Planqualität, Zuständigkeiten, Aktivierung, Personal- und Materialverfügbarkeit, Versorgungsbelastung, Mortalität, Wirkungen und Lernerfahrungen erfassen und öffentlich berichten. [2] [3] [4]

14. Konkrete Forderungen der DIVI

1. Hitze als regelmäßig wiederkehrende Gesundheitskrise und Aufgabe des Bevölkerungsschutzes anerkennen. [2] [3]
2. Verbindliche, finanzierte kommunale Hitzeaktionspläne mit einheitlichen Mindeststandards, Monitoring, Übungen und Evaluationen einführen. [3] [4] [7]
3. Freiwillige, datenschutzkonforme Risiko- und Kontaktstrukturen, Hitzepatenschaften und aufsuchende Hilfen für besonders gefährdete Menschen etablieren. [3] [7]
4. Rettungsdienst, Leitstellen, Notaufnahmen, Kliniken, Pflege, Sozialdienste und Gesundheitsämter verbindlich in regionale Hitze-Lage- und Alarmstrukturen einbinden. [1] [3]
5. Hitzewellen-Surge-Pläne für Rettungsdienst, Notaufnahmen, Intensivstationen und Krankenhäuser verpflichtend machen. [1] [6]
6. Rettungsdienste zu hitzespezifischen Eskalationskonzepten mit definierten Schwellenwerten, Zusatzressourcen sowie einem zeitlich festgelegten Nachlauf nach Ende der Temperaturspitze verpflichten; Reanimationen und Todesfeststellungen sind als Lageindikatoren zu erfassen. [11]
7. Rettungsdienst und Notaufnahmen mit den für eine rasche aktive Ganzkörperkühlung erforderlichen Materialien, SOP und Simulationstrainings ausstatten und die Vorhaltung vollständig refinanzieren. [1]
8. Die ausfallsichere Temperierung von Notaufnahmen, Intensivstationen und weiteren kritischen Funktionsbereichen als Patientensicherheitsstandard gesetzlich und finanziell absichern. [1] [6]
9. Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflege, Rehabilitations-, Sozial- und weitere Gesundheitseinrichtungen zur Erstellung, regelmäßigen Überprüfung und Übung von Hitzeschutzkonzepten verpflichten. [3] [4] [6]
10. Investitionen in Verschattung, Begrünung, Lüftung, Kühlung, energetische Sanierung und belastbare Energieversorgung über dauerhafte Programme wie „Green Hospitals“ und eine gestärkte Förderung sozialer Infrastruktur absichern. [3]
11. Psychische Gesundheit und Wohnungslosigkeit ausdrücklich als Hitzeschutzthemen behandeln und Sozialpsychiatrische Dienste als dezentrale Anlaufstellen stärken. [3]
12. Arbeits- und Einsatzschutz nach ASR A3.5, ASR A5.1 und den ASTA-Empfehlungen konsequent umsetzen und die Schutzkonzepte für Außen-, Einsatz-, saisonale und prekäre Arbeit verstärken. [3] [8] [9]
13. Hitzeschutz verbindlich in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Gesundheits-, Pflege-, Rettungs- und Sozialberufe integrieren. [1] [3] [6]
14. Großstädte, Landkreise und kreisfreie Städte zu einem geübten Übersterblichkeitskonzept mit gesicherten temperaturkontrollierten Reservekapazitäten, Identitätssicherung und würdevoller Angehörigenkommunikation verpflichten. [1] [10]

15. Abschließende Stellungnahme

Die für 2026 vom Robert Koch-Institut bis einschließlich Kalenderwoche 36 geschätzten rund 16.000 hitzebedingten Sterbefälle zeigen: Hitze ist in Deutschland eine akute, wiederkehrende Gesundheitskrise. Hitzeschutz muss verbindlich als Aufgabe der Daseinsvorsorge, Gesundheitsversorgung, des Rettungswesens, Arbeitsschutzes sowie des Katastrophen- und Bevölkerungsschutzes ausgestaltet werden. [2]

Präklinische Routinedaten aus Köln zeigen für eine elftägige Extremhitzeperiode Ende Juni 2026 eine Zunahme der Rettungsdiensteinsätze um 37 %, der Reanimationen um 90 % und der Todesfeststellungen um 146 % gegenüber den unmittelbar vorausgehenden Vergleichstagen. Reanimationen und Todesfeststellungen blieben nach dem Temperaturmaximum erhöht. Die deskriptive Ein-Stadt-Analyse erlaubt keine Aussage zu individuellen Kausalzusammenhängen, begründet aber die Notwendigkeit einer Kapazitätsplanung mit klaren Eskalationsschwellen und einem definierten Nachlauf. [11]

Die DIVI begrüßt die Zielrichtung des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Hitzeschutz verbindlich, sozial gerecht und finanziell abzusichern. Notwendig sind kommunale Hitzeaktionspläne mit einheitlichen Mindeststandards, transparentem Umsetzungsmonitoring und einer dauerhaft gesicherten Finanzierung. Rettungsdienst, Leitstellen, Notaufnahmen, Intensivstationen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Sozialdienste und Gesundheitsämter müssen verbindlich eingebunden sein. [3] [4]

Besonders gefährdete Menschen müssen vor einer Notlage erreicht werden. Dazu gehören freiwillige und datensparsame Kontaktstrukturen, Hitzepatenschaften, aufsuchende Angebote, barrierefreie Warnkommunikation, Trink- und Kühlangebote sowie klar definierte medizinische Eskalationswege. Psychisch erkrankte, suchtkranke und wohnungslose Menschen sind ausdrücklich einzubeziehen. [3]

Hitzschlag ist ein zeitkritischer vitaler Notfall. Rettungsdienst und Notaufnahmen müssen die unverzügliche aktive Ganzkörperkühlung als verbindlichen Qualitätsstandard beherrschen. Jede Notaufnahme mit Schockraum- oder Reanimationsversorgung soll ein jederzeit verfügbares, standardisiertes Kühlset mit Kern-temperaturmessung, Immersions- oder gleichwertiger Kühlmöglichkeit, Eis- und Wasserversorgung, Monitoring, Atemwegsmanagement und SOP-gestützter Rollenverteilung vorhalten. [1]

Notaufnahmen, Intensivstationen und weitere kritische Funktionsbereiche müssen ausfallsicher vor Überhitzung geschützt sein. Eine gesicherte Temperierung ist Patientensicherheit und keine optionale Komfortmaßnahme. Sie muss zusammen mit Personalreserven, Schulung, Materialvorhaltung und betrieblichen Hitzeschutzkonzepten regelhaft finanziert werden. [1] [6]

Die kommunale Vorsorge muss auch Szenarien außergewöhnlicher Übersterblichkeit berücksichtigen. Verlässliche, regelmäßig geübte Konzepte zur Erfassung und Erweiterung temperaturkontrollierter Aufbewahrungskapazitäten, zur würdevollen Aufbewahrung, sicheren Identitätssicherung und Angehörigenkommunikation sind Bestandteil resilienter Gesundheits- und Katastrophenschutzstrukturen. [1] [10]

16. Literaturverzeichnis

Internetquellen wurden zuletzt am 20. September 2026 abgerufen.

- [1] Lebiez P, Briegel J, Karagiannidis C et al. Hitzebedingte und hitzeassoziierte Erkrankungen in der Notfall- und Intensivmedizin. Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) und der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA). Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2026. doi:10.1007/s00063-026-01497-4. <https://doi.org/10.1007/s00063-026-01497-4>
- [2] an der Heiden M, Zacher B, RKI-Geschäftsstelle für Klimawandel & Gesundheit, Diercke M, Bremer V. Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität, Kalenderwoche 36/2026, 17.09.2026. Robert Koch-Institut. doi:10.25646/14440. https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/H/Hitze/Bericht_Hitzemortalitaet.html
- [3] Deutscher Bundestag. Antrag der Abgeordneten Johannes Wagner et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Hitze Krise ernst nehmen – Hitzeschutz verbindlich, sozial gerecht und finanziell absichern. Drucksache 21/6343 vom 09.06.2026.
- [4] Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsrisiko Hitze. Stand: 01.07.2026. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/hitze>
- [5] Deutscher Wetterdienst. Hitzewarnung: Hitzewarnsystem, Kriterien und Verhaltensempfehlungen. <https://www.dwd.de/DE/leistungen/hitzewarnung/hitzewarnung.html>
- [6] Bundesministerium für Gesundheit. Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser. Bundesempfehlung, Stand: April 2024. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/Musterhitzeschutzplan_Krankenhaeuser_BF.pdf
- [7] World Health Organization Regional Office for Europe. Heat-health action plans: guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/107888>
- [8] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. ASR A3.5 Raumtemperatur. Technische Regel für Arbeitsstätten, Ausgabe Juni 2010, zuletzt geändert März 2022. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/ASR/ASR-A3-5>
- [9] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. ASR A5.1 Arbeitsplätze in nicht allseits umschlossenen Arbeitsstätten und Arbeitsplätze im Freien. Technische Regel für Arbeitsstätten, Ausgabe August 2025; ergänzt durch die ASTA-Empfehlung zur Beurteilung der Gefährdungen durch Hitze und Maßnahmen an Arbeitsplätzen im Freien. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/ASR/ASR-A5-1>
- [10] World Health Organization, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Management of dead bodies after disasters: a field manual for first responders. 2. Auflage. Genf: WHO; 2016. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/DeadBodyManagement_0.pdf&ved=2ahUKewjA95rnjCXAxVZQ_EDHSONC3sQFnoECCQQAQ&usq=AOvVaw1nKUQR8ePIU_VsO6Ua7DITD
- [11] Hüser C, Adler C, Strohm M, Lechleuthner A, Miller C. Todesfeststellung während einer Extremhitzeperiode: Analyse aggregierter Routinedaten einer Großstadt. Deutsches Ärzteblatt. 2026;123(17):475–476. doi:10.3238/arztebl.m2026.0142. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2026.0142>
- [12] Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. La gestion sanitaire des vagues de chaleur. Für den Sommer 2026 geltende interministerielle Hitzewellen-Instruktion vom 27.05.2024; abgerufen am 21.09.2026. <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/article/la-gestion-sanitaire-des-vagues-de-chaleur>
- [13] Service Public – Direction de l'information légale et administrative. Canicule : Se protéger et protéger ses proches face aux fortes chaleurs. Stand: 26.05.2026; abgerufen am 21.09.2026. <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A14978>
- [14] Ministère de l'Intérieur. Vigilance canicule : la mobilisation des préfetures pour protéger la population. Stand: 29.05.2026; abgerufen am 21.09.2026. <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/vigilance-canicule-mobilisation-des-prefetures-pour-protger-population>
- [15] Ville de Paris. Canicule : définition, précautions, impacts sur la santé. Stand: 24.06.2026; abgerufen am 21.09.2026. <https://www.paris.fr/pages/la-canicule-5469>