



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

22.9.2026

**Betreff: Ergänzung zur Stellungnahme Antrag der Fraktion BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN Hitze Krise ernst nehmen – Hitzeschutz verbindlich, so-
zial 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.

Falls es möglich ist, bitte ich Sie um Einstellung einer Ergänzung zur ges-
tern übersendeten Stellungnahme

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

Ergänzende 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

Ergebnisse der Blitzumfrage der DGINA (Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin), der DAKEP (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhauseinsatzplanung) und der DGIIN (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin) veröffentlicht am 21.8.2026 im Deutschen Ärzteblatt zeigen, dass Hitzewellen Krankenhäuser nicht nur durch steigende Patientenzahlen belasten. Sie treffen zugleich auf Lücken bei Alarmplanung, Kühlung, Behandlungspfaden und Personalreserven. Hitzeschutz in Akutkrankenhäusern ist daher keine freiwillige Vorsorgemaßnahme und keine Komfortfrage. Er muss als verbindlicher, dauerhaft finanzierter Standard der Patientensicherheit ausgestaltet werden. [1]

Die DIVI-Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN benennt bereits die entscheidenden akut-, notfall- und intensivmedizinischen Anforderungen: verbindliche Hitzewellen-Surge-Pläne, ausfallsichere Temperierung kritischer Bereiche, wirksame aktive Kühlverfahren beim Hitzschlag, ausreichende Personal- und Materialreserven sowie eine Einbindung von Rettungsdienst, Leitstellen und Kliniken in regionale Lage- und Alarmstrukturen. Die nun vorliegende Blitzumfrage an ärztlichen Leitungen deutscher Notaufnahmen liefert hierzu einen wichtigen empirischen Befund. Sie beschreibt nicht abstrakte Risiken, sondern die tatsächlich sichtbare Lücke zwischen dem absehbaren Versorgungsbedarf während einer Hitzewelle und der heutigen organisatorischen, baulichen und medizinischen Vorbereitung der Krankenhäuser. [1]

Die Ergebnisse zeigen einen doppelten Belastungsmechanismus

In die anonyme, deskriptiv ausgewertete Onlinebefragung vom 8. bis 14. Juli 2026 gingen 329 Notaufnahmen ein. Untersucht wurden die Vorbereitung auf Hitzewellen, die Belastung am Hitzewochenende vom 27. und 28. Juni 2026 sowie die ergriffenen Maßnahmen. Die Erhebung ist keine epidemiologische Kausalitätsstudie und erlaubt keine Verallgemeinerung auf jede einzelne Klinik. Als bundesweite Momentaufnahme aus der Notfallversorgung zeigt sie jedoch eine ausgeprägte und für die Versorgungsplanung relevante strukturelle Unterversorgung. [1]

Befund der Blitzumfrage	Bedeutung für die Versorgung
Nur 9 % der teilnehmenden Krankenhäuser hatten Hitze ausdrücklich im Krankenhausalarm- und Einsatzplan verankert.	Hitze ist vielerorts noch kein fest eingeplan-tes Krisenszenario; eine rechtzeitige Eskala-tion bleibt damit vom Einzelfall abhängig.
Nur 19 % der Notaufnahmen verfügten über eine vollständige Klimatisierung. Auf Nor-malstationen fehlte sie in 81 % der Häuser vollständig.	Überhitzte Räume gefährden Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte und kön-nen eine sichere Weiterbehandlung nach der Akutversorgung verhindern.
Nur 12 % der Notaufnahmen hatten einen verbindlichen Behandlungspfad für schwere hitzebedingte Erkrankungen. Eine Möglich-keit zur Kaltwasser- oder Ganzkörperimmer-sion bestand nur bei 4 %.	Die zeitkritische aktive Kühlung bei Hitzschlag ist nicht flächendeckend als sofort verfügbare Versorgungsqualität abgesichert.
78 % der Notaufnahmen berichteten am Hit-zewochenende (27./28.6.2026) über ein er-höhtes Patientenaufkommen. Unter diesen Einrichtungen sahen 97 % den Anstieg zu-mindest teilweise als hitzebedingt oder hit-zeassoziiert an.	Hitze erzeugt einen realen, zugleich breiten Versorgungsdruck und verstärkt auch die De-kompensation bereits bestehender Erkran-kungen.
57 % meldeten Überlastungssituationen, 55 % Versorgungsengpässe, 32 % längere Ver-weildauern in der Notaufnahme (*Boar-ding*) und 27 % hitzebedingte Personalaus-fälle.	Bereits bestehende Engpässe bei Betten, Per-sonal und Patientensteuerung werden durch Hitze gleichzeitig verschärft.
In 15 % der Krankenhäuser waren die Kühl-kapazitäten für Verstorbene erschöpft.	Eine Hitzelage betrifft nicht nur die Akutbe-handlung, sondern kann die gesamte Versor-gungskette bis zur würdevollen Aufbewah-rung Verstorbener belasten.

Damit wird ein **doppelter Belastungsmechanismus** sichtbar: Die Fallzahlen steigen, während die Infrastruktur und die personellen Möglichkeiten gleichzeitig unter den Bedingungen der Hitze an Leistungsfähigkeit verlieren. Gerade dieser Zusammenhang ist für die politische Beratung wesentlich. Einzelne kurzfristige Maßnahmen, etwa Kühlpacks oder gekühlte Infusionen, können eine fehlende aktive Ganzkörperkühlung beim Hitzschlag nicht ersetzen. Ebenso reichen organisatorische Improvisationen nicht aus, wenn Notaufnahmen, Stationen und Personalbereiche selbst überhitzen oder wenn keine aufnahmefähigen Betten verfügbar sind.

Die Befunde stützen und konkretisieren die Forderungen der DIVI

Die Ergebnisse der Blitzumfrage bestätigen die Stoßrichtung des Antrags und untermauern die klinischen Ergänzungen der DIVI. Der Antrag fordert bereits verbindliche Hitzeschutzstandards für Gesundheits-, Pflege- und Sozialeinrichtungen sowie Investitionen in Verschattung, Lüftung und Kühlung über ein Programm „Green Hospitals“. Die Erhebung zeigt, warum diese Vorhaben nicht bei allgemeinen Zielbeschreibungen stehen bleiben dürfen: Es braucht überprüfbare Mindeststandards, klar zugeordnete Verantwortung und eine Finanzierung, die sowohl Investitionen als auch laufende Vorhaltung, Schulung und Übungen abdeckt.

Erstens müssen Hitzewellen verbindlich in die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung aufgenommen werden. Ein Hitzeschutzkonzept darf nicht nur als Dokument vorliegen. Es muss an Warnungen des Deutschen Wetterdienstes und an regionale Versorgungsindikatoren gekoppelt

sein. Notaufnahmen benötigen daraus abgeleitete Surge-Pläne mit definierten Auslösekriterien, Personal- und Materialreserven, zusätzlicher Behandlungskapazität, sicheren Verlegungswegen und einem festgelegten Nachlauf nach dem Temperaturmaximum.

Zweitens muss die sofortige aktive Kühlung beim Hitzschlag als klinischer Qualitätsstandard praktisch verfügbar sein. Die geringe Verbreitung verbindlicher Behandlungspfade und geeigneter Möglichkeiten zur Ganzkörperimmersion zeigt einen konkreten Handlungsbedarf. Jede Notaufnahme mit Schockraum- oder Reanimationsversorgung sollte ein jederzeit einsatzfähiges Hitzschlag-Kühlset oder eine funktional gleichwertige Lösung vorhalten. Dazu gehören eine geeignete Kerntemperaturmessung, Material für eine wirksame Ganzkörperkühlung, gesicherte Eis- und Wasserversorgung, klare Rollen im Team und regelmäßige Simulationen. Die aktive Kühlung muss bei schwerer Hyperthermie mit neurologischer Dysfunktion parallel zur ABCDE-orientierten Stabilisierung beginnen und darf nicht durch Diagnostik verzögert werden.

Drittens ist die Temperierung kritischer Versorgungsbereiche als Patientensicherheitsstandard abzusichern. Die Befunde zu Notaufnahmen und insbesondere zu Normalstationen machen deutlich, dass eine Akutversorgung nur dann wirksam bleibt, wenn Patientinnen und Patienten anschließend in sichere, hinreichend temperierte Bereiche übergeleitet werden können. Prioritär zu schützen sind Notaufnahmen einschließlich Warte- und Beobachtungszonen, Intensiv- und Überwachungsbereiche sowie weitere Funktionsbereiche mit besonders vulnerablen Patientengruppen. Die Planung muss zudem die Resilienz von Energie- und Wasserversorgung, Medizintechnik, IT, Arzneimitteln und Blutprodukten einbeziehen.

Viertens braucht es eine finanzierte Personal- und Kapazitätsplanung für die gesamte Hitzelage. Die Umfrage dokumentiert nicht nur steigende Fallzahlen, sondern zugleich Engpässe, Boarding und hitzebedingte Personalausfälle. Deshalb müssen Hitzeschutzkonzepte Reservepersonal, hitzeadaptierte Pausen- und Schichtmodelle, Trinkwasser und Regenerationsmöglichkeiten sowie eine vorausschauende Betten- und Verlegungssteuerung enthalten. Diese Anforderungen können nicht zusätzlich aus ohnehin knappen Regelbudgets erbracht werden. Sie sind Teil der für eine sichere Versorgung notwendigen Betriebs- und Vorhaltekosten.[1]

Fünftens gehört die Vorbereitung auf eine außergewöhnliche Übersterblichkeit zur Krisenvorsorge. Erschöpfte Kühlkapazitäten für Verstorbene sind ein Warnsignal dafür, dass eine Hitzelage über den unmittelbaren Behandlungsbereich hinauswirkt. Kommunale und klinische Hitzeschutzpläne sollten deshalb mit geübten Konzepten für erweiterbare, temperaturkontrollierte Aufbewahrungskapazitäten, sichere Identitätssicherung und würdige Angehörigenkommunikation verbunden werden. [1]

Schlussfolgerung

Die Blitzumfrage des ist ein dringender zusätzlicher Beleg dafür, dass die Ziele des Antrags nicht auf freiwillige Einzelmaßnahmen oder zeitlich begrenzte Modellprojekte reduziert werden dürfen. Sie zeigt, dass strukturelle Lücken bereits während einer einzelnen Hitzewelle sichtbar werden und sich unmittelbar auf Patienten-, Mitarbeitenden- und Versorgungssicherheit auswirken.

Der Antrag sollte daher ausdrücklich mit der Forderung verbunden werden, dass Krankenhäuser und Notaufnahmen **verbindliche und refinanzierte Hitzeschutzstandards** umsetzen. Dazu gehören die Verankerung von Hitze im Krankenhausalarm- und Einsatzplan, geübte Hitzewellen-Surge-Pläne, ausfallsichere Temperierung kritischer Bereiche, standardisierte Behandlungspfade für hitzebedingte Erkrankungen, sofort verfügbare aktive Kühlung bei Hitzschlag sowie Personal-, Material- und Kapazitätsreserven. Der Erfolg darf nicht allein daran gemessen werden, ob ein Plan existiert. Entscheidend ist, ob er bei einer Warnlage aktiviert wird und die Versorgung tatsächlich schützt.

Die zentrale Konsequenz lautet: Hitzeschutz im Krankenhaus ist Daseinsvorsorge und Patientensicherheit. Er muss jetzt verbindlich geregelt, vollständig finanziert und regelmäßig geübt werden.

1] Hüser C, Adler C, Marohl R, Kolibay F, Busch H-J, Hufner A. Hitzewelle – Strukturelle Defizite in Notaufnahmen und Kliniken. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 123, Heft 17, 2026.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/hitzewelle-strukturelle-defizite-in-notaufnahmen-und-kliniken-d570931c-3a74-418a-9960-c6e54a9789ac>

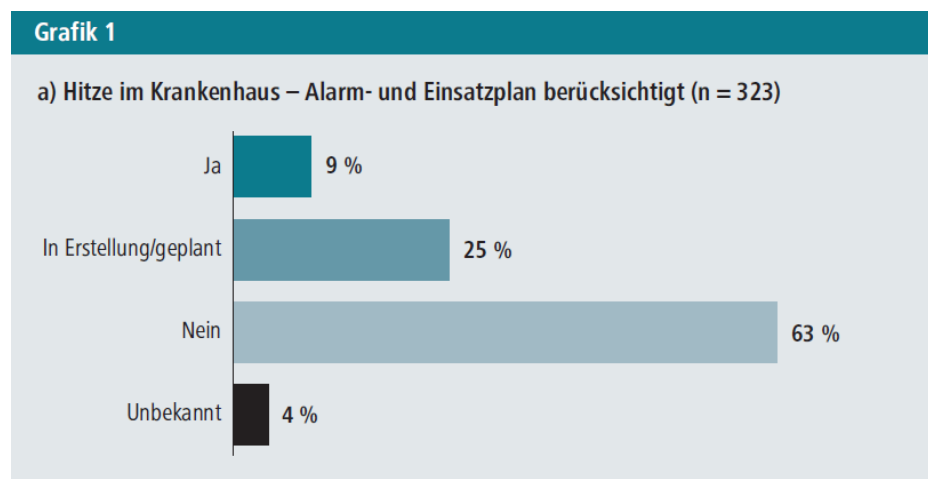


Abbildung 1. Verankerung von Hitze im Krankenhausalarm- und –einsatzplan (KAEP)

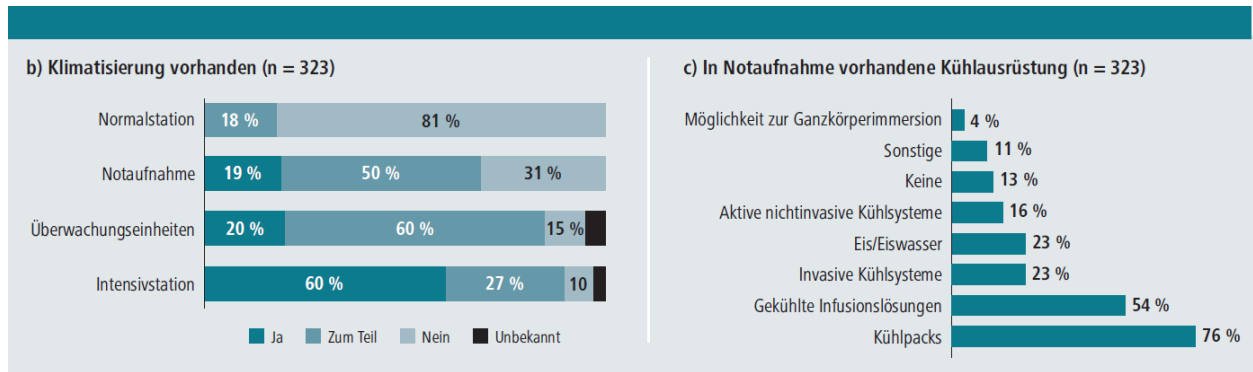


Abbildung 2. b) Klimatisierung zentraler Krankenhausbereiche. c) Verfügbarkeit von Ausrüstung zur Kühlung bei schweren Hitzeerkrankungen in Notaufnahmen

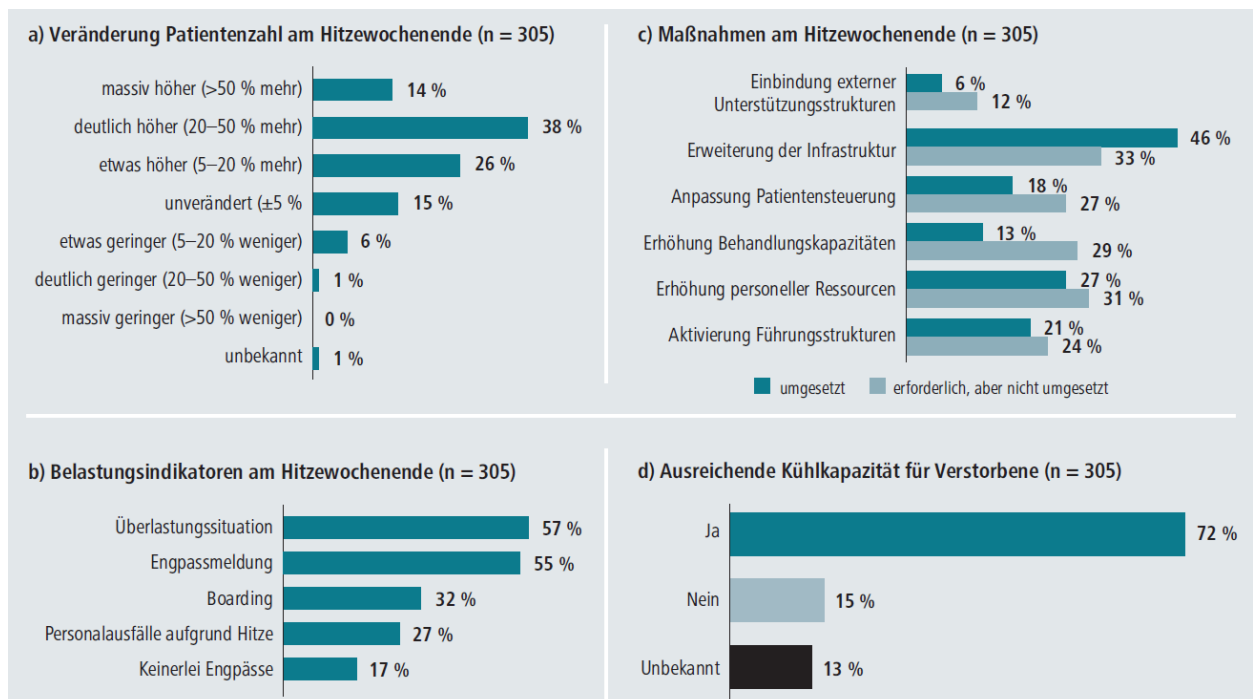


Abbildung 3. Situation am Hitzewochenende 27. und 28. Juni 2026. Dargestellt sind die Veränderung des Patientenaufkommens (a), Belastungsindikatoren und Versorgungsengpässe (b), die Umsetzung beziehungsweise nicht umgesetzte erforderliche organisatorische Maßnahmen (c) sowie die Kapazität zur gekühlten Aufbewahrung Verstorbener (d).