BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Positionspapier

Medizinische Resilienz braucht Medizintechnik

November 2026

Ausgangslage

Die sicherheitspolitischen Rahmenbedingungen Europas und Deutschlands haben sich grundlegend verändert. Cyberangriffe, hybride Bedrohungen, Extremwetterereignisse, militärische Konflikte und Pandemien, können einzeln oder gleichzeitig auftreten. Sie treffen auf ein Gesundheitssystem, das bereits im Regelbetrieb unter hohem Personal-, Kosten- und Anpassungsdruck steht. Krisenvorsorge muss deshalb nicht von einem einzigen Referenzszenario, sondern von sich überlagernden Belastungen ausgehen.

Diese komplexe und sich ständig wandelnden Bedrohungen können Einrichtungen beschädigen, Verkehrswege unterbrechen, Regionen zeitweise isolieren und zusätzlichen Behandlungsbedarf auslösen. Großflächige oder langanhaltende Stromausfälle beeinträchtigen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch ambulante Strukturen, Rettungsdienste, Logistik, Kommunikation sowie die medizinische Versorgung in der Langzeitpflege und im häuslichen Umfeld, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen und kontinuierlichem Unterstützungsbedarf. Im NATO-Bündnisfall sowie im Fall der Landesverteidigung muss das Gesundheitssystem zusätzlich Verwundete versorgen, ohne die Regelversorgung zu gefährden.

Medizinische Resilienz ist daher gesundheitspolitische und sicherheitspolitische Daseinsvorsorge. Die hierfür erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und operativen Behandlungskapazitäten und damit verbundene technische Infrastruktur, sowie spezialisierte Versorgungsleistungen müssen auch unter außergewöhnlichen Belastungen funktionsfähig bleiben.

Resilienz des Gesundheitssystems ist gesundheitspolitische und sicherheitspolitische Daseinsvorsorge.

Krisenvorsorge darf nicht bei isolierten Produktlisten beginnen. Ausgangspunkt müssen die Versorgungsprozesse sein, die in jeder Lage funktionsfähig bleiben müssen. Dazu gehören insbesondere Akut- und Notfallversorgung, Diagnostik, operative und interventionelle Behandlung, Infektionskontrolle, die kontinuierliche Versorgung chronisch und langfristig Erkrankter sowie Rehabilitation und Nachsorge.

Für jeden dieser Prozesse sind die personellen, technischen, infrastrukturellen, digitalen und logistischen Voraussetzungen szenariobasiert zu bestimmen. Erst daraus lassen sich belastbare Prioritäten für Bevorratung, Produktionsvorsorge, Beschaffung, Service und Verteilung ableiten.

Dual nutzen, im Krisenfall skalieren

Ein Dual-Use-Ansatz verbindet den Nutzen im Regelbetrieb mit der schnellen Skalierbarkeit in Krisen. Regelmäßig genutzte Strukturen, Kompetenzen, Versorgungskapazitäten und Bestände bleiben dadurch erprobt, qualitätsgesichert und wirtschaftlich nutzbar.

Zivile und militärische Anforderungen sind dabei gemeinsam, aber nicht undifferenziert zu planen. Pandemien, Naturkatastrophen und Infrastrukturausfälle setzen andere Schwerpunkte als ein militärischer Massenanfall oder die längerfristige Aufnahme Verwundeter. Die tragenden Fähigkeiten sind jedoch dieselben: qualifiziertes Personal, belastbare Versorgungsketten, skalierbare Kapazitäten, interoperable Standards, gesicherte Kommunikation und eine klare Führungs- und Finanzierungsstruktur.
Ein resilientes Gesundheitssystem zeichnet sich dabei nicht nur durch seine Fähigkeit zur Bewältigung akuter Krisen aus, sondern auch durch die Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen Versorgung der Bevölkerung unter sich verändernden und belasteten Rahmenbedingungen.

Medizintechnik ist strategische Partnerin

Medizintechnik sichert nicht nur die Verfügbarkeit von Produkten, sondern die Funktionsfähigkeit technischer Versorgungssysteme. Dazu gehören Betrieb, Wartung, Service, digitale Einbindung, Qualifizierung, Logistik und die bedarfsgerechte Skalierung von Kapazitäten.

Krisenvorsorge muss von den unverzichtbaren Versorgungsprozessen und ihren personellen, technischen, infrastrukturellen, digitalen, organisatorischen und logistischen Voraussetzungen ausgehen. Daraus sind Prioritäten für Bevorratung, Produktionsvorsorge, Beschaffung und Verteilung abzuleiten.

Die Unternehmen verfügen über unverzichtbares Wissen zu Abhängigkeiten, Kapazitäten, Service und Distribution. Sie müssen deshalb institutionell in Vorsorgeplanung, Krisenstäbe, Übungen und Standardisierung eingebunden werden. Die Einbindung erfolgt auf freiwilliger Basis, unter Wahrung von Geschäftsgeheimnissen und im Einklang mit dem Kartellrecht. Eine Pflicht zur Offenlegung unternehmensindividueller Lieferketten-, Lieferanten- oder Bestandsdaten ist damit nicht verbunden

Vernetzte Versorgungsknoten und mobile Kapazitäten

Ein abgestuftes Netz regionaler und überregionaler Versorgungsknoten muss Patientinnen und Patienten koordinieren, Aufgaben wechselseitig übernehmen und Ausfälle einzelner Standorte kompensieren können. Mobile und modulare Kapazitäten ergänzen dieses Netz bei Überlastung oder Infrastrukturausfall. Gleichzeitig müssen bestehende Versorgungskapazitäten durch standardisierte Prozesse, interoperable Systeme und eine standortübergreifende Zusammenarbeit bestmöglich nutzbar gemacht werden.

Digitale und telemedizinische sowie dezentrale Versorgungsmöglichkeiten müssen etabliert sein, um im Ernstfall skaliert einsetzbar zu sein. Patientenbezogene Daten müssen entlang der gesamten Rettungs- und Versorgungskette strukturiert, sicher und ohne Medienbruch verfügbar bleiben. Dafür sind international anerkannte Standards, eindeutige Identitäten und ein Datenaustausch erforderlich, der auch bei eingeschränkter Verbindung funktioniert. Insbesondere muss auch die Telematikinfrastruktur an den verschiedenen Bedrohungs- und Extremlagen ausgerichtet und angepasst werden. Schnittstellen-Koordination zwischen Gematik, PVS und KIS müssen verbessert sowie bürokratische Hürden zur Freischaltung von Zugängen abgebaut werden, um effektiv und effizient auf externe Schocks reagieren zu können.

Telemedizinische, digitale und standortübergreifende Unterstützungsmodelle können knappe Expertise verfügbar machen und den Zugang zu spezialisierter Versorgung unabhängig vom Behandlungsort verbessern, wenn Fachpersonal vor Ort fehlt oder nicht rechtzeitig verlegt werden kann. Sichere Telekonsultation, Fernbefundung, digitale Überwachung und die Einbindung spezialisierter Zentren sind deshalb in die Vorsorgeplanung einzubeziehen. Sie können dazu beitragen, spezialisierte diagnostische, therapeutische und operative Expertise standortübergreifend verfügbar zu machen. Dafür müssen technische Mindeststandards, Interoperabilitätsanforderungen, Zugriffsrechte, Vergütung und der Betrieb bei eingeschränkter Bandbreite bereits im Regelbetrieb geklärt und geübt werden.

Kritische Versorgungsprozesse definieren und sichern

Bund, Länder, Leistungserbringer, Sicherheitsbehörden, Wissenschaft, Medizintechnikunternehmen und Handel müssen die in jeder Lage aufrechtzuerhaltenden Versorgungsprozesse szenariobasiert festlegen, priorisieren und regelmäßig überprüfen.

Resilienz setzt voraus, dass medizinische Leistungen und Versorgungspfade einschließlich ihrer personellen, technischen, infrastrukturellen, digitalen und logistischen Voraussetzungen durchgängig verfügbar sind.

Akut-, Notfall- und intensivmedizinische Versorgung: Sie muss bei plötzlich erhöhtem Patientenaufkommen, eingeschränkter Infrastruktur und gleichzeitigem Personalausfall priorisiert, skaliert und über Einrichtungsgrenzen hinweg telemedizinisch genutzt und koordiniert werden können.

Diagnostik, Therapie und interventionelle Versorgung: Erforderliche Kernleistungen müssen auch unter eingeschränkten Betriebsbedingungen verfügbar bleiben; Abhängigkeiten und Ausweichmöglichkeiten sind vorab festzulegen.

Operative und chirurgische Versorgung: Auch in Krisenlagen muss eine bedarfsgerechte operative Versorgung für Notfall-, Akut- und zeitkritische planbare Eingriffe aufrechterhalten werden. Hierfür sind neben ausreichenden Operationskapazitäten auch die Verfügbarkeit und Betriebsfähigkeit chirurgischer Systeme sowie der erforderlichen Instrumente und Zubehörteile einschließlich der erforderlichen personellen und technischen Unterstützung zu berücksichtigen.

Kritische diagnostische Fähigkeiten müssen sowohl ortsfest als auch mobil verfügbar sein, damit eine verlässliche Befunderhebung auch bei hohem Patientenzulauf oder beschädigter Infrastruktur gewährleistet bleibt.

Digitale Unterstützungsstrukturen können die Resilienz kritischer Versorgungspfade stärken, indem sie eine effizientere Ressourcensteuerung, die Entlastung von Fachpersonal sowie eine sichere und sektorenübergreifende Koordination von Behandlungs- und Versorgungsprozessen ermöglichen. Sie tragen dazu bei, Informationsverluste, Therapieabbrüche und vermeidbare Fehler zu reduzieren.

Versorgung Verletzter und Schwerstverletzter: Zivile Großschadenslagen, der NATO-Bündnisfall und die Landesverteidigung erfordern eine abgestufte Behandlungskette, telemedizinische Unterstützung, verlässliche Verlegung und ausreichende Folgekapazitäten.

Infektionsprävention und -kontrolle: Der Schutz von Patientinnen, Patienten und Personal muss in stationären, ambulanten, mobilen und pflegerischen Strukturen auch bei Ressourcenknappheit gewährleistet bleiben.

Versorgung von Menschen mit langfristigem Behandlungs- und Unterstützungsbedarf: Die Aufrechterhaltung kontinuierlicher Versorgungsprozesse ist auch unter Kri-

senbedingungen sicherzustellen. Unterbrechungen können zu vermeidbaren gesundheitlichen Verschlechterungen führen und zusätzliche Belastungen für die Akutversorgung erzeugen.

Medizinische Versorgung in der Langzeitpflege: Pflegebedürftige Menschen sind häufig besonders vulnerabel und auf kontinuierliche Behandlung, Betreuung und funktionierende externe Dienste angewiesen. Pflegeeinrichtungen und häusliche Pflegesettings sind deshalb ausdrücklich in Notfallplanung, Kommunikation, Energie- und Logistikvorsorge einzubeziehen.

Rehabilitation, Nachsorge und Anschlussversorgung: Krisenresilienz endet nicht mit der Akutbehandlung. Längerfristige Behandlung, Wiederherstellung von Teilhabe und strukturierte Übergänge sowie wohnortnahe und ambulante Versorgungsangebote entlasten Akutstrukturen und verhindern Versorgungslücken.

Versorgungssicherheit braucht klare Regeln

Marktverfügbarkeit im Regelbetrieb garantiert keine Lieferfähigkeit in außergewöhnlichen Lagen. Versorgungssicherheit erfordert ein abgestimmtes System aus rotierenden Beständen, skalierbaren Produktions- und Servicekapazitäten, diversifizierten Lieferketten und priorisierter Distribution. Bedarfsplanung, vertragliche Bereitschaften und die Betriebsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen sind gemeinsam zu planen und zu finanzieren.

Nationale, regionale und einrichtungsbezogene Vorräte müssen aufeinander abgestimmt sein. Aufbau, Eigentum, Lagerung, Rotation und Finanzierung staatlicher Vorsorgebestände liegen in der Verantwortung von Bund und Ländern. Gesetzliche Bevorratungsverpflichtungen oder hoheitliche Zugriffsrechte auf Unternehmensbestände sind abzulehnen. Hersteller und der Fach- und Großhandel können auf freiwilliger, vertraglicher Basis, bei vollständiger Vergütung der Vorhalte-, Kapital- und Verfallkosten, unterstützen.

Für länger andauernde Krisen braucht Deutschland vertraglich gesicherte Hochlauf- und Bereitschaftskapazitäten. Unternehmen benötigen vorab Klarheit über erwartete Bedarfe, Zeitfenster, vorzuhaltende Kapazitäten und die vollständige Vergütung damit verbundener Verpflichtungen sind vorher nach einem transparenten Verfahren festzulegen. Abnahme- und Haftungsfragen sind vor Kriseneintritt zu regeln. Versorgungssicherheit umfasst dabei nicht nur die Verfügbarkeit von Produkten, sondern auch die Aufrechterhaltung der für kritische Versorgungsprozesse erforderlichen technischen, personellen und organisatorischen Fähigkeiten.

Produktionsvorsorge muss neben kritischen Vorleistungen, qualifizierten Beschäftigten, Energie, digitalen Systemen und Transportleistungen auch die Betriebsfähigkeit der installierten medizintechnischen Basis berücksichtigen. Dazu gehören Ersatzteile, Verbrauchsmaterialien, Softwarelizenzen, Updates, Kalibrierung, Prüfmittel, Aufbereitung, qualifizierter Service und dokumentierte Wiederanlaufverfahren. Staatliche Planung sollte deshalb die gesamte industrielle, technische und logistische Kette erfassen, auf Basis öffentlich verfügbarer und freiwillig bereitgestellter, aggregierter Informationen, kritische Gerätetypen und Systemabhängigkeiten bestimmen sowie Prioritäten für Entstörung, Ersatzversorgung und belastbare Ausweich- und Substitutionskonzepte festlegen.

Resiliente und diversifizierte Lieferketten

Versorgungssicherheit verlangt eine ausgewogene Verbindung europäischer Handlungsfähigkeit und verlässlicher internationaler Partnerschaften. Mehrquellenstrategien, alternative Transportkorridore, transparente Abhängigkeiten und der gezielte

Erhalt strategisch relevanter Kompetenzen reduzieren das Risiko einzelner Ausfallpunkte. Resilienz erfordert darüber hinaus die langfristige Sicherung kritischer industrieller, technischer und dienstleistungsbezogener Fähigkeiten, die für den Betrieb und die Aufrechterhaltung medizinischer Versorgungskapazitäten erforderlich sind. Eine pauschale Abschottung wäre weder realistisch noch wirtschaftlich; entscheidend ist die beherrschbare Diversifizierung. Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz müssen im Einklang mit den WTO-Verpflichtungen, insbesondere dem Übereinkommen über das öffentliche Beschaffungswesen (GPA), stehen. Produkte und Unternehmen aus verlässlichen Partnerstaaten sind als gleichwertig anzuerkennen; Resilienz ist nicht gleich Lokalisierung.

Der Fach- und Großhandel bildet das logistische Rückgrat zwischen Herstellern und Versorgung. Die Kenntnisse des Fach- und Großhandels über regionale Bedarfe, Lagerbestände und Distributionswege können aggregiert und anonymisiert in staatliche Lagebilder und Verteilentscheidungen einfließen. Krisenpläne sollten festlegen, wie Transport, Zugang zu Einrichtungen und Priorisierung auch bei eingeschränkter Mobilität oder Strom- und Kommunikationsausfällen funktionieren.

Handlungsfähigkeit dauerhaft organisieren Gemeinsames digitales Lagebild

Bund, Länder, Leistungserbringer, Hersteller und Logistik benötigen ein gemeinsames interoperables Lagebild, das Ressourcensteuerung und operative Patientensteuerung verbindet. Es muss Bedarfe, Bestände, Personal, Betriebsfähigkeit, Produktions-, Liefer- und Transportkapazitäten sowie verfügbare Behandlungsplätze, telemedizinische, diagnostische, interventionelle und operative Fähigkeiten, Auslastung, Transportoptionen und Aufnahme- und Verlegebereitschaft abbilden. Herstellerbezogene Informationen fließen nur anlassbezogen nach Feststellung einer Krisenlage, auf konkrete behördliche Anfrage, produktgruppenbezogen aggregiert und unter Wahrung von Geschäftsgeheimnissen ein. Ein permanentes Bestandsmonitoring bei Herstellern lehnen wir ab. Bestehende EU-Meldewege sind vorrangig zu nutzen; nationale Doppelstrukturen sind zu vermeiden.

Transparenz dient nicht der Vollerfassung von Unternehmensbeständen oder -kapazitäten um ihrer selbst willen. Transparenz ist kein Selbstzweck. Sie soll Engpässe früh erkennen, Prioritäten nachvollziehbar machen und eine bedarfsgerechte Verteilung unterstützen. Dafür sind bereits im Regelbetrieb Datenqualität, Meldewege und Entscheidungsschwellen zu erproben.

Cyberresilienz muss den gesamten Lebenszyklus vernetzter Medizinprodukte und klinischer Informationssysteme abdecken. Betreiber, Hersteller und Behörden benötigen abgestimmte Sicherheits-, Aktualisierungs-, Wiederanlauf- und Kommunikationsverfahren, die die medizinische Handlungsfähigkeit auch in Krisen erhalten.

Personal, Qualifizierung und Übungen

Materielle Vorsorge bleibt wirkungslos, wenn qualifiziertes Personal fehlt. Neben der Stärkung der regulären Belegschaften sollte eine freiwillig aktivierbare Personalreserve aufgebaut werden. Ehemals tätige Fachkräfte, Beschäftigte mit einschlägigen Systemkenntnissen und Personen in Ausbildung können die Versorgung unter klaren Voraussetzungen ergänzen. Die Teilnahme erfolgt nur auf freiwilliger Basis,

einer geregelten Freistellung, geklärter Vergütung, Versicherung und Haftungsfreistellung durch den Staat unter Einhaltung von Compliance-Vorgaben und dem Arbeitsrecht. Erforderlich sind zusätzlich definierte Kompetenzprofile, Registrierung und regelmäßige Qualifizierung.

Übungen müssen ressort-, sektoren- und organisationsübergreifend angelegt sein. Sie sollten nicht nur Abläufe auf dem Papier prüfen, sondern reale Schnittstellen, Kommunikationsausfälle, Personalengpässe, Verlegungen, die Aufrechterhaltung kritischer Versorgungsprozesse und die Zusammenarbeit mit Industrie und Handel abbilden. Erkenntnisse sind verbindlich auszuwerten und in Planung, Standards und Finanzierung zurückzuführen.

Krisenfeste Regulatorik und Beschaffung

Für Krisensituationen braucht es vorab definierte, rechtssichere Verfahren, die eine schnelle Anpassung von Produktion, Distribution und Beschaffung ermöglichen, ohne Qualität und Patientensicherheit abzusenken. Zuständige Behörden sollten Entscheidungswege, Nachweisanforderungen und befristete Ausnahmemechanismen vor der Krise abstimmen. Unternehmen benötigen verlässliche Ansprechpartner und nachvollziehbare Prioritäten.

Öffentliche Beschaffung muss Versorgungssicherheit als eigenständiges Qualitäts- und Zuschlagskriterium anerkennen. Neben dem Preis sind Lieferfähigkeit, Mehrquellenstrategien, nachweisbare Liefer- und Servicefähigkeit sowie Diversifizierung der Lieferkette – unabhängig vom Produktionsland, sofern dieses Vertragspartei des GPA oder verlässlicher Partner ist, Lager- und Servicekonzepte ohne Offenlegung konkreter Bestandsmengen, Reaktionszeiten und Krisenfestigkeit zu bewerten. Strategische Anforderungen müssen langfristig und transparent formuliert werden, damit Unternehmen entsprechende Kapazitäten wirtschaftlich aufbauen können.

Bei der Bewertung von Angeboten sind zudem Interoperabilität, standardbasierte, dokumentierte Schnittstellen, Integrationsfähigkeit, Cyberresilienz, Lebenszykluskosten und langfristige Servicefähigkeit zu berücksichtigen. Beschaffung darf keine neuen technologischen Abhängigkeiten oder isolierten Insellösungen schaffen. Systeme sollten deshalb nachweislich in bestehende zivile und militärische Versorgungsstrukturen integrierbar, erweiterbar und unter definierten Notbetriebsbedingungen weiter genutzt werden können.

Governance und eigenständige Finanzierung

Medizinische Resilienz braucht eine ressortübergreifende Führung zwischen den Bereichen Gesundheit, Inneres, Verteidigung und Wirtschaft sowie den Ländern. Zuständigkeiten, Eskalationswege und die Rolle privater Akteure sind verbindlich festzulegen. Die Medizintechnikbranche sowie Fach- und Großhandel sollten institutionell in Planungsgremien und Krisenstäbe eingebunden werden, statt nur anlassbezogen konsultiert zu werden.

Vorhaltung, Lagerrotation, Qualifizierung, mobile Kapazitäten, Produktionsreserven und der Aufbau krisenfester Infrastruktur sind gesamtgesellschaftliche Leistungen. Sie können nicht allein aus der Finanzierung der Regelversorgung getragen werden. Bund und Länder benötigen eine eigenständige, mehrjährige und szenarienübergreifende Finanzierungslogik, die Investitionen ebenso abdeckt wie laufende Bereitschaftskosten und Forschung für robuste, flexible Versorgungsstrukturen.

Für robuste Dual-Use-Lösungen braucht es dauerhafte Erprobungsräume, in denen Versorgungseinrichtungen, Rettungsdienste, Bundeswehr, Behörden, Wissenschaft und Industrie neue Technologien unter realistischen Bedingungen gemeinsam ent-

wickeln und validieren können. Reallabore, vorkommerzielle Beschaffung und mehrjährige Pilotprogramme sollten insbesondere Interoperabilität, mobile Versorgung, digitale Lagebilder, Telemedizin, Automatisierung und den Betrieb bei eingeschränkter Infrastruktur adressieren. Dabei sollten insbesondere Lösungen berücksichtigt werden, die zur Aufrechterhaltung kritischer Versorgungsprozesse und spezialisierter Versorgungskapazitäten beitragen können. Erfolgreich erprobte Lösungen benötigen anschließend verbindliche Wege in Finanzierung, Beschaffung und flächendeckende Nutzung.

Forderungen des BVMed

Für eine leistungsfähige medizinische Krisenvorsorge fordert der BVMed Bund und Länder auf, folgende Maßnahmen verbindlich umzusetzen:

1. **Medizinische Resilienz gesamtstaatlich verankern**. Bund und Länder müssen eine ressortübergreifende Dual-Use-Strategie mit verbindlichen Zuständigkeiten und Eskalationswegen schaffen.
2. **Kritische Versorgungsprozesse definieren und priorisieren**. Gemeinsam mit Versorgung, Wissenschaft, Sicherheitsbehörden, Medizintechnikindustrie und Handel sind unverzichtbare diagnostische. therapeutische, interventionelle und operative Versorgungsprozesse sowie ihre personellen, technischen, infrastrukturellen, digitalen und logistischen Voraussetzungen regelmäßig szenariobasiert festzulegen.
3. **Staatliche Reserven aufbauen und finanzieren.** Bund und Länder tragen Verantwortung für Aufbau, Eigentum, Lagerung, Rotation und Finanzierung. Leistungen der Industrie werden freiwillig vereinbart und vollständig vergütet.
4. **Lieferketten diversifizieren und Versorgungssicherheit in der Beschaffung verankern.** Neben dem Preis müssen Liefer- und Servicefähigkeit, Interoperabilität, Cyberresilienz, Lebenszykluskosten und die Vermeidung neuer Abhängigkeiten bewertet werden. Europäische Fähigkeiten und verlässliche internationale Partnerschaften sind gezielt zu stärken. Dabei sind die WTO-Verpflichtungen, insbesondere das GPA, einzuhalten. Produkte aus verlässlichen Partnerstaaten sind als gleichwertig anzuerkennen; Herkunfts-, Standort- oder Local-Content-Vorgaben lehnen wir ab.
5. **Ein interoperables und resilientes Lagebild schaffen.** Ressourcen, Kapazitäten, diagnostische, therapeutische, interventionelle und operative Fähigkeiten sowie Patientenströme sowie Therapie- und Medikationsinformationen müssen organisationsübergreifend sichtbar und auch bei eingeschränkter Netzanbindung steuerbar sein. Herstellerbezogene Daten werden nur anlassbezogen, aggregiert und vertraulich einbezogen; ein permanentes Monitoring von Unternehmensbeständen findet nicht statt.
6. **Zivil-militärische Strukturen gemeinsam planen und üben**. Versorgungsknoten, mobile Kapazitäten und sanitätsdienstliche Fähigkeiten müssen interoperabel entwickelt und in realistischen Szenarien erprobt werden.
7. **Die gesamte Versorgungskette resilient aufstellen.** Rettungsdienst, Krankenhäuser, ambulante Versorgung, Telemedizin, Homecare, Langzeitpflege, Rehabilitation, Nachsorge sowie Fach- und Großhandel sind verbindlich in Vorsorgeplanung, Kommunikation und Übungen einzubeziehen. Sektorengrenzen dürfen nicht zu Versorgungsbrüchen führen. Die kontinuierliche Versorgung von Patientinnen und Patienten muss auch unter Krisenbedingungen sichergestellt bleiben.

8. **Industriepartnerschaft, Personalreserve, Erprobung und Finanzierung dauerhaft sichern.** Hersteller, Handel und Leistungserbringer sind, unabhängig vom Sitz der Muttergesellschaft oder vom Produktionsstandort, institutionell einzubinden, eine qualifizierte Personalreserve ist aufzubauen, Dual-Use-Lösungen und innovative Versorgungskonzepte sind systematisch zu erproben und Vorhalteleistungen mehrjährig zu finanzieren.

Kontakt
Andre Schulz
Stationäre Versorgung
schulz@bvmed.de

BVMed
Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - DW
www.bvmed.de

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: R000486
EU-Transparenzregister: 103122495301-83