

RESIL **MATTHIAS MAX (HG.)**

IEN **UND MARCO KRÜGER (HG.)** TE

PFLEGE

INFRA **STÄRKUNG DES RISIKO-
UND KRISENMANAGEMENTS**

**IN DER
AMBULANTEN PFLEGE** STRUK

TUR **PROJEKT: AUIPK** EN

Hrsg. Matthias Max / Marco Krüger

Resiliente Pflegeinfrastrukturen – Stärkung des Risiko- und Krisen- managements in der ambulanten Pflege

Ergebnisse des Forschungsverbunds „Aufrechterhaltung
der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen –
Organisatorische Konzepte zur Erhöhung der Resilienz des
Pflegerwesens“ (AUPIK)

Herausgegeben von: Matthias Max und Marco Krüger

Autor:innen:

Julia Ballmann, Nicolas Bock,
Wanda Hartmann Busse, Michael Ewers,
Sebastian Gröbe, Luisa Habel,
Sidonie Hänsch, Erik Hahn,
Benedict Heidgen, Angelina Kibler,
Michael Köhler, Marco Krüger,
Andreas Langner, Sanne Lessinnes,
Matthias Max, Anja Rüger,
Matthias Schulze, Christine Vogler,
Martin Voss, Katharina Wezel.

2. überarbeitete Auflage



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Sämtliche Angaben und Darstellungen in diesem Buch entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens und sind bestmöglich aufbereitet.

Der Verlag und die Autor:innen können jedoch trotzdem keine Haftung für Schäden übernehmen, die im Zusammenhang mit Inhalten dieses Buches entstehen.

© VINCENTZ NETWORK, Hannover 2023

Besuchen Sie uns im Internet: www.haeusliche-pflege.net

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.

Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Illustration: Christian Lindemann

Redaktion: Benedict Heidgen, Madeleine Hofmann, Lena Schnabl und Tim Walter

ISBN: 978-3-7486-0710-6

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	5
Das DRK und die Stärkung des ambulanten Pflegesystems in Krisen und Katastrophen	5
2. Einleitung – Voraussetzungen einer resilienteren ambulanten Pflegeinfrastruktur	8
3. Katastrophenschutz & Pflege	15
Pflegebedürftige in Krisen und Katastrophen – Das Forschungsprojekt AUPIK	15
Der aktuelle Diskurs zur Katastrophenvorbereitung in der (häuslichen) Pflege	22
Sicherheit und Pflege gemeinsam denken: Ambulante Pflege als kritische Infrastruktur?	33
Kann Pflege in Deutschland Krisen und Katastrophensituationen? Eine berufspolitische Einordnung	44
4. Ambulante Pflegeinfrastruktur in Krisenzeiten	48
Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Krisen und Katastrophen	48
Herausforderungen und Anpassungsbedarfe ambulanter Pflegedienste	56
Rechtlicher Rahmen der Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen	67
Kontinuitäten und Brüche zwischen Alltag und Ausnahme	76
Die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Krisen und Katastrophen Zentralität und Dezentralität als Spannungsfeld	89
5. Handlungsempfehlungen	103
Bedarfsorientierung im Bevölkerungsschutz	103
Organisatorische Maßnahmen ambulanter Pflegedienste zur Förderung der Widerstandsfähigkeit gegen Krisen und Katastrophen	117
6. Ausblick und Zusammenfassung	127

Dieses Buch bündelt die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Aufrechterhaltung von ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen – Organisatorische Konzepte zur Erhöhung der Resilienz des Pflegewesens“ (AUIPK), das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Programms „Forschung für die zivile Sicherheit“ zwischen März 2020 und Juni 2023 gefördert wurde (Förderkennzeichen 13N15224 bis 13N15227).

Danksagung

Dieses Buch basiert auf einem intensiven Arbeits- und Austauschprozess in schwierigen Zeiten. Weite Teile des Projektzeitraums wurden von den Geschehnissen während der Coronapandemie überlagert. Umso mehr danken wir allen Projektpartner*innen für die produktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Ebenso danken wir allen Gastautor*innen dieses Bandes für ihre wertvollen Beiträge.

Schließlich gilt ein besonderer Dank dem Bundesministerium für Bildung und Forschung als Fördergeber für die Finanzierung sowie dem Projektträger VDI Technologiezentrum für die administrative Unterstützung unserer Arbeiten.

Matthias Max & Marco Krüger
Berlin/Tübingen, 14.09.2023

1. Vorwort

Das DRK und die Stärkung des ambulanten Pflegesystems in Krisen und Katastrophen

Gerda Hasselfeldt, Präsidentin des Deutschen Roten Kreuzes e. V.

Multiple Krisen wie die Coronapandemie und die Flutkatastrophe 2021 sind eine große Herausforderung für die Gesellschaft. Die hierdurch möglichen Versorgungsausfälle und -instabilitäten stellen insbesondere für Menschen, die in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, eine ernst zu nehmende Gefahr dar. Gleichzeitig wächst aufgrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Ambulantisierung die Zahl der ambulant gepflegten Menschen. Ob im Alltag oder in der Krise, die bedarfsgerechte Versorgung dieser besonders vulnerablen Personen muss sichergestellt werden.

Das Deutsche Rote Kreuz e. V. (DRK) hat mithilfe der Erfahrungswerte seiner ehrenamtlichen und hauptamtlichen Einsatzkräfte schon früh erkannt, dass der Katastrophenschutz bislang nicht ausreichend auf die teils spezielle Versorgung Pflegebedürftiger im Krisenfall vorbereitet ist. Um diesen potenziellen Versorgungslücken effektiv zu begegnen, hat die Sicherheitsforschung des DRK-Generalsekretariats das Konzept des sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes vorgeschlagen. Diesem folgend ist festzustellen, dass die im Alltag etablierten Versorgungsstrukturen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im Krisen- und Katastrophenfall bestmöglich gewährleisten können und somit in die Bewältigung von Krisen aktiv eingebunden werden müssen. So spielen beispielsweise pflegende Angehörige, ggf. unterstützt durch lokale Pflegedienste, mit ihrem situationsbezogenen, spezifischen Wissen eine wichtige Rolle in der Krisenbewältigung.

Aufbauend auf dieser Erkenntnis sollte aus Sicht des DRK ein krisenfestes und damit modernes Hilfeleistungssystem drei Kernfunktionen erfüllen, um die Resilienz der Gesellschaft zu stärken:

1. Akteurinnen und Akteure eines Sozialraums, die für die Versorgung in Alltag und Krise relevant sind, müssen vor der Krise identifiziert und kontinuierlich miteinander vernetzt werden, um Potenziale für die Krisenbewältigung zu aktivieren.
- Innerhalb dieses Netzwerks müssen Maßnahmen definiert werden, welche die Aufrechterhaltung alltäglicher Versorgungsstrukturen auch in Krisen und Katastrophen unterstützen.
- Sollte eine Aufrechterhaltung nicht mehr möglich sein, muss der Katastrophenschutz bedarfsgerechte Ersatzleistungen organisieren – mit dem Ziel, die alltägliche Versorgung möglichst schnell wiederherzustellen.

Dies bedeutet folglich, dass das Krisenbewusstsein im Alltag erhöht und Alltagssysteme wie das Gesundheitssystem in Hinblick auf Krisen gestärkt werden müssen. Hilfeleistungssysteme sollten ihrerseits Alltagssysteme in den Fokus ihrer Tätigkeit rücken und diese durch ganzheitliche Strategien

zur Krisenbewältigung vor, während und nach Krisen stärken. Starke Anknüpfungspunkte gibt es mit den aktualisierten Maßstäben und Grundsätzen für die ambulante Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit (nach § 113 SGB XI). Diese halten Pflegedienste zu einer effektiven Krisenvorsorge an, unter anderem in Zusammenarbeit mit den Strukturen des Katastrophenschutzes (Bundesanzeiger 2022: S. 8). Ebenso die „Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen“ (Bundesministerium des Innern und für Heimat 2022) der Bundesregierung weist auf eine strukturierte Zusammenarbeit und Vernetzung aller relevanten Instanzen der Alltags- und Katastrophenschutzstrukturen für eine effektive Bewältigung von Krisen und Katastrophen hin.

Hierfür ist das DRK prädestiniert. Es ist mit seinen 19 Landesverbänden, 500 Kreisverbänden und über 4500 Ortsvereinen sowie mit dem Verband der Schwesternschaften großflächig im Bereich der medico-sozialen Alltagsversorgung aktiv. Im Falle von Krisen ist das DRK außerdem Teil des „integrierten Hilfeleistungssystems“ von Bund und Ländern im Bevölkerungsschutz sowie Auxiliar der deutschen Behörden im humanitären Bereich. Zusätzlich zu den operativen Tätigkeiten des DRK zeigt die DRK-Sicherheitsforschung mit ihren vielfältigen Forschungsprojekten innovative Maßnahmen auf, um sich effektiv auf Krisen vorzubereiten, alltägliche Versorgungsinfrastrukturen während Krisen aufrechtzuerhalten oder diese bedarfsgerecht zu ersetzen.

So formuliert das Projekt „Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“ (AUPIK) konkrete Maßnahmen, um die Resilienz der ambulanten, dezentralen Pflegeinfrastruktur nachhaltig zu stärken. Diese umfassen Maßnahmen zur sozialräumlichen Vernetzung aller relevanten beteiligten Instanzen, Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur sowie Maßnahmen für ihren temporären Ersatz. Gemeinsam mit dem Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen (IZEW) als Konsortialleitung, dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin (IGPW) sowie der Verlagsgesellschaft Vincentz Network GmbH & Co KG hat das DRK hierfür komplexes Wissen aus den Bereichen Katastrophenschutz, Pflegewissenschaft, Ethik und Medien zusammengetragen. Der vorliegende Sammelband vereint diese Erkenntnisse, um Wege zur Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen aufzuzeigen und zu diskutieren.

Die in AUPIK gewonnenen Erkenntnisse, wurden in Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf andere Kommunen, Instanzen und Strukturen erarbeitet. Dies wurde ermöglicht durch die enge Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren des Katastrophenschutzes sowie des medico-sozialen, zivilgesellschaftlichen und privatwirtschaftlichen Bereichs. So bot beispielsweise die Modellregion Magdeburg mit einer Vielzahl an ambulanten Pflegearrangements die Möglichkeit, Projektergebnisse anhand urbaner und ländlicher Spezifika zu entwickeln und zu testen. Gleichzeitig stellte die enge Kooperation mit verschiedenen Gremien und Gliederungen des DRK die Praxistauglichkeit der Projektergebnisse sicher.

Dadurch entstanden fundierte Arbeitshilfen für Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes. Diese zeigen auf, wie durch eine effektive Vernetzung aller für die Bewältigung von Krisen und Katastrophen relevanten Akteurinnen und Akteure Maßnahmen ergriffen werden können, um pflegebedürftige Menschen bedarfsgerecht zu versorgen.

Das DRK bedankt sich bei dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), welches im Rahmen der Bekanntmachung „Zivile Sicherheit – Sozioökonomische und soziokulturelle Infrastrukturen – Themenschwerpunkt: Erhöhung der Resilienz des Gesundheits- und Pflegewesens“ das Projekt gefördert hat. Weiterhin bedanken wir uns bei allen Mitwirkenden und Beteiligten, insbesondere dem DRK Landesverband Sachsen-Anhalt, der Modellregion Magdeburg für die gute und richtungsweisende Zusammenarbeit sowie bei den vielfältigen assoziierten Partnerinnen und Partnern, die AUPIK mit ihren Impulsen unterstützten.

Abschließend gilt unser besonderer Dank den Projektpartnerinnen und -partnern des IZEWS, IGPWs und des Vincentz Networks für die sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit.



Gerda Hasselfeldt

Präsidentin des Deutschen Roten Kreuzes

Literaturverzeichnis

Bundesanzeiger (2022): Bekanntmachung der Geschäftsstelle

Qualitätsausschuss Pflege Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011. Online verfügbar unter: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/bG5zXYA8DDS6k-jBmByY/content/bG5zXYA8DDS6kjBmByY/BAanz%20AT%2022.12.2022%20B1.pdf?inline> (09.03.2023)

Bundesministerium des Innern und für Heimat (2022): Deutsche Strategie

zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030). Der Beitrag Deutschlands 2022–2030. Online verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/BMI2017-resilienz-katastrophen.pdf;jsessionid=501590856883F1C865F2AA1E82A1EF8B.1_cid295?__blob=publicationFile&v=2 (09.03.2023)

2. Einleitung – Voraussetzungen einer resilienteren ambulanten Pflegeinfrastruktur

*Marco Krüger, Universität Tübingen,
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften
Matthias Max, DRK e. V. – Generalsekretariat*

In den letzten Jahren stand die pflegerische Versorgung in einem unverhofften Maß im öffentlichen Fokus. Gerade zu Beginn applaudierten viele Menschen den Pflegekräften für ihren Einsatz. Insbesondere die Verknüpfung von gesundheitlicher Versorgung und Bevölkerungsschutz rückte in den Mittelpunkt des Interesses. So machte das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) im Papier zu seiner Neuausrichtung den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz zu einer zentralen Priorität (BBK 2021). Auch aufseiten der Pflege wurden durch die Änderungen der „Maßnahmen und Grundsätze“ für die ambulante Pflege Anforderungen für die Vorbereitung von Pflegediensten auf einen Krisenfall formuliert (MD Bund 2022: 14-15). Doch nicht nur die Pandemie verdeutlicht die Rolle der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung im Alltag wie auch in Krisensituationen. Das Thema der Versorgung häuslich gepflegter Menschen ist spätestens seit der Evaluation des Elbehochwassers im Jahr 2013 auch auf der Tagesordnung des Katastrophenschutzes angekommen (Krüger/Max 2019).

1. Das Verbundprojekt AUPIK: Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in Krisen

Dennoch gibt es bisher keine systematische Zusammenarbeit zwischen den Systemen Katastrophenschutz und Pflege. Das Forschungsprojekt AUPIK („Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen – Organisatorische Konzepte zur Erhöhung der Resilienz des Pflegewesens“) erforschte zwischen März 2020 und Juni 2023 Wege zur Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung. Hierfür fanden sich unter der Koordination des Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) an der Universität Tübingen das Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften (IGPW) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Vincenz Network GmbH zu einem Konsortium zusammen. Damit war bereits ein erstes Ziel erreicht: Akteur*innen aus Pflege und Katastrophenschutz sowie aus Wissenschaft und Praxis begaben sich für mehr als drei Jahre in einen kontinuierlichen Austausch.

Das IGPW betrachtete die Fragestellungen des Projekts aus der Perspektive der praktischen Pflege: Sie analysierten die aktuelle Situation der ambulanten Pflege, zeigten ihre Grenzen auf und ent-

wickelten einen Ansatz, durch den Pflegedienste im Alltag gestärkt und in Krisen und Katastrophen unterstützt werden können. Dabei ging das IGPW auf die personelle Ebene ein, wie sich im Beitrag zum aktuellen Diskurs zeigt, der unter anderem das Thema Disaster Nursing (Katastrophenpflege) bespricht. Dort wurden Fragen behandelt wie diese: Was müssen Menschen können, die in der Pflege arbeiten? Wie müssen sie auf Ausnahmesituationen vorbereitet sein und wie können sie mit Krisen- und Katastrophen besser umgehen? Das IGPW beschäftigte sich darüber hinaus mit der Rolle von Pflegediensten als Organisationseinheit. Auch Pflegedienste müssen sich auf Ausnahmesituationen vorbereiten und sollten etwa einen Katastrophenschutz- oder Notfallplan entwickeln. In diesem Sinne forschte das IGPW zu den Herausforderungen und Anpassungsbedarfen der ambulanten Pflegedienste. Dies beinhaltet nicht zuletzt die Frage, wie Katastrophenvorsorge im Alltag der Pflegekräfte stattfinden kann, etwa in Form einer kurzen Schulung.

Hier kam ein weiterer Partner zum Tragen, der Pflege-Weiterbildungsanbieter Vincentz Network. Das Unternehmen setzt aktuell eine Lern-App um, die es niedrigschwellig ermöglichen soll, dass sich Beschäftigte in der Pflege wie auch Ehrenamtliche des Katastrophenschutzes mit dem Smartphone in Sachen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarfen in Katastrophenfällen weiterbilden können.

Das DRK betrachtete das Projekt aus der Sicht des Bevölkerungsschutzes und beschäftigte sich mit den Grenzen, an die Hilfsorganisationen im Bereich der Pflege in Katastrophen stoßen, und mit der Frage, wie Pflegedienstleister besser unterstützt werden können. Während im Vorgängerprojekt KOPHIS (Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken) vor allem pflegende Angehörige und das soziale Umfeld in den Blick genommen wurden, sollten bei AUPIK infrastrukturelle Fragen erforscht und Lösungsansätze entwickelt werden. So gab es die Überlegung, einen gesonderten Betreuungsplatz Pflege zu schaffen. Im Laufe des Projektes wurde diese Idee weiterentwickelt. Anstatt einen gesonderten Platz für eine bestimmte Zielgruppe zu schaffen, sollen die bereits etablierten Betreuungsplätze¹ flexibler gestaltet werden, um auf individuelle Bedarfe einzugehen. Gleichzeitig wurde dazu geforscht, wie Hilfsorganisationen dazu beitragen können, die alltägliche ambulante Pflege in Krisen- und Katastrophensituationen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

Das IZEW hatte die Konsortialleitung inne und nahm neben der ethischen Analyse übergeordnete Fragestellungen in den Blick. Pflege und Katastrophenschutz existieren bisher oft ohne Austausch oder Berührungspunkte nebeneinanderher. Hier gilt es gemeinsame Kooperationsformen zu etablieren. Darüber hinaus spielten aber auch Analysen zur Beziehung von Alltag und Ausnahme eine zentrale Rolle. Außerdem wurden Fragen zur Ausgestaltung von Kritischer Infrastruktur (KRITIS) behandelt. So scheint es etwa sinnvoll, auch Fürsorge-Beziehungen als Teil der KRITIS zu begreifen. Im Bereich Ethik wurde die Frage nach einer gesellschaftlich wünschenswerten Verteilung von Verantwortung analysiert. Auch ein Rechtsgutachten war an die Forschung des IZEW angegliedert. Der Gastbeitrag von Prof. Dr. Erik Hahn in diesem Sammelband fasst dieses Gutachten zusammen und bricht die rechtlichen Fragestellungen für Sachsen-Anhalt, wo sich die Modellregion des Forschungsprojekts befand, herunter.

1 Eine Beschreibung von Betreuungsplätzen finden Sie im Beitrag „Versorgung von Pflegebedürftigen in Krisen und Katastrophen“.

Der Forschungsverbund AUPIK verfolgte in seinen Arbeiten einen zweistufigen Ansatz. Zunächst sollte die pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit gestärkt werden. Hierzu galt es Pflegedienste in die Lage zu versetzen, Alltagssituationen – auch mit Unterstützung von Katastrophenschutzstrukturen – besser bewältigen zu können. Angesichts der Heterogenität der Betreuungsarrangements ist die Aufrechterhaltung der alltäglichen Versorgungsstrukturen und damit die Pflege in der eigenen Häuslichkeit das oberste Ziel der Forschungsarbeiten. Für den Fall, dass dies nicht mehr möglich sein sollte, machten sich die Verbundpartner*innen daran, Möglichkeiten für eine vorübergehende zentrale Betreuung zu erarbeiten.

2. Katastrophenschutz und Pflege: Leben in zwei Welten

Wie bereits erwähnt haben die Strukturen von Katastrophenschutz und Pflege bisher kaum Berührungspunkte. Mehr noch – sie arbeiten fast schon in unterschiedlichen Welten: Während sich der Katastrophenschutz routiniert mit der Bearbeitung von Ausnahmesituationen befasst, geht die ambulante pflegerische Versorgung grundsätzlich von einem Alltagsszenario aus, das nur wenig Raum für Redundanzen und Verzögerungen vorsieht. In den Strukturen des Katastrophenschutzes gibt es bisher keine flächendeckend etablierten Verfahren zur Versorgung von Personen mit Pflegebedarf. Auch kann ein in der Breite ehrenamtlich organisierter Katastrophenschutz eine professionelle pflegerische Versorgung nicht leisten. Dass dieser Umstand erkannt wurde, zeigt die im Rahmen der Neuausrichtung des BBK (2021: 5) geplante Wiederaufnahme der Ausbildung von Pflegehilfskräften in der Bevölkerung. Aber auch mit diesen unterstützenden Kräften wird keine ausreichende pflegerische Versorgung allein durch die Strukturen des Bevölkerungsschutzes zu gewährleisten sein. Auf der anderen Seite ist die Bewältigung von Ausnahmesituationen bis hin zu Krisen und Katastrophen für die pflegerischen Versorgungsstrukturen nur ein untergeordnetes Thema, das in der Abarbeitung der alltäglichen Aufgaben kaum Platz hat. Aus dieser Situation ergibt sich im Bedarfsfall eine potenzielle Versorgungslücke, wenn Pflegedienste nicht mehr betreuen können, Institutionen des Katastrophenschutzes aber nicht einspringen können.

3. Die steigende gesellschaftliche Bedeutung von Pflege

Dieses Schnittstellenproblem kann im Katastrophenfall dazu führen, dass die etablierten Versorgungsstrukturen ausfallen und die pflegerische Versorgung von An- und Zugehörigen neu organisiert werden muss. Aufgrund des anhaltenden demografischen Wandels steigt auch die generelle Zahl pflegebedürftiger Menschen rasch an. So ist zwischen 2017 und 2019 ein Zuwachs von 21 Prozent auf nunmehr 4,1 Millionen Menschen zu verzeichnen (Destatis 2020: 9). Mit etwa 3,3 Millionen Personen leben vier von fünf Menschen mit Pflegebedarf in ihrer Häuslichkeit. Zwar wird mehr als jede zweite pflegebedürftige Person auch im Alltag allein durch ihre An- und Zugehörigen gepflegt. Jedoch ist auch die Zahl derer, die von ambulanten Pflegekräften betreut wurden, weiter gestiegen. Zuletzt wurden mehr 980.000 Personen in der eigenen Häuslichkeit von ambulanten Pflegediensten mitversorgt

(ebd.: 9; 19). Allein diese Zahlen zeigen die Bedeutung der häuslichen pflegerischen Langzeitversorgung, die allzu oft gesellschaftlich nahezu unsichtbar erfolgt.

Dies gilt auch für den wachsenden Markt der ambulanten Pflegedienste. Die gestiegene Nachfrage nach pflegerischer Unterstützung wird gegenwärtig von etwa 14.700 Pflegediensten bedient, von denen etwa zwei Drittel in privater Trägerschaft sind.² Allein die ambulante pflegerische Arbeit wird von mehr als 420.000 Beschäftigten erbracht, die zu fast 70 Prozent in Teilzeit arbeiten (ebd.: 12). Knapp 800.000 weitere Personen arbeiten in Pflegeheimen (ebd.: 16). Wie offensichtlich sich hier auch Fragen der Geschlechtergerechtigkeit stellen, ist allein daraus ablesbar, dass sowohl die Mehrzahl der gepflegten Personen als auch die Mehrzahl der Pflegedienstbeschäftigten weiblich sind.

Der bloße Blick auf die Zahlen zeigt, dass das deutsche Pflegesystem in erster Linie Pflege als Privatsache ansieht, die vom sozialen Umfeld der pflegebedürftigen Personen geleistet wird. Die professionelle pflegerische Versorgung ist eine – wenngleich auch an Bedeutung gewinnende – Ergänzung zu diesem System (Theobald/Luppi 2018). Dabei zeigt sich gerade in der ambulanten pflegerischen Versorgung ein kleinteiliger und damit äußerst dezentraler Markt. Diese Struktur sowie die mangelnde Institutionalisierung des Pflegebereiches haben in der Vergangenheit zu dessen Schattendasein in gesundheitspolitischen, aber auch in sicherheitspolitischen Debatten beigetragen. Diese Stellung wird der gesellschaftlichen Bedeutung der pflegerischen Versorgung offenkundig nicht gerecht.

4. Erhöhung der Resilienz von Pflegestrukturen

Auch die Bundesregierung hat die Notwendigkeit einer resilienten pflegerischen Versorgung in ihrer Resilienzstrategie aus dem Juli 2022 erkannt (BMI 2022). Auch wenn Resilienz als schillerndes Schlagwort zunehmend die Sicherheitsdebatten dominiert, reicht die bloße Forderung nach Resilienz nicht aus (Krüger 2019a). Vielmehr sind diese Forderungen gerade dort problematisch, wo sie nur Zielmarken setzen und die adressierten Strukturen und Personen darüber im Unklaren lassen, wie diese Zielstellungen eigentlich erreicht werden können. Eine solche Politik wäre lediglich eine Verantwortungsübertragung und sicherlich keine Hilfe auf dem Weg zu einer wirklich resilienteren Gesellschaft (Joseph 2018; Evans/Reid 2014). Vielmehr bedarf es hierfür der aktiven Stärkung der beteiligten Strukturen. Die Mitarbeiter*innen des Forschungsverbunds AUPIK wollen mit diesem Band den Grundstein für die Deckung dieses Bedarfs legen. Hierzu wird sowohl die Seite der ambulanten Pflege als auch die der Katastrophenschutzstrukturen beleuchtet. Ausgehend von den im Verlauf des Forschungsprozesses identifizierten Defiziten und Bedarfen werden dabei Wege zur Stärkung der pflegerischen Versorgung in Krisen und Katastrophen aufgezeigt. Dabei zeigen die Beiträge in diesem Band, dass ein Anpassungsprozess von beiden Seiten notwendig ist.

So gilt es einerseits auf der pflegerischen Seite Handlungskompetenzen für die Bewältigung von Alltagsstörungen bis hin zu größeren Schadenslagen zu entwickeln. Hierfür wurden im Projekt konkrete Schulungsinhalte, aber auch ein organisatorischer Notfallplan zur Demonstration einer eventuellen

² Das restliche Drittel verteilt sich auf 32 Prozent der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft und ein Prozent der Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft (Destatis 2019: 12).

Umsetzung entwickelt. Im Wissen darum, dass auch im Katastrophenfall nicht spontan kompetente Versorgung aus anderen Strukturen heraus zu erwarten ist, gilt es die alltäglichen pflegerischen Versorgungsarrangements so gut wie möglich zu stärken und hierfür die geeigneten Materialien zur Verfügung zu stellen.

Andererseits sollten sich aber auch die Strukturen des Katastrophenschutzes auf die Betreuung von Personen mit Pflegebedarf einstellen. Hierfür wurden im Konsortium Arbeitshilfen für die Schaffung entsprechender Möglichkeiten erarbeitet. Ziel ist es dabei nicht, dass die Strukturen des Katastrophenschutzes allumfassend die pflegerischen Aufgaben übernehmen sollen, sondern dass sie vielmehr als Unterstützung der pflegerischen Strukturen der alltäglichen Versorgung fungieren – sei dies in der Stärkung der dezentralen Arbeit der ambulanten Pflegedienste oder aber in der Bereitstellung entsprechender Versorgungsmöglichkeiten im Rahmen eines Betreuungsplatzes.

Hieraus ergibt sich eine neue Arbeitsteilung zwischen Pflegediensten und Katastrophenschutzstrukturen, die weniger eine strikte Trennung als vielmehr ein Verständnis für die Potenziale, aber auch für die Grenzen der jeweiligen Systeme und gemeinsame Kooperation, verlangt.

5. Strukturelle Voraussetzungen schaffen

Diese Kooperationen sind jedoch anspruchsvoll. Insofern gilt es diejenigen Voraussetzungen zu schaffen, die ein solches verzahntes Tätig-Werden erst ermöglichen. Die Arbeiten im Verbundprojekt AUPIK haben gezeigt, dass Hilfsmechanismen für Krisen und Katastrophen auf robusten alltäglichen Systemen fußen müssen. Diese Erkenntnis erscheint recht intuitiv. Dennoch ist sie bisher noch viel zu selten Gegenstand von katastrophenschutzpolitischen Debatten. Wir dürfen Krise und Alltag nicht dichotom denken, sondern als miteinander verbundene Zustände. Dafür müssen wir von einer Verengung des Blicks auf Katastrophen Abstand nehmen und vielmehr die alltäglichen Probleme und die existierende Fragilität betrachten.

Eine so geweitete Perspektive stellt die Frage nach der Kritikalität von Infrastrukturen neu. Sie wagt es zu verhandeln, welche Strukturen für wen unter welchen Bedingungen als kritisch zu bewerten sind (Folkers 2018). Eine solche Perspektive sollte zudem die Angemessenheit der Ressourcen umfassen, die den jeweils als kritisch betrachteten Infrastrukturen zur Verfügung stehen. Viele Weichenstellungen, die die gesellschaftliche Resilienz beeinflussen, gilt es aus dem Alltag heraus zu tätigen (Collier/Lakoff 2015; Krüger 2019b). Mitunter scheinen diese Entscheidungen gar nicht primär sicherheitspolitischer, sondern vielmehr sozialpolitischer oder gesundheitspolitischer Natur zu sein.

6. Kontextualität beachten – Forschen in der Modellregion

Dies sind jedoch nur scheinbare Widersprüche. Denn die Steigerung der gesellschaftlichen Resilienz ist kein isoliert ressortpolitisches Unterfangen. Ganz im Gegenteil geht es um die mannigfaltigen Interdependenzen in komplexen Systemen (Chandler 2014). Diese Komplexität erfordert ein regierungs-

technisches Umdenken hin zur Stärkung der Anpassungsfähigkeit und damit der Flexibilität der jeweiligen Strukturen.

Für diese komplexen Strukturen gibt es keine pauschalen Lösungen. Vielmehr gilt es die jeweiligen Kontexte zu berücksichtigen, in denen sich die einzelnen Akteur*innen bewegen. Allein ein oberflächlicher Blick auf die unterschiedlichen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen, auf ihre unterschiedlichen Betreuungsarrangements und auf die Kleinteiligkeit der ambulanten Pflegebranche offenbart die Vielfältigkeit der Kontexte, in denen pflegerische Versorgung stattfindet. Darüber hinaus unterliegen die Strukturen in Pflege und Katastrophenschutz dem Föderalismus. Insbesondere im Katastrophenschutz sind daher die jeweiligen Regelungen verschieden. Aber auch die Institutionalisierung der Pflege ist – wie mit Blick auf die in einigen Bundesländern entstehenden Pflegekammern deutlich wird – nicht bundesweit einheitlich organisiert.

Insofern schien es uns bereits in der Planung des Verbundprojekts ratsam, dass wir unsere Forschung auf eine Modellregion fokussierten. Als Modellregion hatten wir die Stadt Magdeburg ausgewählt, in der aufgrund der zurückliegenden Hochwasserereignisse in Sachsen-Anhalt bereits ein immenser Erfahrungsschatz mit der Bewältigung von Extremsituationen vorhanden war. Auch wenn das Konsortium im Projektverlauf aufgrund der Pandemie seltener als erhofft in Magdeburg vor Ort sein konnte, hat der Bezug auf die Gegebenheiten vor Ort und den sachsen-anhaltinischen Regelungsrahmen dem Projekt eine konkrete Verankerung der Forschungsergebnisse ermöglicht. Wir sind allen Akteur*innen, sowohl aus der Pflege als auch aus dem Katastrophenschutz, für ihre Unterstützung sehr dankbar.

7. Auf dem Weg zu einem integrierten Ansatz

Der vorliegende Band vereint unterschiedliche Perspektiven aus Katastrophenschutz und Pflege miteinander. Das allein ist bereits ein Fortschritt auf dem Weg zu vernetzten Lösungen. Die Beiträge sind jedoch mehr als das: Sie sind das Resultat eines dreijährigen Austauschprozesses, der gegenseitiges Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Akteur*innen förderte. Dieser Prozess zeigte ebenso, wo bisherige Strukturen trotz aller Bestrebungen einen veränderten Handlungsrahmen benötigen. Vor allem zeigte der Prozess, dass das Forschungsprojekt AUPIK nur ein Anfang auf dem Weg hin zu einer resilienteren pflegerischen Versorgung sein kann. Die Ergebnisse dieses Anfanges finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln dieses Bands.

Literaturverzeichnis

BBK (2021): Stärkung des Bevölkerungsschutzes durch Neuausrichtung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/neuausrichtung.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am: 23.09.2022.

BMI (2022): Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022–2030, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Sendai-Katrima/deutsche-strategie-resilienz-lang_download.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt geprüft am: 30.11.2022.

Chandler, David (2014): Resilience. The Governance of Complexity (= Critical Issues in Global Politics, Band 7), Abindon, Oxon, New York: Routledge.

Collier, Stephen J./Lakoff, Andrew (2015): »Vital Systems Security: Reflexive Biopolitics and the Government of Emergency«, in: *Theory, Culture & Society*, 2 (32), S. 19–51.

Destatis (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=C9714004C3EFD8821BE7DD24E2B46633.internet8711?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am: 05.01.2021.

Evans, Brad/Reid, Julian (2014): *Resilient Life. The Art of Living Dangerously*, Cambridge: Polity Press.

Folkers, Andreas (2018): »Was ist kritisch an kritischer Infrastruktur? Kriegswichtigkeit, Lebenswichtigkeit, Systemwichtigkeit und die Infrastrukturen der Kritik«, in: Jens I. Engels/Alfred Nordmann (Hg.), *Was heißt Kritikalität? Zu einem Schlüsselbegriff der Debatte um Kritische Infrastrukturen*, Bielefeld: transcript, S. 123–154.

Joseph, Jonathan (2018): *Varieties of Resilience. Studies in Governmentality*, Cambridge: Cambridge University Press.

Krüger, Marco (2019a): »Building Instead of Imposing Resilience: Revisiting the Relationship Between Resilience and the State«, in: *International Political Sociology*, 1 (13), S. 53–67.

— (2019b): »Resilienz. Zwischen staatlicher Forderung und gesellschaftlicher Förderung«, in: Marco Krüger/Matthias Max (Hg.), *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*, Bielefeld: transcript, S. 57–75.

Krüger, Marco/Max, Matthias (2019): »Über Bedarfe, Sichtbarkeit und die Voraussetzungen einer resilienten Bevölkerung«, in: Marco Krüger/Matthias Max (Hg.), *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*, Bielefeld: transcript, S. 25–40.

MD Bund (2022): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011, zuletzt geändert am 09.11.2022, https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Expertenstandards_113/20221222_MuG_ambulante_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am: 28.03.2023.

Theobald, Hildegard/Luppi, Matteo (2018): »Elder care in changing societies: concurrences in divergent care regime – a comparison of Germany, Sweden and Italy«, in: *Current Sociology*, 4 (66), S. 629–642.

3. Katastrophenschutz & Pflege

Pflegebedürftige in Krisen und Katastrophen – Das Forschungsprojekt AUIK

*Andreas Langner, Luisa Habel & Wanda Hartmann Busse
von Colbe, DRK e. V. – Generalsekretariat*

1. Herausforderungen für die bedarfsorientierte Versorgung Pflegebedürftiger in Krisen und Katastrophen

Krisen und Katastrophen, wie die Coronapandemie und die Flutkatastrophe 2021 belasten zunehmend Infrastrukturen alltäglicher Versorgung und stellen damit insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen vor große Herausforderungen. Dies gilt vor allem für die wachsende Anzahl ambulant pflegebedürftiger Personen, deren Versorgungssituation bereits im Alltag angespannt und daher während Krisen und Großschadenslagen besonders gefährdet ist (Roßnagel 2013). Trotz dieses hohen Gefahrenpotenzials findet das Thema der ambulanten Pflege im Katastrophenschutz kaum Beachtung, weder in der Ausbildung noch in der materiellen Ausstattung (Max und Schulze 2022). Informationen über Pflegebedürftige oder deren Bedarfe sind für den Katastrophenschutz größtenteils unbekannt. Die hohe Krisenanfälligkeit der ambulanten Pflegestrukturen und ihre schwache Verankerung im Katastrophenschutz sind der Ausgangspunkt für das Projekt „Aufrechterhaltung von ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“ (AUIK). Dieses verfolgt das übergeordnete Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung ambulant Pflegebedürftiger in Krisen und Katastrophen zu gewährleisten.

Der folgende Abschnitt verortet das Projekt in der Sicherheitsforschung des Deutschen Roten Kreuzes e. V. (DRK). Im dritten Teil des Textes wird das Forschungsprojekt nebst Arbeitsschritten, der hier angewandten Methodik und der assoziierten Modellregion ausführlich vorgestellt. Im anschließenden vierten Teil werden die Ergebnisse in Kürze dargestellt und ein kurzes Fazit gezogen, welches die Forschungsergebnisse in einen breiteren Kontext einordnet.

2. AUIK im Kontext der DRK-Sicherheitsforschung

Das Team Risikomanagement, Sicherheitsforschung und Innovationstransfer des DRK-Generalsekretariates ist seit 2009 aktiv in der nationalen und internationalen Sicherheitsforschung und behandelt ein weites Spektrum an Fragen der öffentlichen Sicherheit, des Risikomanagements sowie des Trans-

fers von Innovationen in die Praxis des Bevölkerungsschutzes. Mit seinen vielfältigen Forschungsprojekten begleitet es den operativen Katastrophenschutz wissenschaftlich und generiert ganzheitliche Strategien für eine effektive Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Diese basieren auf praxisnahen Konzepten und Maßnahmen zur Vernetzung von Hilfeleistungsstrukturen und Alltagssystemen zwecks Unterstützung oder temporären Ersatzes alltäglicher Versorgungsinfrastrukturen im Falle von Krisen und Katastrophen. So trägt die DRK-Forschung zu einem bedarfsgerechten und an aktuelle Entwicklungen angepassten Bevölkerungsschutz bei, mit dem Ziel, die Resilienz von Strukturen der Daseinsvorsorge und somit der Gesellschaft als Ganzes in Alltag und Krise zu stärken. Die Ergebnisse werden fortlaufend in die operativen Einsätze des DRK transferiert sowie in der Schriftenreihe „Schriften der Forschung“ gebündelt.

Mithilfe des Forschungsprojekts „Einbindung von Helfern im Krisenmanagement“ (**ENSURE**; 2013–2016) wurden pilothafte Aus- und Fortbildungskonzepte zur effektiven Einbindung ungebundener Helfer in die Krisenbewältigung geschaffen. Um diese Forschungsergebnisse zu erweitern, hat das Projekt „Verringerung sozialer Vulnerabilität durch freiwilliges Engagement“ (**INVOLVE**; 2015–2018) Konzepte und Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Krisenbewältigung entwickelt. Diese basiert auf einer kontinuierlichen und strukturierten Kooperation des Betreuungsdienstes mit Strukturen alltäglicher Versorgung. Das Forschungsprojekt „Resilienz durch sozialen Zusammenhalt – die Rolle von Organisationen“ (**ResOrt**; 2017–2020) analysierte eingehend das Potenzial sozialen Zusammenhaltes bei der Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Auf dieser Basis wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, um den sozialen Zusammenhalt und damit den Bevölkerungsschutz durch die strukturierte Zusammenarbeit von Katastrophenschutzorganisationen, Wohlfahrtsverbänden, Nachbarschaftsorganisationen und Kommunen zu stärken. Das europäische Forschungsprojekt „Aufbau der Resilienz in der europäischen Gemeinschaft“ (**BuildERS**; 2019–2022) beschäftigte sich eingehend mit der Komplexität von Vulnerabilität. Es wurde festgestellt, dass Vulnerabilitäten stark individuell, situativ und dynamisch sind. Diese Merkmale von Vulnerabilität müssen für eine effektive Krisenbewältigung berücksichtigt werden und finden Verwendung in zukünftiger Forschung und operativer Tätigkeit. Im Projekt „Resilienz und Evakuierungsplanung für sozioökonomische Infrastrukturen im medico-sozialen Kontext“ (**RESiK**; 2019–2023) wurde die Versorgung von Patientinnen und Patienten in- und außerhalb der kritischen Infrastruktur Krankenhaus während Krisen und Katastrophen untersucht. Basierend auf der engen Zusammenarbeit von Katastrophenschutz- und Krankenhausstrukturen sowie relevanten sozialräumlichen Akteurinnen und Akteuren liefert RESiK erstmals Konzepte und Maßnahmen für die Evakuierung von Krankenhäusern und die bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten in dezentralen Ausweicheinrichtungen.

Mit dem Projekt „Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“ (**KOPHIS**; 2016–2019) fokussierte sich die DRK-Forschung auf die Stärkung der Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastruktur durch Unterstützungsangebote für pflegende An- und Zugehörige. Diese umfassen Maßnahmen zur Förderung der Selbst- und Nachbarschaftshilfe durch die Vernetzung von An- und Zugehörigen innerhalb ihres eigenen sozialen Umfelds sowie mit relevanten Akteurinnen und Akteuren aus den Bereichen Katastrophenschutz, Pflege und Zivilgesellschaft. Durch eine effektive Einbettung in Unterstützungsnetzwerke sollen pflegende An- und Zugehörige besser auf Krisen und Katastrophen vorbereitet und während Großschadenslagen unterstützt werden.

Das Forschungsprojekt AUIPK knüpft an KOPHIS sowie die hier dargestellten Forschungsprojekte an, greift die gewonnenen Erkenntnisse auf und entwickelt diese weiter. Im Folgenden werden das Projekt und die für dessen Erarbeitung geleisteten Schritte näher dargelegt.

3. Das Forschungsprojekt AUIPK

Im Rahmen von AUIPK arbeitete die DRK-Sicherheitsforschung von Mai 2020 bis Juni 2023 mit den Projektpartnerinnen und -partnern des Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Universität Tübingen, dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie der Verlagsgesellschaft Vincentz Network GmbH & Co KG zusammen.

Dementsprechend gliederte sich das Forschungsprojekt in vier Teilvorhaben. Das IZEW widmete sich dabei vornehmlich dem Teilprojekt „Resilienz und Ethik“. Der Schwerpunkt lag hierbei bei der Identifikation und Entwicklung von ethisch akzeptablen Wegen für ambulante Pflegestrukturen zur Bewältigung von Krisen und Katastrophen sowie politikwissenschaftlichen Perspektiven auf resiliente Sorgestrukturen in Krisen. Der Fokus des IGPW richtete sich auf das Teilvorhaben „Sicherheit und Pflege“ und beleuchtete aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, wie dezentral agierende ambulante Pflegedienste auf Krisen und Katastrophen vorbereitet sind. Maßgeblich war hier die Frage, wie diese Vorbereitungen optimiert und die Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements sowie der Patientinnen- und Patientensicherheit gewährleistet werden können. Dem Vincentz Verlag kam im Teilprojekt „Entwicklung und Transfer“ die Aufgabe zu, Demonstratoren und Bildungsmaterial sowohl für Katastrophenschützerinnen und -schützer als auch für Pflegekräfte auf Grundlage der Forschungsergebnisse zu erstellen. Das Teilprojekt „Sicherheit und Katastrophenschutz“ innerhalb AUIPKs wurde vom DRK durchgeführt und setzt an der Schnittstelle von ambulanten Pflegediensten und Katastrophenschutzstrukturen an.

Um die Praxisnähe der entwickelten Empfehlungen zu gewährleisten und zu testen, erfolgte die Projektentwicklung anhand eines konkreten Krisenszenarios und der vielschichtigen Modellregion Magdeburg sowie in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl assoziierter Partnerinnen und Partner wie dem DRK Landesverband Sachsen-Anhalt.

3.1 Die Modellregion Magdeburg

Magdeburg als Landeshauptstadt Sachsen-Anhalts wurde aus unterschiedlichen Gründen als Modellregion gewählt. Sie bietet als Großstadt mit einer Vielzahl an ambulanten Pflegearrangements nicht nur die Möglichkeit, die entwickelten Empfehlungen zu testen, sondern auch als regionales Oberzentrum mit seinen angrenzenden Landkreisen Jerichower Land, Salzlandkreis und Börde urbane und ländliche Spezifika zu untersuchen. Dies ermöglicht eine bundesweite Übertragbarkeit der hier entwickelten praktischen Maßnahmen und Empfehlungen. Das DRK verfügt außerdem mit dem assoziierten Landesverband Sachsen-Anhalt über ausgezeichnete Netzwerke in den Bereichen Katastrophenschutz und Pflege vor Ort, welche ideale Bedingungen boten, um Unterstützungsbedarfe in beiden Bereichen zu identifizieren und konkrete Empfehlungen zu entwickeln.

Die Projektforschung orientierte sich zudem am Szenario eines mehrtägigen Stromausfalls in der Winterzeit, um die Robustheit und Praxistauglichkeit zu testen. Ein Stromausfall gilt als ein realistisches Krisenszenario (Petermann et al. 2013) und birgt insbesondere für Pflegebedürftige in ihrer Häuslichkeit ein hohes Gefahrenpotenzial (Max und Schulze 2022). So ist im Krisenfall die Kommunikation mit und physische Erreichbarkeit von ambulant Pflegebedürftigen teils stark eingeschränkt bzw. unterbrochen. Zudem ist die ambulante Pflege oft von großen technischen Abhängigkeiten (bspw. Beatmungsgeräten, Hausnotrufen) bei gleichzeitigem Fehlen wichtiger Redundanzen wie Notstromversorgung geprägt. Erschwerend kommen witterungsbedingte Problemlagen wie der Ausfall von Heizvorrichtungen hinzu.

Um eine Übertragbarkeit auf andere Kommunen und Strukturen des Katastrophenschutzes zu ermöglichen, wurde das Teilprojekt „Sicherheit und Katastrophenschutz“ im Verlauf der Forschung vom Szenario des Stromausfalls sowie der Modellregion wo nötig abstrahiert.

3.2 Das Teilprojekt „Sicherheit und Katastrophenschutz“

In diesem Abschnitt werden die Zielsetzung des Teilprojekts „Sicherheit und Katastrophenschutz“ und die erfolgten Arbeitsschritte detailliert dargestellt.

Das Teilprojekt „Sicherheit und Katastrophenschutz“ fokussierte sich auf die differenzierte Analyse des Unterstützungspotenzials von Hilfsorganisationen für die Versorgung von ambulanten Pflegeinfrastrukturen während Krisen und Katastrophen anhand mehrerer Leitfragen. Zum einen stellte sich die Frage, wie der Katastrophenschutz dazu beitragen kann, die ambulante Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Diesem Sachverhalt liegt die Überzeugung zugrunde, dass ambulant Pflegebedürftige in ihrer Häuslichkeit am besten versorgt werden können. Allerdings gibt es Krisen- und Katastrophenszenarien, in welchen eine Überführung der ambulanten Strukturen in zentrale Einrichtungen unausweichlich ist. Die zweite Leitfrage war daher, wie temporäre Ersatzleistungen geschaffen werden können, um Pflegebedürftige in Betreuungsplätzen bedarfsgerecht zu versorgen, bis sie in ihre Häuslichkeit zurückkehren oder alternativ versorgt können. Ausgehend von dem Ansatz eines sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes war dabei von besonderem Interesse, mit welchen Akteurinnen und Akteuren sich der Katastrophenschutz im Vorfeld einer Krise vernetzen kann, um die Aufrechterhaltung und den Ersatz ambulanter Pflegeinfrastrukturen zu leisten.

Das Fundament hierfür bildete die zu Beginn des Projekts durchgeführte Theoriearbeit. Hier wurden der nationale und internationale Forschungsdiskurs sowie bereits vorhandene Konzepte und Lösungsansätze zum Thema Katastrophenschutz und Pflege zusammengetragen. Diese wurden anschließend in einem umfangreichen Theorieworkshop mit den pflegewissenschaftlichen und ethischen Perspektiven der Konsortialpartnerinnen und -partner gespiegelt. So wurde ein theoretischer Rahmen für die weitere Projektarbeit geschaffen, welcher auf die Modellregion und das Krisenszenario angewandt wurde. Am Ende dieses Forschungsabschnitts standen eine theoriebezogene Bedarfsanalyse des Katastrophenschutzes hinsichtlich der Unterstützung von Gesundheitsstrukturen sowie eine Konzeption für anschließende empirische Erhebungen.

In einem zweiten Schritt wurde die empirische Arbeit im Rahmen qualitativer Sozialforschung umgesetzt. Semistrukturierte, explorative Leitfadeninterviews mit verschiedenen DRK-Expertinnen und -experten

bildeten dabei die Datenbasis. Ganz im Sinne des komplexen Hilfeleistungssystems sollten sich diese aus verschiedenen Katastrophenschutzstrukturen des DRK zusammensetzen.

Insgesamt wurden 15 leitfadengestützte Interviews geführt. Der Fokus lag auf vergangenen Einsatz-erfahrungen, in denen Pflegebedürftige versorgt werden mussten. Von besonderem Interesse war dabei die Kooperation des Katastrophenschutzes mit externen Akteurinnen und Akteuren, zumeist aus der Pflegebranche. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anschließend software-gestützt durch einen offenen Kodierungsprozess analysiert. Als Zwischenergebnis wurde in diesem Projektabschnitt ein Fähigkeiten- und Bedarfsprofil des Katastrophenschutzes in Bezug auf die vor-handenen Kapazitäten zur Unterstützung ambulanter Pflegeinfrastrukturen entwickelt. In einem internen Projektworkshop wurden die Ergebnisse der empirischen Forschung zusammengetragen und ein disziplinenübergreifender Istzustand über Versorgungsprobleme von Pflegebedürftigen während Krisen und Großschadenslagen beschrieben.

Der dritte Projektabschnitt hatte die Konzeption des Soll-Prozesses zum Ziel. Zu diesem Zweck wurde ein Runder Tisch zum Thema ambulante Pflege unter Krisenbedingungen in der Modellregion Magdeburg organisiert. Für den Runden Tisch wurden rund 30 Teilnehmende aus den Bereichen ambulante Pflege und Katastrophenschutz sowie den Ordnungs- und Sicherheitsbehörden eingeladen. Ziel des Runden Tisches war es, die Teilnehmenden für die Situation der Pflege während Krisen und Katastrophen zu sensibilisieren, Vorstellungen zur Zusammenarbeit und Vernetzung von Katastrophenschutz und Pflege zu entwickeln sowie mögliche Maßnahmen zu identifizieren, um die Situation von Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit während Krisen und Katastrophen zu verbessern.

Basierend auf den empirischen Erhebungen wurde im vierten Projektabschnitt das Hauptaugenmerk auf die Entwicklung von konkreten Maßnahmen für den Katastrophenschutz gelegt, die zur Unter-stützung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophen dienen sollen. Dies umfasst Maßnahmen zur sozialräumlichen Vernetzung, zur Aufrechterhaltung der dezentralen pflegerischen Versorgung und zur Schaffung von Ersatzleistungen im Falle einer temporären Versorgung Pflege-bedürftiger in Betreuungsplätzen innerhalb des „Einsatzabschnitts Pflege“. Diese Maßnahmen wurden in einem stetigen Rückkopplungsprozess unter Einbezug verschiedener DRK-Expertinnen und -experten erarbeitet, um den praxisnahen Charakter der Forschung zu unterstreichen. Die hieraus abgeleiteten Empfehlungen wurden schließlich in Sensibilisierungs-, Informations- und Bildungsmaterialien für Katastrophenschützerinnen und -schützer überführt.

Der fünfte Arbeitsschritt diente vor allem der Evaluation der verschiedenen Praxismaterialien. Hier-für wurden die erarbeiteten Materialien in Workshops, bei Vorträgen und in Gruppendiskussionen vor-gestellt und von erfahrenen Katastrophenschützerinnen und -schützern evaluiert. In einem stetigen Anpassungsprozess wurden die Materialien somit möglichst praxisnah entwickelt und auf die Bedürf-nisse der Zielgruppe zugeschnitten, um ihre Anwendungsmöglichkeit sicherzustellen.

Um die Projektergebnisse einem möglichst breiten Publikum zur Verfügung zu stellen, wurde ein digitaler Demonstrator geschaffen, welcher, interaktiv aufbereitet, einen Überblick über die Kernaus-sagen und Innovationen des Forschungsprojekts liefert. Weiterhin wurden die Erkenntnisse aus AUIPK in einem Band der etablierten DRK-Schriftenreihe „Schriften der Forschung“ zusammengetragen.

Um dem Praxisbezug des Projekts Rechnung zu tragen, bildet umfangreiches Sensibilisierungs-, Informations- und Schulungsmaterial in Form von praxisnahen Arbeitshilfen für die Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes eines der wichtigsten Produkte des Forschungsprozesses. Außerdem wurden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert. Diese sollen notwendige Veränderungen in Zivilgesellschaft, Pflegebranche und Katastrophenschutz anstoßen, um die Versorgung von Pflegebedürftigen künftig zu verbessern. Die Produkte und Erkenntnisse werden fortlaufend auf der Projektwebsite, Fachtagungen, Messen, in den verschiedensten DRK-Gremien und Arbeitsgruppen vorgestellt und somit der Öffentlichkeit sowie gezielt aktiven Katastrophenschützerinnen und -schützern zur Verfügung gestellt.

4. Erkenntnisse aus AUIPK für eine bedarfsorientierte Versorgung Pflegebedürftiger

Die Erkenntnisse aus AUIPK liegen auf der Hand: Für eine Stärkung gesellschaftlicher Resilienz müssen Krise und Alltag künftig zusammen gedacht werden. Nur ein Katastrophenschutz, der sich im Vorfeld mit relevanten Akteurinnen und Akteuren vernetzt, die jeweiligen Bedarfe, Vulnerabilitäten und Fähigkeiten flexibel und situativ erkennt sowie lokale Ressourcen in die eigenen Planungen und Strukturen einbezieht, wird künftige Krisen und Großschadenslagen effektiv und bedarfsgerecht bewältigen können. Diese Erkenntnis findet Realisierung durch drei konkrete Projektergebnisse:

Zum einen wurden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung ambulanter Pflegestrukturen für den Katastrophenschutz ausgearbeitet, beispielsweise im Bereich der Logistik oder Verpflegung. Ferner wurden Übergangskriterien formuliert, wie der Ausfall lebensnotwendiger Unterstützungsmittel, die eine Evakuierung aus der Häuslichkeit in temporäre Ersatzstrukturen unausweichlich machen. Hierfür wurde abschließend das Pilotkonzept „Einsatzabschnitt Pflege“ entwickelt. Dieses formuliert Maßnahmen unter Einbezug lokaler Akteurinnen und Akteure sowie ihrer Ressourcen, wie eine temporäre und bedarfsgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen in zentralisierten Betreuungsplätzen gewährleistet werden kann.

Unter Bezugnahme und Ausführung dieser Ergebnisse erörtert der vorliegende Sammelband Wege zu einer bedarfsgerechten und krisenfesten Pflegeinfrastruktur aus pflegerisch-medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht. So legen beispielsweise Matthias Max und Matthias Schulze mit den Kapiteln „Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Krisen und Katastrophen“ sowie „Bedarfsorientierung im Bevölkerungsschutz“ dezidiert dar, wie durch einen sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz notwendige Anpassungen in der derzeitigen Bewältigung von Krisen und Katastrophen vorgenommen werden können, um vulnerable Gruppen auch in Zukunft bedarfsgerecht zu versorgen.

Literaturverzeichnis

Deutsches Rotes Kreuz (2018): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen« in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen.

Ewers, Michael/Krüger, Marco/Oschmiansky, Heidi: Perspektiven auf die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophenfällen. Theoretische Beiträge aus dem Katastrophenschutz, den Sicherheitsstudien und der Pflegewissenschaft. AUIPK Working Paper 1. In: Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW), Bd. 18.

.....

Max, Matthias/Schulze, Matthias (2022): Hilfeleistungssysteme der Zukunft. Analysen des Deutschen Roten Kreuzes zur Aufrechterhaltung von Alltagssystemen für die Krisenbewältigung. Unter Mitarbeit von Christian Lindemann. 1. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag.

Petermann, Thomas/Bradke, Harald/Lüllmann, Arne/Poetzsch, Maik/Riehm, Ulrich (2013): Was bei einem Blackout geschieht. Folgen eines langandauernden und großflächigen Stromausfalls. 2. Aufl. Berlin: Edition Sigma (Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, 33).

Roßnagel, A. (Hg.) (2013): Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessen. Sicherstellung ambulanter Pflege in ländlichen Regionen bei Extremwetterereignissen. Unter Mitarbeit von B. Blättner, S. Georgy und H. A. Grewe. Kassel: University Press.

Statistisches Bundesamt (2019): Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg475716, zuletzt aktualisiert am 21.08.2019, zuletzt geprüft am 02.02.2023.

Der aktuelle Diskurs zur Katastrophenvorbereitung in der (häuslichen) Pflege

Julia Ballmann, Michael Köhler, Michael Ewers, Charite – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften

1. Einleitung

Nicht erst seit der Covid-19-Pandemie fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass alle Länder multidisziplinäre Strategien und Programme entwickeln, um auf Gefahren durch globale Gesundheitskrisen – sogenannte Public Health Emergencies – künftig besser vorbereitet zu sein (WHO 2019). Auch die Vereinten Nationen fordern seit Langem, dass moderne Gesellschaften sich präventiv auf Krisen und Katastrophen vorbereiten, ihnen mit Umsicht begegnen und ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber derartigen Ereignissen schrittweise ausbauen müssen – so beispielsweise im Sendai Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge (2015–2030) festgehalten (Vereinte Nationen 2015). In diesen Überlegungen der Vereinten Nationen wird dem sogenannten All-Gefahren-Ansatz gefolgt. Dabei wird stets die gesamte Spannweite sowohl von Menschen ausgelöst oder technischer Katastrophen wie auch von Naturkatastrophen in den Blick genommen (BBK 2022). Tatsächlich ist auch hierzulande das Risiko für Krisen und Katastrophen mit zeitlich längeren Einsatzlagen in den letzten Jahren deutlich angestiegen – sei es aufgrund des Klimawandels, häufiger auftretender Extremwetterlagen, sei es wegen der Auswirkungen von Pandemien oder gewaltsamen Konflikten in Europa. Allerdings hatte der Zivil- und Katastrophenschutz seit Ende des „Kalten Krieges“ an Bedeutung verloren (Pohlmann 2015: 79). Erst allmählich wird auch in Deutschland damit begonnen, sich auf die wachsenden und vielfältigen Risiken für die Gesellschaft vorzubereiten und ein hinreichendes Maß an Widerstandsfähigkeit zu entwickeln, um die Sicherheit und Gesundheit der Bevölkerung trotz wachsender Bedrohungen möglichst lange aufrechterhalten zu können (BMI, 2022).

Das Gesundheitswesen erfährt beim Zivil- und Katastrophenschutz stets besondere Aufmerksamkeit – insbesondere Krankenhäuser zählen zu den kritischen Infrastrukturen, die für den Ereignisfall in besonderer Weise vorbereitet und geschützt werden müssen. Die Strukturen der Langzeitversorgung und hier insbesondere die häusliche Pflege und die auf diese Form der alltagsnahen Hilfe angewiesenen Menschen bleiben in den Überlegungen zur Katastrophenvorbereitung allerdings vielfach noch unberücksichtigt. Dabei gelten bei dieser dezentralen Form der Gesundheits- und Sozialversorgung womöglich besonders herausfordernde Bedingungen. Denn einerseits ist dieser Versorgungsbereich schon heute durch hohen Zeit- und Wettbewerbsdruck sowie einen Mangel an Fachkräften geprägt, was die Kapazitäten für die Katastrophenvorbereitung deutlich einschränken dürfte. Andererseits macht die zunehmende Auslagerung von Behandlungsformen und Patientengruppen (z. B. solcher mit Bedarf an Dauerbeatmung, Dialyse oder Infusionstherapien) aus dem stationären in den ambulanten Sektor die Versorgung zu Hause immer komplexer und ist folglich während einer

Katastrophe schwieriger aufrecht-zuerhalten. Erschwerend kommt hinzu, dass über Menschen mit spezifischen Unterstützungsbedarfen im ambulanten Bereich kaum verlässliche Informationen vorliegen (Oschmiansky/Schüsseler/Ditt 2021: 10), weshalb sich die verschiedenen Katastrophenhelfer oder auch Blaulichtorganisationen nur schwer auf sie vorbereiten können. Bei einer ernsthaften Störung der zur Sicherstellung der Versorgung in der Häuslichkeit vorgehaltenen Strukturen (z. B. aufgrund des Ausfalls von Pflegefachpersonen oder der Stromversorgung) müssen dann womöglich Evakuierungen in Betracht gezogen werden. Die Weiterversorgung würde im konkreten Ereignisfall womöglich in Notunterkünften erfolgen müssen, wobei diese Einrichtungen kaum auf diese pflegebedürftigen Menschen mit speziellen Problem- und Bedarfslagen eingerichtet sind.

Eine fundierte, forschungsgestützte Auseinandersetzung mit der Krisenvorbereitung in der häuslichen Pflege und anderen Bereichen der pflegerischen Langzeitversorgung ist in Deutschland somit überfällig. Noch aber fehlt es hierzulande an fundierten Erkenntnissen und einschlägiger Literatur, in der insbesondere pflegewissenschaftliche Perspektiven angelegt und der Wissensstand zu diesem Thema aus der Perspektive dieser Profession und Disziplin erweitert wird. International stellt sich die Situation etwas anders dar, weshalb es sich lohnt, diese Erkenntnisse und Erfahrungen näher zu betrachten.

2. Pflege im Katastrophenfall – Disaster Nursing

In Ländern mit einer professionalisierten und überwiegend hochschulisch qualifizierten Pflege, die zudem häufiger von Katastrophen heimgesucht werden, hat sich eine gewisse Rollenspezialisierung für die professionelle Pflege im Katastrophenfall herausgebildet. Der Auftrag der Pflege im Katastrophenfall – international als „Disaster Nursing“ bezeichnet – kann wie folgt definiert werden:

„Pflege im Katastrophenfall wird durch die Anwendung professioneller pflegerischer Fähigkeiten definiert, um die pflegerischen, körperlichen und emotionalen Bedürfnisse zu erfüllen. Das übergeordnete Ziel ist es, das bestmögliche Gesundheitsniveau für die von einer Katastrophe betroffenen Menschen und die Gemeinschaft zu gewährleisten“ (Santamaria 1995:392).

Die Bandbreite der Aufgaben und Anforderungen, die Pflegefachpersonen bei Krisen und Katastrophen wahrnehmen, ist vielfältig. Dazu zählt beispielsweise das zügige (pflegerische) Einschätzen einer Situation, die Durchführung der sogenannten Triage (Sichtung und Einteilung von Betroffenen), der gezielte Einsatz und gegebenenfalls die Beendigung von Pflegemaßnahmen, die Umgebungseinschätzung, die Minderung von Gesundheitsgefahren, die Prävention von Folgeschäden, die Koordination von informellen Helfern und Helferinnen, die Organisation von Material & Transport, Supervision und Einsatzplanung von Fach- und Hilfspersonal sowie die psychosoziale Unterstützung aller am Geschehen beteiligten Personen (Veenema 2018: 168–169). Neben anspruchsvollen klinischen Aufgaben werden auch koordinierende und edukative Aufgaben von den Pflegefachpersonen wahrgenommen. Dabei wird auf verschiedene Überlegungen zurückgegriffen, von denen einige nachfolgend kurz skizziert werden sollen.

3. Konzeptionelle Dimensionen der Katastrophenpflege

In der internationalen Literatur sind verschiedene Modelle der Katastrophenpflege dokumentiert, die z. T. in unterschiedlichen Kontexten und mit heterogenen Motiven entstanden sind (Ewers/Lehmann 2021: 51–54). Tabelle 1 bietet eine Übersicht zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der verschiedenen derzeit vorliegenden Modelle. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf unterschiedliche Aspekte, Kontexte und Aufgabenbereiche, also beispielsweise auf militärische Katastrophen, Besonderheiten bei Katastrophen in der Langzeitpflege oder auch Fragen der Evakuierung.

Tabelle 1: Disaster Nursing Modelle (Pourvakhshoori/Nager 2015 modifiziert und erweitert nach Ewers/Lehmann 2021)

Modell	Erstautor/in	Jahr	Ausrichtung (Land)
Disaster Nursing Management Model	Jennings-Sanders, Andrea	2004	Gemeindegesundheitspflege (Community Health Nursing), Phasenmodell, Curriculumsentwicklung (USA)
Military Nursing Model	Wynd, Christine A.	2006	Erstreaktion, militärischer Kontext, Einsatz bei gewalttätigen Auseinandersetzungen im In- und Ausland (USA)
Disaster Health Service Management Model	Khankeh, Hamid Reza	2007	Koordination von Teams von Gesundheitsprofessionen, Komplexität als zentrale Herausforderung (Iran)
Rehabilitation Model	Nakhaei, Maryam	2012	Fokus auf Recovery (nach Katastrophen), soziale Dimensionen auf der Ebene von Individuen und Gemeinschaften (Iran)
Disaster Nursing Decision Making Model	Powell-Young, Yolanda	2006	Berücksichtigung (ethischer) Entscheidungsfindungsprozesse, zyklisches Vorgehen, kontextbezogen (USA)
San Diego Disaster Nursing Model	Blake, Sarah C.	2012	Pflegerische Langzeitversorgung, regionale Kooperation und Koordination, Evakuierung von Einrichtungen (USA)
Nursing Homes Evacuation Model	Dobalian, Aram	2010	Reaktion auf Katastrophen / stationäre pflegerische Langzeitversorgung / Evakuierungen (USA)
The HOPE Model for Disaster Nursing	Hugelius, Karin	2019	Katastrophenpflege als Grenzüberschreitung / Phasenmodell / kontextunabhängig (Schweden)

Nicht nur während einer Katastrophe, sondern auch davor und danach übernehmen Pflegefachpersonen katastrophenbezogene Aufgaben. Anknüpfend an den generellen Katastrophenmanagementzyklus beschreibt das vielfach verwendete „Disaster Nursing Management Modell“ vier unterschiedliche Phasen mit jeweils spezifischen Aufgaben (Jennings-Sanders 2004):

- Vorbereitung (z. B. mit Assessments und Planung),
- Bewältigung (z. B. Triage),
- Nachbereitung (z. B. Evaluation) und
- Vorsorge (z. B. Kompetenzerweiterung und Kooperation).

Diesem Regelkreislaufmodell folgend erschöpft sich Katastrophenpflege nicht allein in der Reaktion auf Katastrophen, vielmehr muss sie sich auch vorausschauend mit Planung, Edukation und Netzwerkbildung beschäftigen. Dieses umfassende Aufgaben- und Anforderungsprofil wird auch in einem Rahmenwerk zu den Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege vom Weltbund der Pflegefachpersonen (dem International Council of Nurses, kurz ICN) berücksichtigt (ICN 2019). Hierzu folgen weiter unten noch spezifischere Informationen.

Ein wesentliches Merkmal der Pflege im Katastrophenfall besteht darin, dass Pflegefachpersonen ihre Aufgaben gegebenenfalls nicht mehr in dem gewohnten Setting oder unter den vertrauten Umständen wahrnehmen können (z. B. einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder im Zuhause von Pflegebedürftigen). Vielmehr müssen sie in der Lage sein, ihre pflegerischen Aufgaben auch unter ungewöhnlichen Umständen (z. B. in Turnhallen, in Schutzräumen) oder mit unzureichenden Ressourcen (z. B. ohne ausreichende Pflegehilfsmittel) wahrzunehmen, ohne dabei die Sicherheit und Gesundheit der ihnen anvertrauten Personen zu gefährden. Dabei kann es auch zu Abweichungen von üblichen pflegerischen Qualitätsstandards kommen. In einigen Ländern – beispielsweise den USA – wurden spezielle „Crisis Standards of Care“ entwickelt, die diesen spezifischen Anforderungen entsprechen sollen. Darin ist festgelegt, dass bei einem weitreichenden katastrophalen Ereignis, bei dem die öffentlichen Gesundheitsanbieter überfordert sind und keine Standardversorgung mehr möglich ist, von den üblichen, oftmals gesetzlich definierten Qualitätsstandards und -richtlinien abgewichen werden darf (Minnesota Department of Health 2022). Auf diese Weise soll die Versorgung – wenn gleich unter eingeschränkten Bedingungen – dennoch so lange wie möglich aufrechterhalten werden können. Dabei werden zum Teil auch Erkenntnisse aus der militärischen Gesundheits- und Pflegeforschung auf zivile Einsätze übertragen: So wird gefordert, dass im Ereignisfall zunächst zügig und koordiniert eine Reaktion erfolgen muss, bevor Betroffene stabilisiert und verlegt werden können. Erst dann kann eine Sammlung und Analyse der gewonnenen Erkenntnisse zur allgemeinen Situation und dem Zustand der Hilfebedürftigen und gegebenenfalls die Übergabe an weiterversorgende Instanzen und Einrichtungen erfolgen (Murray 2020: 19).

Internationale Erfahrungen aus dem Bereich der Katastrophenpflege zeigen, dass einzelne Personengruppen mit besonderen Problem- und Bedarfslagen im Ereignisfall besonders hohen Risiken ausgesetzt sind und bei der Katastrophenvorbereitung daher besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Dazu gehören beispielsweise Kinder (Sloand et al. 2012), ältere Menschen mit Kommunikations- oder Mobilitätseinschränkungen (Teramoto et al. 2015), Personen mit aufwendigen medikamentösen Therapien oder auch Menschen in der Hospiz- und Palliativversorgung (Abdel-Kader/Unruh 2009). Hinzu kommt die steigende Zahl von dezentral versorgten Personen, die von lebenserhaltenden Technologien abhängig sind (z. B. invasiv beatmete Personen). Deren spezifische Versorgungsbedarfe im Katastrophenfall werden noch selten in ausreichender Form berücksichtigt. In dem Zusammenhang muss auch das Thema der Evakuierung und der eventuell erforderlichen Unterbringung dieser verschiedenen Personen-

gruppen in Notunterkünften mit bedacht und mit entsprechenden, auch pflegerisch angemessenen Maßnahmen beantwortet werden. Eine Evakuierung bedeutet hierbei eine hohe Belastung für Personal und pflegebedürftige Personen gleichermaßen. Das Vorhalten eines Katastrophenschutzplans, Teamwork und zuverlässiges Personal können sich in einem solchen Fall aber positiv auswirken (Laditka et al. 2009: 60). Auch der vorausschauenden Netzwerkbildung wird – basierend auf vorliegenden Erfahrungen insbesondere aus den USA – eine zentrale Rolle bei der Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen zugeschrieben, nicht zuletzt, um schon im Vorfeld die Aufmerksamkeit aller Beteiligten für das Thema zu erhöhen (Veenema et al. 2016: 196).

Allerdings liegen aus der internationalen Literatur auch Erkenntnisse dazu vor, dass insbesondere ambulante Pflegedienste bisher nur unzureichend lokal vernetzt sind (Laditka et al. 2008: 138). Um dem zu begegnen, gibt es in den USA inzwischen Handreichungen mit Hinweisen zur Netzwerkbildung für die Katastrophenvorbereitung von ambulanten Pflegediensten (Michigan Department of Health and Human Services 2019). Doch auch in langzeitstationären Einrichtungen ist die Vorbereitung häufig unbefriedigend, weshalb auch hier versucht wird, mit Checklisten und der Einführung von Standard-Operating-Procedures (SOPs) Notständen entgegenzuwirken (Centers for Medicare and Medicaid Services 2013: 14–15). Sowohl diese Art der prozessorientierten Vorbereitung als auch Multiplikatoren und Multiplikatorinnen in den jeweiligen Einrichtungen können wichtige Ressourcen bei der Vorbereitung auf einen Katastrophenfall darstellen. Zugleich können sie die Motivation der Mitarbeitenden, sich an der Vorbereitung auf und der Bewältigung von Katastrophen zu beteiligen, erhöhen. Tatsächlich scheint die Motivation von Pflegefachpersonen, bei einer Katastrophe zu arbeiten, je nach Art des Ereignisses unterschiedlich hoch zu sein (Sultan et al. 2020), aber auch die Art und Weise der Vorbereitung auf und Unterstützung bei Krisen und Katastrophen wirkt sich auf die Einsatzbereitschaft der Pflegefachpersonen aus. Die besonderen Herausforderungen bei derartigen Ereignissen sollten daher schon in der Ausbildung thematisiert und in der Weiterbildung regelmäßig aufgegriffen werden (Liou et al. 2020). Ebenso wird die frühzeitige Auseinandersetzung mit Aspekten des Disaster Nursing als wichtig angesehen (Murray 2020: 19), damit Pflegepersonen ihre Rolle und ihren Auftrag verstehen (Rokkas/Cornell/Steenkamp 2014: 61) und sich adäquat auf die Verantwortungsübernahme im Hinblick auf Krisen und Katastrophen vorbereiten zu können. Diese Forderungen scheinen allerdings auch international nicht einheitlich umgesetzt zu werden, weshalb Fragen einer angemessenen Aus- und Weiterbildung in der Katastrophenpflege in der Literatur vielfach diskutiert werden (Labrage et al. 2018: 51–52).

4. Bildungsdimensionen der Katastrophenpflege

Geht es um Bildungsdimensionen in der Katastrophenpflege, dominieren derzeit meist normative Konzepte, das heißt, es werden spezifische Kompetenzen definiert und konsentiert, über die Pflegefachpersonen im Hinblick auf Krisen und Katastrophen mindestens verfügen sollten. Diese Konzepte basieren meist auf Vorerfahrungen mit konkreten Krisen- und Katastrophenfällen und den sich dabei stellenden Herausforderungen.

In dem Zusammenhang sollte insbesondere das zuvor erwähnte Rahmenwerk des ICN zu den Kernkompetenzen für die Katastrophenpflege Aufmerksamkeit erfahren („Core competencies in disaster nursing“). Darin werden einerseits drei Kompetenzstufen für die Katastrophenpflege definiert (ICN 2019). Über die Kompetenzen der Grundstufe eins sollten grundsätzlich alle ausgebildeten Pflegefachpersonen verfügen. Zusätzlich dazu sollten Pflegefachpersonen auf Stufe zwei über erweiterte Katastrophenkompetenzen verfügen, aufgrund derer sie beispielsweise zusätzliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten in Versorgungseinrichtungen oder Settings wahrnehmen können (bspw. als katastrophenschutzbeauftragte Person). Die dritte Stufe umfasst spezialisierte Kompetenzen, die dazu befähigen, auf übergeordneter Ebene auch in Einsatzteams und Krisenstäben eingesetzt werden zu können. Auf allen drei Ebenen werden laut ICN acht Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege benötigt, die in Tabelle 2 beschrieben werden.

Tabelle 2: ICN Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege

1. Vorbereitung und Planung	Geeignete Vorbereitungen zur Erhöhung der Einsatzbereitschaft
2. Kommunikation	Informationsübermittlung und Dokumentation (auch im Katastrophenfall)
3. Störfallmanagement	Notfallpläne und -maßnahmen nutzen können und Struktur des Katastrophenschutzes im Gebiet kennen
4. Sicherheit und Schutz	Sicherheitsstandards einhalten, um Eigenschutz und andere Personen im Krisen- und Katastrophenfall zu gewährleisten
5. Assessment	Informationen über Individuen und Gruppen einholen können und schnelle, handlungsrelevante Einschätzungen vornehmen
6. Intervention	Angemessene Maßnahmen auf Grundlage des Assessments einleiten, die angezeigt und vertretbar sind
7. Wiederherstellung	Zum Funktionsniveau zurückfinden und ggf. ein höheres Niveau erreichen
8. Recht und Ethik	Gesellschaftliche Erwartungen, rechtliche und ethische Richtlinien kennen und sich dementsprechend verhalten

Auf Grundlage dieses Rahmenwerks können einschlägige Aus- und Weiterbildungskonzepte für Pflegefachpersonen erarbeitet und implementiert werden – was international auch vielfach umgesetzt wurde. Inzwischen gibt es – insbesondere in Nordamerika und im Asia-Pazifik-Raum – zudem zahlreiche Bemühungen zur Erfassung der Kompetenzen in der Katastrophenpflege und damit zur Überprüfung der Effekte der verschiedenen Bildungsmaßnahmen. Überwiegend sind diese Aktivitäten auf konkrete Ausbildungskontexte (z. B. Hochschulen und deren Bildungsangebote) oder den akutstationären Bereich und die dort eingesetzten Pflegefachpersonen ausgerichtet. Über welches Kompetenzniveau Pflegefachpersonen verfügen, die in der häuslichen Pflege oder generell in der Langzeitpflege arbeiten, wird dagegen noch vergleichsweise selten ermittelt.

Darüber, ob oder inwieweit die Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege auch in Deutschland in der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen vermittelt werden, liegen derzeit, abgesehen von Einzelfällen, keine verlässlichen Informationen vor. Einige Stimmen fordern bereits seit Längerem, die vom ICN definierten Kompetenzen in der Katastrophenpflege auch hierzulande systematisch und flächendeckend zu vermitteln und deren Vorhandensein und Verbreitung anschließend gezielt zu evaluieren (Görres et al. 2010). Andere Stimmen verweisen dagegen darauf, dass Bildungskonzepte anderer Länder nicht einfach auf die Pflege in Deutschland übertragen werden können – zu unterschiedlich sind die hiesigen Qualifizierungswege, Anforderungen und Rahmenbedingungen der Pflege (Grochtdreis et al. 2016: 7–9). So geht das Rahmenwerk des ICN von einem Aufgaben- und Verantwortungsprofil von Pflegefachpersonen aus, das von dem in Deutschland vergleichsweise weit entfernt ist. Viele darin vorgesehene Aufgaben dürfen hierzulande aufgrund abweichender berufsrechtlicher Regelungen allenfalls unter ärztlicher Aufsicht bzw. auf Delegationsbasis von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Die professionelle Autonomie und Expertise sind in der deutschen Pflege oft deutlich geringer ausgeprägt, als dies in anderen Ländern häufig der Fall ist (Lehmann et al. 2019).

Ungeachtet dieser Unterschiede in den Qualifizierungswegen und -anforderungen, sind in der internationalen Literatur weitere Anregungen dazu zu finden, wie Pflegefachpersonen auf ihre Aufgaben im Zusammenhang mit Krisen und Katastrophen besser vorbereitet werden können. So wurde 2015 in Europa das „Disaster Training Curriculum“ (ditac) entwickelt, das multiprofessionell ausgerichtet ist und grundsätzlich in allen Ländern Europas anwendbar sein soll (Khorram-Manesh et al. 2015). Am Berner Bildungszentrum Pflege wird seit einiger Zeit ein Nachdiplomkurs „Pflege im Katastrophenfall“ angeboten (vgl. <https://www.bzpflege.ch/>), der seinerzeit auf Anregung der Schweizer Armee entstanden ist und auf den Erfahrungen eines 35-köpfigen Konsortiums basiert. Daneben finden sich auch in Deutschland zahlreiche Einzelinitiativen von diversen Verbänden und Organisationen (z. B. aus dem Bereich des Katastrophenschutzes) zur besseren Vorbereitung von Pflegefachpersonen auf Krisen und Katastrophen. In der Literatur werden mehr oder weniger aufwendige Schulungen, fallbasiertes Arbeiten oder Selbstlerneinheiten erwähnt, andere plädieren hingegen für Simulationen als effektivste Methode zur Erhöhung der Kompetenzen im Umgang mit Katastrophen, so auch das ditac Konsortium. Möglichst realitätsnahe Simulationen versprechen einen hohen Lernerfolg und den Erwerb von Handlungskompetenzen. Da Stress in Extremsituationen die kognitive Leistungsfähigkeit einschränken kann, soll mithilfe von Simulationen die Kompetenz entwickelt und gefördert werden, im Ernstfall handlungsfähig zu bleiben (Insil et al. 2020: 195). Allerdings sind Simulationstrainings aufwendig und kostenintensiv in der Durchführung. Welche Bildungsmaßnahmen daher am effektivsten und wirtschaftlichsten sind, um zu einer Erhöhung der Katastrophenkompetenz von Pflegefachpersonen beizutragen, ist auch international weiterhin umstritten (Said/Chiang 2020). Unzweifelhaft ist hingegen, dass bei Bildungsmaßnahmen zur Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen stets die ggf. heterogenen Lernvoraussetzungen der an den Maßnahmen beteiligten Personen und die spezifischen Kontextbedingungen der Bildungsmaßnahmen im jeweiligen Land und Setting berücksichtigt werden müssen. Zudem wären auch die spezifischen Anforderungen und Kontextbedingungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen mitzudenken – so beispielsweise auch die in der häuslichen Pflege und generell der Langzeitversorgung. Insbesondere mit Blick auf diesen Versorgungs-

bereich ist beispielsweise noch vielfach ungeklärt, wer für die meist mehr oder weniger aufwendigen Qualifizierungsangebote verantwortlich sein sollte und wer die dafür erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen bereitstellen kann. Vor allem kleine Pflegeeinrichtungen dürften oftmals kaum in der Lage sein, Bildungsangebote zur Katastrophenpflege für die bei ihnen tätigen Pflegefachpersonen zu entwickeln und eigenständig durchzuführen. In vielen Fällen dürften sie bei diesen Aufgaben auf übergeordnete Organisationen, Bildungseinrichtungen, Behörden und Verbände angewiesen sein (Centers for Medicare and Medicaid Services 2013).

5. Professionspolitische Dimensionen der Katastrophenpflege

International hat die Pflege als Heilberuf und Gesundheitsdisziplin oft schon einen höheren Status, weitreichendere Kompetenzen und deutlich mehr Einfluss, als dies hierzulande der Fall ist (Lehmann et al. 2019). Dementsprechend wird ihre Expertise zuweilen auch in Gremien und Einrichtungen mit Verantwortung für den Zivil- und Katastrophenschutz aktiv gesucht und eingebunden – sei es auf kommunaler, regionaler oder auch nationaler Ebene. Dabei handelt es sich vielfach um Pflegefachpersonen, die in der Tradition des sogenannten „Public Health Nursing“ und „Community Health Nursing“ stehen und bei ihren Aktivitäten eine vorwiegend gesundheits- und bevölkerungsorientierte Perspektive einnehmen (WHO 2017: 4). Auf diese Weise können die Belange von Menschen mit Pflegebedarf oder anderen speziellen Bedarfslagen, pflegerischen Aspekte sowie die besonderen Herausforderungen bei der Krisen- und Katastrophenvorbereitung in den diversen Pflegeeinrichtungen stärker berücksichtigt werden. Doch obwohl es unter anderem aus diesem Grund mancherorts inzwischen üblich ist, Pflegefachpersonen mit Expertise in der Katastrophenpflege in Krisen- und Katastrophenteams einzubinden, wird auch international von einschlägiger Seite eine noch stärkere politische Mitbestimmung der Pflege gefordert (Veenema et al 2016; Labrague et al. 2018).

In Deutschland haben diese Forderungen noch kaum Gehör gefunden. Weder gibt es hierzulande eine mit anderen Ländern vergleichbare Auseinandersetzung mit Fragen und Aspekten der Katastrophenpflege in der Versorgungs- und Bildungspraxis, der versorgungs- und pflegepolitischen Diskussionen oder auch der entsprechenden Forschung und Entwicklung, noch sind Pflegefachpersonen mit entsprechender Expertise in der Katastrophenpflege in einschlägigen Organisationen und Gremien des Zivil- und Katastrophenschutzes mit Sitz und Stimme vertreten. Tatsächlich ist die Pflege in Deutschland im Zivil- und Katastrophenschutz bis dato kaum politisch sichtbar in Erscheinung getreten (Ewers/Lehmann 2021: 56). Dabei wurde u. a. im Rahmen der Covid-19-Pandemie deutlich, wie wichtig die Perspektive der Pflege und wie wichtig der Pflegesektor insgesamt ist, wenn es angesichts wachsender Risiken für Krisen und Katastrophen die Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung zu schützen und zu wahren gilt (Dichter et al. 2020). Das Vorhaben, dem künftig zu begegnen und den Anschluss an internationale professionspolitische Positionen wie auch an die Expertise in der Katastrophenpflege zu finden, sollte daher künftig mehr Aufmerksamkeit erfahren. Inwieweit die in den Koalitionsverträgen der Bundesregierung 2021 und in einigen Bundesländern vorgesehene, sich an internationalen Vorbildern orientierende Einführung von „Community Health Nurses“ (Stanhope/Lancaster 2015: 15) künftig dafür genutzt werden kann, die Pflege mitsamt ihren Möglichkeiten auch im Zivil- und Katastrophenschutz

sichtbarer werden zu lassen und die Resilienz von Personen und sozialen Systemen – darunter auch in der häuslichen Pflege – gegenüber Krisen und Katastrophen systematisch zu erhöhen, wird sich erst noch weisen müssen (Ewers/Lehmann 2021: 78).

6. Fazit

Die internationalen Erkenntnisse und Erfahrungen aus Pflegepraxis, Pflegebildung und Pflegewissenschaft sind für den Diskurs über eine bessere Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen in Deutschland generell wichtig, vor allem aber im Hinblick auf die pflegerische Versorgung im Allgemeinen und die häusliche und stationäre Langzeitpflege im Besonderen. Es ist daher an der Zeit, die vorliegenden Erkenntnisse und Erfahrungen systematisch aufzubereiten, differenziert mit Blick auf ihre Wirkungen zu bewerten und sorgfältig auf ihre Übertragbarkeit auf die hiesige Ausgangssituation und die hier geltenden Kontextbedingungen zu überprüfen. Dabei wird sich nicht alles, was international von der Pflege im Zusammenhang mit Krisen und Katastrophen derzeit schon geleistet wird oder grundsätzlich geleistet werden könnte, ohne Weiteres auf die hiesigen Verhältnisse übertragen lassen. Dafür unterscheiden sich, wie bereits erwähnt, die Qualifizierungsvoraussetzungen, der berufsrechtlich definierte Aufgaben- und Verantwortungsrahmen, der Status und die Einflussmöglichkeiten der Pflege in Deutschland zu sehr von den Ausgangsbedingungen in anderen Ländern. Dennoch werden die vorliegenden Erkenntnisse und Erfahrungen als Orientierung dafür genutzt werden können, den spezifischen Herausforderungen in der häuslichen Pflege und Langzeitversorgung von Menschen mit besonderen Problem- und Bedarfslagen im Hinblick auf das wachsende Krisen- und Katastrophenrisiko besser als bislang begegnen zu können. Eine wesentliche Voraussetzung dafür dürfte es allerdings sein, die zuvor aufgezeigten Aufgaben in der Kompetenzentwicklung der Pflegefachpersonen systematisch anzugehen und die Rolle und Verantwortung der Pflege im Zusammenhang mit Krisen und Katastrophen strukturell und nachhaltig zu stärken. Dazu würde auch gehören, pflegerische Perspektiven und die spezifische Expertise dieser Gesundheitsprofession mehr als bislang zu würdigen und gezielt für den Zivil- und Katastrophenschutz in Deutschland nutzbar zu machen.

Literaturverzeichnis

Abdel-Kader, Khaled/Unruh, Mark Lynn (2009): Disaster and end-stage renal disease: targeting vulnerable patients for improved outcomes, in *Kidney International*, 75 (11), S. 1131–1133.

BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2022). KRITIS-Gefahren. https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Kritische-Inf-rastrukturen/KRITIS-Gefahrenlagen/kritis-gefahrenlagen_node.html, zuletzt geprüft am 22.12.22.

BMI – Bundesministerium des Innern und für Heimat (Hg.) (2022): Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030). Der Beitrag Deutschlands 2022–2030.

Centers for Medicare and Medicaid Services (2013): Emergency Preparedness Checklist Recommended Tool for Effective Health Care Facility Planning. US Department of Health and Human Services. <https://www.lifespan-network.org/sites/default/files/EmergencyPreparednessChecklist.pdf>, zuletzt geprüft am 05.12.22.

- Dichter, Martin et al. (2020): Pflege ist systemrelevant – nicht nur in Corona-Zeiten. Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland von: Bundespflegekammer, Dekanekonferenz Pflegegemeinschaft e. V., Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. <https://www.vpuonline.de/wp-content/uploads/Gemeinsame-Stellungnahme-zum-internationalen-Jahr-der-Pflegenden-und-Hebammen-1.pdf>, zuletzt geprüft am 22.12.22.
- Ewers, Michael/Lehmann, Yvonne (2021): Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege Literatursynthese & Bibliografie. Berlin: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Working Paper No. 21-02.
- Görres, Stefan et al. (2010): Global Disaster Management and Nursing: Welche Aufgaben haben Pflegendende in der Katastrophenhilfe?, in *Die Schwester Der Pfleger*, 49 (6), S. 580–582.
- Grochtdreis, Thomas et al. (2016): Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review, in *South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH)*, 7 (1).
- ICN – International Council of Nurses (2019): Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 22.12.22.
- Insil, Jang et al. (2020): Educational needs and disaster response readiness: A cross-sectional study of clinical nurses, in *Journal of Advanced Nursing* 77 (1), S. 189–197.
- Jennings-Sanders, Andrea (2004): Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model, in *Nurse Education in Practice*, 4(1), S. 69–76.
- Khorrman-Manesh, Amir et al. (2015): Education in Disaster Management and Emergencies: Defining a New European Course, in *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9 (3), S. 245–255.
- Labrague, Leodoro J. et al. (2018): Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature, in *International Nursing Review*, 65 (1), S. 41–53.
- Laditka, Sarah B. et al. (2008): Disaster preparedness for vulnerable persons receiving in-home, long-term care in South Carolina, in *Prehospital and Disaster Medicine*, 23 (2), S. 133–142; discussion 143.
- Laditka, Sarah B. et al. (2009): Resilience and challenges among staff of gulf coast nursing homes sheltering frail evacuees following Hurricane Katrina, 2005: implications for planning and training, in *Prehosp Disaster Med*, 24 (1), S. 54–62.
- Lehmann Yvonne et al. (2019). *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?* Stiftung Münch (Hg.). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Liou, Shwu-Ru et al. (2020): An Exploration of Motivation for Disaster Engagement and Its Related Factors among Undergraduate Nursing Students in Taiwan, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (10), S. 3542.
- Michigan Department of Health and Human Services (2019): Home Health Emergency Preparedness: A Handbook to Assist Home Health Care Providers in Emergency Preparedness Planning. https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder18/finalhome_health_emergency_preparedness_pl_2final.pdf?rev=b38ba7a-51b174ae79b2e4888c95b31bb, zuletzt geprüft am 22.12.22.
- Minnesota Department of Health (2022): Crisis Standards of Care. <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/index.html>, zuletzt geprüft am 22.12.22.
- Murray, John S. (2020): History of Disaster Nursing, in Cathrine. J. Goodhue & Nancy Blake (Hg.), *Nursing Management of Pediatric Disaster*, Cham: Springer Nature Switzerland, S. 7–24.
- Oschmiansky, Heidi/Schüsseler, Marianne/Ditt, Marcel (2021): Zusammenarbeit von Katastrophenschutz und ambulanten Pflegediensten, in Marco Krüger/Michael Ewers/Heidi Oschmiansky (Hg.), *Perspektiven auf die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophenfällen. Theoretische Beiträge aus dem Katastrophenschutz, den Sicherheitsstudien und der Pflegewissenschaft*. Tübingen: Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW).
- Pohlmann, Kristine (2015): Bundeskompetenzen im Bevölkerungsschutz, in Hans-Jürgen Lange/Christoph Gusy (Hg.), *Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz*. Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 79–124.
- Pourvakhshoori, Negar et al. (2017): Nursing in disasters: A review of existing models, in *International Emergency Nursing*, 31(1), S. 58–63.

- Rokkas, Philippa/Cornell, Victoria/Steenkamp, Malinda (2014): Disaster preparedness and response: challenges for Australian public health nurses – a literature review, in *Nursing & Health Sciences*, 16 (1), S. 60–66.
- Said, Nizar B./Chiang, Vico C. L. (2020): The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review, in *International Emergencies Nursing*, 48, S. 100806.
- Santamaria, B. (1995): *Nursing in Disaster*, in Claudia M. Smith & Frances A. Maurer (Hg.), *Community Health Nursing. Theory and Practice*, Philadelphia: Saunders, S. 383–400.
- Sloand Elizabeth et al. (2012): Nursing children after a disaster: A qualitative study of nurse volunteers and children after the Haiti earthquake, in *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17 (3), S. 242–253.
- Stanhope, Marcia/Lancaster, Jeanette (2015): *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community*. Elsevier Health Sciences.
- Sultan, Mohammed Ali Sultan et al. (2020): Emergency Healthcare Providers' Perceptions of Preparedness and Willingness to Work during Disasters and Public Health Emergencies, in *Healthcare (Basel)*, 8 (4), S. 442.
- Teramoto, Chie et al. (2015): Identifying Residents' Health Issues Six Weeks after the Great East Japan Earthquake, in *Public Health Nursing*, 32 (6), S. 654–661.
- Veenema, Tener G. (2018): *ReadyRN: Handbook for Disaster Nursing and Emergency Preparedness*. Elsevier – Health Sciences Division.
- Veenema, Tener G. et al. (2016): Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response. A Call to Action, *Journal of Nursing Scholarship* 48(2), S. 187–200.
- Vereinte Nationen (Hg.) (2015): *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030*. Büro der Vereinten Nationen für die Verringerung des Katastrophenrisikos (UNDRR).
- WHO (2017): Patient safety. Making health care safer. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/who-his-sds-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 22.12.22.
- WHO (2019): Health, Emergency and Disaster Risk Management Framework. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 22.12.22.

Sicherheit und Pflege gemeinsam denken: Ambulante Pflege als kritische Infrastruktur?

*Katharina Wezel, Marco Krüger, Universität Tübingen –
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften*

1. Resiliente ambulante Pflege – ein Sicherheitsthema?

Im Krisenfall gibt es keinen magischen Koffer, der hervorgezogen werden kann und aus welchem wir eine Parallelstruktur aufbauen können, die für unsere Grundbedürfnisse sorgt. Und trotzdem, die Grundbedürfnisse des Menschen, Hunger, Durst, das Bedürfnis nach Sicherheit, ein Dach über dem Kopf, medikamentöse Versorgung und selbstverständlich auch jede Form von Sorgearbeit müssen und sollten bestmöglich geschaffen und weitergeführt werden, selbst wenn Krisen auftauchen. Das bedeutet, Strukturen der Sicherheit und der Sorge sind gleichermaßen zentral, um Katastrophen gut bewältigen zu können.

Professionalisierte Sorgearbeit, wie beispielsweise die ambulante pflegerische Versorgung, wird spätestens seit der Coronapandemie nicht mehr konsequent von Fragen ziviler Sicherheit und Katastrophenschutz getrennt. Diese Entwicklung ist wünschenswert, denn sie spiegelt eine Verbindung wider, die im Kern seit jeher naheliegend ist: Die Sicherheit von Gesellschaften und die Bewältigung von Krisen hängt maßgeblich davon ab, wie gut Sorgearbeit organisiert und gefestigt ist (Wezel/Krause, i. E.). Mit anderen Worten: Eine Krise kann kurzfristig und vor allem langfristig nur durch resiliente Sorgestrukturen überwunden werden. Die ambulante Pflege ist eine dieser Sorgestrukturen und die Verknüpfung von Pflege mit guter Katastrophenvorsorge das Kernstück der Arbeiten in AUPIK. Noch zu Beginn der Krise wurden Pflegepersonen als Heldinnen und Helden der Krisenbewältigung beklatscht. Der Künstler Banksy kreierte ein Bild, auf dem ein Kind seine Puppe in Superheldinnen-Krankenschwesterkostüm fliegen lässt (BBC 2020). Die Priorisierung des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) ist ein weiteres gutes Zeichen, denn die bestmögliche Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, auch in schweren Ausnahmesituationen und bis hin zu Katastrophen, ist zweifelsohne ein erstrebenswertes Ziel. Und dennoch wird durch die Linse der Gesundheitskrise „Corona“ ebenfalls deutlich, dass dieses gesellschaftserhaltende Gewicht von Pflege nur von kurzer Sichtbarkeit war und längst nicht konsequent mit Katastrophenvorsorge verknüpft wird. Im Gegenteil, die Soziologin Villa Braslavsky (2020) kritisiert, dass dieses kurzzeitige Bewusstsein der Relevanz von Pflege für die Resilienz einer gesamten Gesellschaft in Krisenzeiten nicht dazu geführt hat, diese endlich langfristig zu stärken.

Konkret bedeutet dies, dass vor einer Krise wie Corona im Normalfall davon ausgegangen wurde, dass Pfleger und Pflegerinnen pünktlich und zuverlässig ihren Schichtdienst antreten konnten. Diese Logik ist seit der Pandemie infrage gestellt worden, denn wenn die Kinderbetreuung dieser Fachperson nicht ebenfalls gewährleistet werden konnte, so fielen Pflegefachpersonen in ihrer regulären

Arbeit ebenfalls aus. Die pflegerische Struktur und damit die gesundheitliche Grundversorgung in Deutschland kam beachtlich schnell ins Wanken und zeigte eindrücklich, dass professionalisierte wie privat organisierte Sorgearbeit, wie beispielsweise ambulante Pflege, mitnichten nur eine Frage der Arbeitsorganisation oder Privatangelegenheit ist, sondern gesamtgesellschaftlich relevant. An diesem Punkt setzten die ethisch-politikwissenschaftlichen Arbeiten in AUPIK an. Ausgehend davon, dass häusliche pflegerische Versorgung fundamental wichtig ist für das Funktionieren gesellschaftlicher Ordnung in Krisen, kommt man nicht umhin, sich zu fragen, warum Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) diese Zentralität in der Katastrophenvorsorge und -arbeit bislang so wenig priorisiert haben?

Wir führen diese Unsichtbarkeit und die damit verbundene Randständigkeit von Pflege im Sicherheitsdenken darauf zurück, dass Pflege nicht als kritische Infrastruktur, als KRITIS, wahrgenommen wird und folglich nicht priorisiert wird. Was zunächst wie eine kleine Stellschraube wirkt, die einfach gedreht werden könnte, wird bei genauerer Betrachtung aber beachtlich komplex. Können wir nicht Pflege als kritische Infrastruktur definieren? Das wäre ein erster Schritt. Viel zentraler ist aber, dass in der öffentlichen Wahrnehmung ambulante Pflege nicht als gesellschaftliche und sicherheitsrelevante Struktur behandelt wird. Stellen wir die Frage, wessen Sicherheit in der Katastrophenvorsorge in Deutschland wahrgenommen wird, fällt auf, dass eine Abweichung von der Norm – durch Pflegebedarf, Selbsthilfefähigkeit oder auch sprachlich-kulturelle Faktoren – dazu führt, dass im Krisenfall immer dieselben Menschen vergessen werden: Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf. Das muss sich dringend ändern. Wir schlagen dafür konkret eine care-ethische Perspektive auf Gesundheitssicherheit vor, die dabei hilft, Verantwortlichkeiten für den Krisenfall festzumachen.

2. Ambulante Pflege als gesellschaftserhaltende Größe

Neben ihrer massiven gesundheitlichen Dimension hat die Corona-pandemie also aufgezeigt, dass beispielsweise Erzieher, Erzieherinnen und Pflegefachpersonal von zentraler Bedeutung für das Funktionieren einer Gesellschaft sind. Ihr zahlreicher Wegfall, ob wegen Krankheit oder aufgrund anderweitiger Sorgeverpflichtungen, bringt das gesundheitliche Versorgungssystem (noch weiter) ins Ungleichgewicht. Denn bei aller Priorisierung des Gesundheitsbereichs ist es vor allem die Verfügbarkeit von Personal und Helfenden, die für eine gelingende Krisenbearbeitung notwendig ist. Pflege ist damit sicherheitsrelevant im Krisenkontext. Schmerzlich bewusst wurde dies ebenfalls im pandemischen Jahr 2020, als zwar deutschlandweit ausreichend technische Mittel wie Beatmungsgeräte vorhanden waren, jedoch nicht das geschulte Fachpersonal, um sie zu bedienen (Müller 2020). In Zeiten eines massiven Pflegenotstandes, der im Krisenfall verstärkt hervortritt, wird deutlich erkennbar, dass Care – Sorgen, professionelle Sorgearbeit – ein Grundpfeiler ist, der dafür sorgt, dass Gesellschaften sicher stehen. Sprechen wir also über resiliente Gesellschaften, so stellt sich die Frage danach, welche Grundpfeiler dieser Gesellschaft zugrunde liegen und wie resilient diese einzelnen Grundpfeiler wiederum selbst sind. Das gilt auch für Care.

So ist Care im pandemischen Krisengeschehen „aus den Schatten herausgetreten“ (Fine/Tronto 2020: 302) und zeigt im übertragenen wie im wörtlichen Sinne, dass die Standhaftigkeit und Resilienz

gesellschaftlicher Strukturen von guter Sorgearbeit abhängen: „Care ist lebensnotwendig, auch im physiologischen, körperlichen Sinne“ (Villa Braslavsky 2020: 434). Pflege, insbesondere die ambulante Pflegeinfrastruktur, genauer gesagt die Langzeitversorgung von gepflegten Menschen in ihrer Häuslichkeit, stellt einen Großteil der gesundheitlichen Infrastruktur in Deutschland dar. Und doch können im Rahmen der Coronapandemie diesbezüglich zwei Spannungsfelder festgestellt werden, die sich auch während der pandemischen Lage wenig bis gar nicht verändern ließen: Zunächst beschränkt sich die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit sowie von BOS in der Regel auf zentrale Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie Krankenhäuser oder Pflegeheime. Das ist naheliegend, denn diese infrastrukturellen Knotenpunkte sind im wahrsten Sinne des Wortes gut sichtbar und werden im Falle von Krankenhäusern auch automatisch mit Notfällen in Verbindung gebracht. Im Pflegesektor entsprechen diese Knotenpunkte, selbst Alten- und Pflegeheime, allerdings nicht der gelebten Realität der meisten Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf. In Deutschland ist eine zunehmende „Ambulantisierung“ (Pröbl et al. 2019), also eine Verschiebung der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung ins Private und in die Häuslichkeit, zu verzeichnen. Demnach wird pflegerische Langzeitversorgung heutzutage und in zunehmendem Maße nicht mehr an zentralen Orten durchgeführt, sondern ist durch kleinteilig zergliederte ambulante Pflegedienste und individuell ausgestaltete Kombinationen aus Diensten, An- und Zugehörigen oder Nachbarschaftshilfen organisiert. Trotz der fortschreitenden „Ambulantisierung“ der medizinischen Versorgung spielen allerdings dezentrale Strukturen, wie häusliche Versorgung, in der Debatte zum Schutz gesundheitlicher Infrastrukturen, und damit im Katastrophenschutzalltag, nur eine untergeordnete Rolle. Darüber hinaus fokussiert sich diese Aufmerksamkeit überwiegend auf den medizinischen Teil des Gesundheitssektors, wobei pflegerische Versorgungsstrukturen trotz ihrer zunehmenden Komplexität, gestiegenen Anforderungen und der unscharfen Trennung zu medizinischen Aufgaben vernachlässigt werden. Diese Vernachlässigung schlägt sich – in der Pandemie besonders folgenreich – auch im Bereich des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes nieder, der insbesondere die häusliche pflegerische Langzeitversorgung weitgehend unbeachtet lässt.

Dabei ist diese Erkenntnis, gewonnen aus den empirischen Arbeiten des AUIPK Projekts, selbst schon ein erster wichtiger Schritt: Die Thematisierung der Resilienz des ambulanten Langzeitpflegesektors als Sicherheitsinfrastruktur hilft, sie nicht mehr als randständiges Einzelproblem eines Arbeitsfelds, sondern als gesamtgesellschaftliche Frage von krisenfester Ordnung zu begreifen. Fachkräftemangel ist demnach kein Einzel- oder sektorales Problem. Vielmehr destabilisieren diese Dynamiken die Grundpfeiler gesellschaftlicher Resilienz im übergeordneten Sinne. Wie im „Dampfdrucktopf“ (Fine/Tronto 2020) verstärkt eine Krise diese bereits bestehenden Probleme im Care-Sektor um ein Vielfaches. Der Pflegenotstand, verstärkt durch krankheitsbedingte Ausfälle von Personal und durch das Wegfallen von Kinderbetreuung für Pflegefachpersonal während der Coronapandemie beispielsweise, führte zur schnellen Ermüdung und Burnout einzelner Personen im Care-Sektor. Rai, Hoskyns und Thomas (2014) sprechen hierbei von der Problematik der sozialen Reproduktionsarbeit, also von dem Punkt, ab welchem mehr Sorgearbeit geleistet wird, als Ressourcen zurück in diese Sorgestrukturen gebracht werden (personell, finanziell, zeitlich). Das bedeutet, dass Personen, die in diesen Arbeitsfeldern tätig sind, zu wenig finanzielle und soziale Wertschätzung erfahren, im Ausnahmezustand der Krise zusätzlich ermüden, möglicherweise Burnout erleiden oder sich aus dem System heraus entwickeln. Noch wichtiger ist hierbei, dass diese Erschöpfung nicht nur das Leben Einzelner auf der

Micro-Ebene, sondern gesamte Institutionen, wie Familien, Gemeinschaften und zusammengenommen ganze Gesellschaften negativ beeinflusst und destabilisiert. Die Resilienz und das Funktionieren von ambulanter pflegerischer Versorgung als Struktur im Krisenfall sind also zentral für die Bewältigung einer Lage, sei dies eine globale Pandemie oder ein lokales Hochwasser. Wie kommt es also, dass diese Relevanz von Pflege als gesellschaftserhaltende Größe – besonders im Sicherheitskontext – immer noch nur punktuell wahrgenommen wird?

3. Was (oder wer) ist kritisch im Krisenfall?

Um diese Frage zu beantworten, kehrte das AUPIK-Projekt zu grundlegenden Fragen der Kritikalität und der Sicherheitsethik zurück.

Kritikalität umschreibt die gesellschaftliche Priorisierung einzelner Strukturen – Infrastrukturen –, die für den Fortbestand einer Gesellschaft als am zentralsten wahrgenommen werden. Genauer gesagt galten Infrastrukturen historisch betrachtet dann als kritisch, wenn sie als kriegsentscheidend eingestuft wurden (Folkers 2018). Im heutigen BOS-Verständnis sprechen wir allerdings von KRITIS, von kritischen Infrastrukturen. Dabei ist die Frage danach, welche Infrastruktur als kritisch erachtet wird, keine unpolitische oder unproblematische. Die Frage danach, welche Infrastruktur – und somit welche dieser Infrastruktur angebotenen Personen und Bedürfnisse – gesellschaftlich als kritisch gelten, folgt keinem natürlichen oder objektiven Maßstab. Vielmehr ist die bloße Definition einer Infrastruktur als kritisch ein Ausdruck von Wertfragen. Stellt sie doch die Frage, welche Bedarfe als schützenswert anerkannt werden, welche im Gegenzug als vernachlässigbar gelten und welche überhaupt gar nicht erst gesehen werden und damit Berücksichtigung finden können (Krüger 2019a).

Darüber hinaus betrachten sicherheitsethische Fragestellungen Sicherheit als einen Wert innerhalb einer Gesellschaft. Dieser Wert steht in Abwägung zu anderen Werten, wie beispielsweise Freiheit oder Privatheit. Sicherheit steht aus dieser Perspektive allen Menschen zu, aber sie wirft auch immer Machtfragen auf und ist immer ambivalent, muss in Abwägung zu anderen Werten stehen und auch situativ neu abgewogen werden (Ammicht Quinn et al. 2017). Ethik im Anwendungsgebiet der Katastrophenvorsorge und -bewältigung „stellt damit zum einen die Frage nach richtigem Handeln in Konfliktsituationen“ (Ammicht Quinn 2019:19). Im Krisenfall ist also aus dieser Perspektive nicht automatisch ersichtlich, wie eine gewisse Sicherheitsmaßnahme, beispielsweise die Evakuierung von häuslich beatmeten Personen oder die Art der Unterbringung gepflegter Personen in spontan errichteten Versorgungszentren, ausgestaltet werden muss. Stattdessen hilft eine sicherheitsethische Perspektive, unterschiedliche Abwägungsfragen für Problemlösungen in den Raum zu stellen:

- Ab wann wird evakuiert und wie lange ist der Verbleib in der Häuslichkeit zwar nicht unproblematisch, aber für das Wohlbefinden demenziell erkrankter Personen einer Evakuierung vorzuziehen?
- Wer wird priorisiert behandelt bei einer möglichen Evakuierung?
- Welche Art der Unterbringung ist für gepflegte Personen in einer Krisensituation angemessen, beispielsweise unter Berücksichtigung von Privatsphäre oder medizinischer Versorgung?

.....

Dies sind Beispiele für Fragen, die im Krisenkontext jederzeit auftauchen können, die aber einen explizit ethischen Charakter besitzen, denn sie stellen die Frage nach der Abwägung unterschiedlicher Werte und Dringlichkeiten. Andererseits stellt die sicherheitsethische Perspektive die Frage nach dem guten Leben, also: „In welcher Gesellschaft wollen wir leben?“ (Ammicht Quinn 2020: 19) Letztere bringt uns dazu, die eigene Perspektive selbst im schnelllebigen Krisenalltag zu hinterfragen. Es ist demnach auch in Krisen nicht ausreichend, ausschließlich eine größtmögliche Anzahl an Menschen retten und versorgen zu wollen. Der Anspruch sollte ebenfalls sein, Menschen zu retten, die sich nicht selbst helfen können, nicht jene zurückzulassen, die schwer erreichbar sind oder deren weitere Unterbringung und pflegerische Versorgung uns im Chaos einer Hochwasserlage vor Herausforderungen stellt. Für diese Problemstellungen gilt es im Vorhinein einer Krise Lösungen zu bedenken und der erste Schritt dahin ist die Anerkennung dessen, dass diese Bedürfnisse von nicht selbsthilfefähigen, hilfsbedürftigen Personen im Katastrophenfall existieren und auch gerechtfertigt sind.

4. KRITIS – die ambulante Pflege als Nicht-Infrastruktur

Kehren wir also zur Frage zurück, wieso die ambulante pflegerische Langzeitversorgung in Deutschland immer noch überwiegend getrennt gedacht wird von Sicherheitsmaßnahmen und Katastrophenmanagement, liegt die Frage nahe, ob diese Infrastruktur denn überhaupt als kritisch wahrgenommen und auch behandelt wird. Die punktuelle Sichtbarkeit (Klatschen, Berichterstattung) von Pflege im Pandemiekontext ließ hoffen – und dennoch taucht insbesondere die häusliche pflegerische Versorgung immer noch nur als randständiger Punkt auf der Agenda von BOS auf, wie die Erhebungen in AUPIK deutlich aufzeigen. Betrachtet man den deutschen Sicherheitsdiskurs zu kritischer Infrastruktur und deren Schutz, wird ersichtlich, dass bisherige Verständnisse in Forschung wie Praxis überwiegend auf den Erhalt von Infrastrukturen fokussieren, die für die Bevölkerung als Ganzes von Bedeutung erscheinen. So definiert das Gesetz über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI-Gesetz) Bereiche der kritischen Infrastruktur, die in einer Rechtsverordnung (BSI-KritisV) genauer ausdifferenziert werden. Nach dieser Logik gelten insbesondere Energie- und Wasserinfrastruktur, aber auch Dienstleistungen wie Ernährung, polizeiliche Gefahrenabwehr und Finanzwesen als kritisch (BBK 2020: 38). Nach den terroristischen Angriffen 9/11 wurde die Diskussion zum Schutz kritischer Infrastrukturen zunehmend politisiert und gegenüber Naturkatastrophen, technischem Versagen oder Kriminalität in den Fokus genommen (BMI 2009: 7). Der Schutz kritischer Infrastrukturen ist heute so auch elementarer Bestandteil des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe (ZSKG) (Fekete et al. 2019: 17). Eine einheitliche Definition des Begriffs der KRITIS in Wissenschaft und Praxis existiert nicht. Allerdings zeichnen sich gemeinsame Linien ab, wonach aufgrund deren „Ausfall oder Beeinträchtigung nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit oder andere dramatische Folgen eintreten würden“ (BMI 2009: 3). Unterschieden wird dabei in materielle Infrastrukturen, aber auch in kritische Dienstleistungen wie Gesundheitsdienstleistungen (Europäische Kommission 2006). Der Annahme des ersten Kapitels folgend, dass pflegerische Arbeit und Versorgung als gesellschaftserhaltende und damit krisenrelevante Größe gelten sollte und der gelebten Erfahrung nach auch als solche praktiziert wird, sollte sich diese Relevanz also auch in Reflexionen über den Schutz kritischer Infrastrukturen widerspiegeln. Ambulante Pflegeinfra-

strukturen fallen unter diese Definition kritischer Dienstleistungen, und ihr Wegfall – so zeigte mitunter die Pandemie – führte zu erheblichen Störungen der gesundheitlichen Sicherheit. Im deutschen Kontext gestaltet sich die politische wie gelebte Realität allerdings anders.

In Bezug auf die Kritikalität von ambulanter Pflege im deutschen Katastrophenkontext ist problematischerweise die zentrale Rolle von Pflege für die Sicherheit einer Gesellschaft nur auf der deklaratorischen Ebene erkennbar, sofern sie überhaupt berücksichtigt wird. Auch in der Neuauflage der KRITIS-Strategie des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) im Jahr 2020 wird Gesundheit als KRITIS zwar aufgeführt, jedoch lediglich untergliedert in Labore, Datenschutzaspekte und Krankenhäuser (BBK 2020: 14, 24). Erneut werden infrastrukturelle Knotenpunkte der medizinisch-pharmazeutischen Versorgung statt Pflege in ihrer zergliederten Komplexität und Dezentralität im gesellschaftlichen Miteinander priorisiert. Im Rahmen der empirischen Erhebungen des AUIPK-Projekts fanden Experten- und Expertinneninterviews auf kommunaler, Landes- und Bundesebene in den Bereichen Katastrophenschutz und Pflege statt. Interviewpartner und -partnerinnen aus dem Landeskatastrophenschutz ordneten dabei mehrfach die Verantwortung für die Aufrechterhaltung ambulanter Pflegearrangements allein pflegerischen und sozialen Institutionen zu. So erläuterte eine interviewte Person: „Ich gehe nicht davon aus, dass Katastrophenschutz Helfer und -helferinnen hier ohne Weiteres in die Pflege von Pflegebedürftigen einsteigen können. Das geht nicht. Das müssen die Pflegedienste selbst organisieren.“ (Interview 10) Eine Person im Sicherheitsbereich auf Landesebene gab an: „Um das jetzt mal hart zu formulieren: Pflege ist nicht unser Thema. Sondern Pflege gehört hier bei uns ins Sozialministerium. Also in die Gesundheitsschiene, sozusagen.“ (Interview 2) Die Wahrnehmung der Rolle pflegerischer Versorgung als zentrales Thema von und für BOS ist somit gering ausgeprägt und Verantwortung für die Stärkung und Aufrechterhaltung dieser Strukturen, selbst im Krisenfall, wird bisweilen gänzlich abgelehnt.

Aus ethischer Perspektive sind diese Aussagen aufschlussreich. Staatliche Schutzpolitiken wirken häufig als Brennglas gesellschaftlicher Prioritätensetzungen, denn wer oder was als wichtig erachtet wird, wird tendenziell eher und besser geschützt (Burgess 2011). Das konsequente Negieren der Rolle von Pflege, insbesondere ambulanter Pflegeinfrastrukturen als kritische Säulen gesellschaftlicher Resilienz – in Krisen wie im Alltag –, sendet ein Zeichen der fehlenden Wertschätzung und Wahrnehmung dieser Problematik. Bedienen wir uns des Bildes vom Brennglas, so sehen wir, dass das Fehlen staatlicher Schutzpolitik für die Belange und Bedürfnisse häuslich gepflegter Menschen im Krisen- und Katastrophenfall Aufschluss darüber gibt, dass die Sicherheit häuslich gepflegter Personen und der Pflegestrukturen, denen sie angehören, gesellschaftlich aktuell noch nicht priorisiert werden. Ambulante pflegerische Langzeitversorgung im deutschen Sicherheitskontext kommt demnach einer Nicht-Infrastruktur gleich. Ihre Existenz und Relevanz im Sicherheitskontext werden je nach Instanz übersehen, negiert oder aber marginalisiert. Dies hat allerdings reale Konsequenzen für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im Krisen- und Katastrophenfall. So kann ein Pflegedienst beispielsweise bei der Treibstoffbevorratung einer Kommune für den Katastrophenfall nicht werden, ebenso wenig wie Passierscheine für diese Fahrzeuge ins Krisengebiet vorgesehen sind, solange sie nicht als KRITIS definiert und auch behandelt werden. Zudem ist nicht nur die Frage nach der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Pandemiezeiten wichtig, sondern es ist ebenso zu hinterfragen, wie diese pflegerischen Infrastrukturen selbst auf Krisenzeiten vorbereitet sind. In der Folge bleibt die häusliche

.....

pflegerische Langzeitversorgung in den Konzeptionen des Katastrophenschutzes weitgehend außen vor, während ambulante pflegerische Strukturen gegenwärtig selbst kaum die Ressourcen für eine flexible Anpassung an Alltagsstörungen aufbringen können. Konkret gibt es also aufseiten ambulanter Pflegeinfrastrukturen ein gravierendes personelles und finanzielles Defizit, welches dazu führt, dass ambulante Pflege insbesondere im Krisenfall nicht als übermäßig belastungsfähig gesehen werden kann. Und aufseiten des Katastrophenschutzes werden Belange dieser Strukturen im Krisenfall nicht als prioritär oder genuin als Aufgabe von BOS wahrgenommen. Aus dieser Situation entsteht ein Verantwortungsvakuum, das im Zweifel zu Lasten der Personen mit Pflegebedarf sowie ihres sozialen (und pflegerischen) Umfelds führt, die im Krisenfall alles daran setzen müssen, alleine mit den Auswirkungen der jeweiligen Katastrophe zurechtzukommen.

5. Sicherheits- und care-ethische Perspektiven auf Katastrophenvorsorge

Im deutschen Katastrophendiskurs werden demnach Sicherheitsfragen überwiegend getrennt von Fragen (guter) ambulanter pflegerischer Versorgung gedacht. Diese ist ebenfalls eine grundlegende Erkenntnis, die aus den AUIPK-Erhebungen erneut hervorgeht. Aktuell getrennt geführte und getrennt gehaltene Diskurse zu Katastrophenvorsorge und ambulanter pflegerischer Resilienz führen dazu, dass weder sprachlich noch institutionalisiert eine Verknüpfung zwischen beiden Dimensionen, Katastrophenschutzdenken und pflegerischer Arbeit, stattfindet. Diese Verknüpfung könnte allerdings dabei helfen, über die Resilienz einer Gesellschaft als Ganzes nachzudenken, denn eine allumfassende oder auch lokale Krise betrifft selten einzelne Sektoren, sondern das gesamtgesellschaftliche Miteinander im jeweiligen Krisenkontext.

Resilienz bedeutet hier, „Fähigkeiten zu entwickeln, um im Fall einer Schadenslage anpassungsfähig an die veränderten Bedingungen zu sein. Dies ist erreichbar, indem Ressourcen gewährt, Barrieren abgebaut und Kontexte berücksichtigt werden“ (Krüger 2019b: 70). Aus der Perspektive der Resilienz geht es bei der Bewältigung einer Krise darum, unterschiedliche Bedarfe zu identifizieren und mögliche Wege zu eruieren, diese Bedarfe bestmöglich und durch angemessene Lastenaufteilung zu adressieren. Aus sicherheitsethischer Perspektive stellt sich im Krisenkontext außerdem die Frage, wessen Sicherheit (prioritär) behandelt wird, wessen Bedürfnisse gesehen und adressiert werden und auch, wovor überhaupt Sicherheit geboten werden soll. Bevor demnach Bedarfe adressiert werden können, müssen wir uns im jeweiligen Krisenkontext die Frage stellen, wessen Sicherheit im Zentrum steht. Problematisch ist allerdings, dass die Bedarfe sowohl häuslich gepflegter Menschen als auch des gesamten Pflegesystems, das diese Menschen versorgt, nicht gesehen und somit adressiert werden können. Wie kann dieser Problematik also entgegengewirkt werden? Zunächst ist diese Erkenntnis im nächsten Katastrophenfall vielleicht schon ein erster handlungsanweisender Schritt. Können wir im Chaos einer Krise einen Moment innehalten und überlegen, ob Personengruppen, die aufgrund ihrer körperlichen, psychischen und geistigen Verfassung oder ihrer kulturellen oder religiösen Zugehörigkeiten nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechen, berücksichtigt werden in der Schutzpolitik? Behalten wir dabei im Auge, dass eine sich wandelnde Lage bedeuten kann, dass sich Hilfebedarfe

ebenfalls anpassen könnten und hier neu überlegt werden muss, wer priorisiert Hilfeleistungen benötigt (Gabel 2019: 87)? Diese ethischen Reflexionen helfen dabei, im Kontext der Krise, in welcher häufig die Maxime der schnellen Handlung gilt, einen Moment der Irritation einzubinden (Ammicht Quinn 2017) und mögliche Wahrnehmungsfehler zu korrigieren. Ein weiterer Schritt ist das Schaffen von Ressourcen in Vorbereitung auf den Katastrophenfall, aber auch während eines solchen Falles, beispielsweise durch die Anpassung der KRITIS-Bestimmungen oder kommunale Absprachen zwischen Katastrophenschutz und pflegerischen Institutionen in Bezug auf Vorratshaltung (Schutzmaterial, Treibstoff, Kinderbetreuung). Grundlegend bedarf es außerdem institutionalisierter Strukturen, die es erlauben, Bedarfe ambulanter pflegerischer Versorgung und Katastrophenmanagement gemeinsam zu erörtern. Möglichkeiten dafür bieten beispielsweise Runde Tische oder auch die strukturelle Interessenberücksichtigung einer Pflegeperspektive im Katastrophenfall (Einbezug von Pflegefachpersonal im jeweiligen Krisenstab).

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, grundsätzlicher darüber nachzudenken, wie Gesellschaften gut durch Krisen und Katastrophen manövrieren können. Diese Fragestellung ist eine, die beispielsweise Institutionen wie das BBK, Interessenverbände oder Forschungseinrichtungen betrifft. Hierfür wurde im AUIPK-Projekt auf feministische Perspektiven zurückgegriffen, ganz besonders auf eine Sorgeethik (engl.: *ethics of care*). Einem care-ethischen Blickwinkel folgend bestehen Gesellschaften demnach nicht aus einzelnen, autonomen Individuen. Stattdessen existieren wir alle in Beziehungen zu anderen Menschen, im Miteinander und auch in gegenseitiger Abhängigkeit. Dementsprechend sind alle Menschen zeitweise in ihrem Leben und zu unterschiedlichen Graden auf (private wie professionalisierte) Sorgearbeit angewiesen, um zu überleben. Insofern ist die Sicherheit aller Personen eng verknüpft mit Beziehungsgefügen und der Erbringung von Sorge. Sorge stellt im care-ethischen Sinne ein „lebenserhaltendes Netz“ (Tronto/Fisher 1990) dar. Zu dieser Care-Arbeit gehören alle Aktivitäten, die dazu dienen, unser Miteinander zu erhalten, zu verstetigen und zu reparieren – inklusive unserer selbst oder der Umwelt (Tronto/Fisher 1990). Dieses Netzwerk ergibt sich also aus den sichtbaren wie unsichtbaren Akten der Sorge, im privaten wie im öffentlichen Raum, professionalisiert, zentralisiert im Pflegeheim oder auch in der Häuslichkeit. Insbesondere in Krisenzeiten kommt diesem lebenserhaltenden Netzwerk eine zentrale sicherheitsrelevante Bedeutung zu. Bestehend aus den lateinischen Begriffen *infra* – unterhalb – und *structura* – Zusammenfügung – stellen unterschiedliche Formen der Care-Arbeit, wie häusliche Langzeitversorgung, im wahrsten Sinne des Wortes eine zugrunde liegende Struktur, eine Infrastruktur, für gesellschaftliche Ordnungen dar. Dieser Perspektive folgend, ist die Erbringung von Sorgearbeit keine überwiegend private soziale Aufgabe mit rein sektoral beschränkter Relevanz (z. B. im Pflegewesen). Stattdessen wird die Aufrechterhaltung der gesamten Gesellschaft an die Resilienz von Sorgestrukturen geknüpft. Fiona Robinson (2011) argumentiert beispielsweise, dass sowohl Staaten als auch private Haushalte immer und insbesondere in Zeiten von Unsicherheit moralische Entscheidungen über die Aufrechterhaltung dieser Sorgearrangements treffen müssen: Die Stabilität von Sorge ist sicherheitsrelevant. Übertragen auf Infrastrukturpolitik bedeutet das, dass auch und besonders diejenigen sozialen Infrastrukturen, die zur Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Sorgeleistungen dienen, gestärkt werden müssen. Sie müssen in den Blickpunkt staatlicher Sicherheitspolitiken rücken, eben weil gesamtgesellschaftlich Krisen nicht bewältigt werden, solange Sorgearbeit chronisch instabil bleibt. Eine care-ethische Perspektive

.....

auf Infrastrukturpolitik und auf Katastrophenvorsorge kann nicht die bisherige Idee kritischer Infrastrukturen ersetzen. Sie kann diese jedoch ergänzen, denn sie richtet den Fokus auf Beziehungsgefüge und auf die gegenseitige Abhängigkeit aller Menschen voneinander und erlaubt es, Sorgearbeit ins Zentrum zu stellen und zu priorisieren. Katastrophenvorsorge wird so nicht zur Aufgabe einzelner Personen, die sich möglichst selbst helfen sollen, sondern verlagert den Schwerpunkt auf gemeinschaftlich relevante Strukturen, Institutionen und Arbeiten und gibt Katastrophenvorsorge so einen anderen Fokus. Eine care-ethische Perspektive auf Katastrophenmanagement thematisiert demnach nicht nur die gegenseitige Abhängigkeit aller Personen voneinander und von guten Sorgestrukturen im Krisenfall. Sie stellt auch die Frage nach der Verantwortungsübernahme, denn in ihrer relationalen Ausrichtung ist es nicht möglich, Krisenbewältigung zu denken, ohne zu hinterfragen, wer zuständig ist für die Erhöhung der Resilienz dieser Sorgeinfrastrukturen.

Anders als im Energiesektor oder bei der Wasserversorgung ist eine Leistungserbringung im Krisenfall zwar in erster Linie als gesundheitliche und soziale Dienstleistung gedacht. Sie ist zudem vielfach auf die Funktionalität anderer Infrastrukturen, etwa von einer gewährleisteten Technik-, Finanz-, Wasser- und Stromversorgung abhängig. Jedoch geht eine care-ethische Perspektive auf resiliente, krisenfeste Care-Infrastrukturen über die Versorgung einzelner Individuen hinaus und versucht, ein (oft komplexes) Sorgenetzwerk, bestehend aus unterschiedlichen Verantwortungskonstellationen aus Betreuungs- und Pflegebeziehungen, in ihrer Breite zu stärken. All diese Beziehungen muten zunächst einmal wie private und häusliche Effekte an, zeigen aber in ihrer Summe gesellschaftliche Effekte. Eine relationale gesellschaftliche Perspektive der Care-Ethik erlaubt es, ein komplexeres Bild von einer zu versorgenden Gesellschaft zu zeichnen, als es bislang im Katastrophendiskurs der Fall ist. Hierbei wird deutlich, dass ein reiner Fokus auf technologische Resilienz für die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur ungenügend ist. Vielmehr müssen die Erfordernisse eines kleinteiligen Wirtschaftssektors, der durch prekäre Arbeitsbedingungen und Personalknappheit gekennzeichnet ist, berücksichtigt werden, um die gesamtgesellschaftliche Resilienz im Krisenfall zu stärken.

6. Schlussbemerkungen

Während die Covid-19-Pandemie im März 2021 die Welt beschäftigte, ließ das BBK in seinem Plan zur Neuausrichtung des Amtes den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in seine Prioritätenliste aufnehmen. Diese inhaltliche Ausrichtung einer Bundesbehörde mit Sicherheitsaufgabe reflektiert die zentrale Bedeutung gesundheitlicher Fragestellungen und Infrastrukturen für den Schutz der Bevölkerung in Krisen. Anders gesagt sind gesundheitliche Infrastrukturen elementarer Bestandteil resilienter sozialer Ordnungen, denn sie tragen maßgeblich dazu bei, dass auch in Krisen bis hin zu Katastrophen ein soziales Miteinander besteht und insbesondere kritische Prozesse aufrechterhalten bleiben können. Dennoch sind punktuelle Sichtbarkeiten von pflegerischer Arbeit im Sicherheitskontext eine Seltenheit. Mitnichten befinden wir uns in Deutschland in einer Situation, in der gute Katastrophenvorsorge in einem Atemzug mit der Verbesserung des Pflegenotstandes oder allgemeinen Fachkräftemangels gedacht wird.

Diese Verknüpfung wäre allerdings wünschenswert, sofern wir erfolgreiche Krisenbewältigung als gesamtgesellschaftliche Aufnahme wahrnehmen wollen. Suchen wir nach einem möglichst resilienten gesellschaftlichen Konstrukt, um Katastrophen kurz- und langfristig bewältigen zu können, muss es darum gehen, unterschiedliche Bedarfe wahrzunehmen, klare Verantwortlichkeiten für diese Bedarfe zuzuordnen und diese Verantwortlichkeiten auch rückzubinden an die Frage: Wer kann diese Verantwortung überhaupt schultern? Insbesondere diese Frage wird im pflegerischen Kontext eng geführt und zeigt die Notwendigkeit auf, Sorgestrukturen in ihrer Breite nachhaltiger zu stärken.

Bereits vor der Pandemie befanden wir uns in einer Care-Krise, die im Alltag dazu drohte, die gesundheitliche Versorgung beachtlich ins Wanken zu bringen. Pflegenotstand und Fachkräftemangel sind Buzzwords, die nicht erst im Krisenfall die öffentliche Debatte um Pflege bestimmten. Und doch ist im Katastrophenfall, wie die Pandemie eindrücklich aufzeigte, diese Krise nicht einfach gelöst, sondern die Katastrophe „Corona“ traf auf die Care-Krise. Es entstand eine Krise in der Krise. Wahrnehmbar war aber auch, dass ambulante pflegerische Infrastrukturen elementarer Bestandteil resilienter sozialer Ordnungen sind. Katastrophenschützer und -schützerinnen sprechen oft davon, „vor die Lage“ kommen zu wollen. Das bedeutet so viel wie, sich nicht von den Geschehnissen einer Katastrophe überrollen und handlungsunfähig machen zu lassen, sondern Konzepte und Strategien zu entwickeln, mit diesen Kontingenzen umzugehen. Die momentane Herangehensweise zum Schutz kritischer Infrastrukturen zeigt allerdings, dass diese Strategie, um vor die Lage zu kommen, blind ist für zentrale Pfeiler, die maßgeblich sind für die Sicherheit einer Gesellschaft im Krisenkontext. Pflegerische Infrastrukturen sind für den Krisenfall bislang nicht nur nicht im Zentrum der Sicherheitspolitik aufgetaucht, sondern sie kommen einer politischen *Nicht-Infrastruktur* gleich. Ihr kommt keinerlei gehobene Relevanz im Sicherheitsdiskurs zu und somit auch keine politische oder finanzielle Sichtbarmachung und Stärkung für den Katastrophenfall. Nicht nur ist diese Erkenntnis ein Zeichen für die strukturelle Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung von Sorgearbeit im deutschen Sicherheitsdiskurs. Die andauernde Randständigkeit der ambulanten Pflege im Diskurs um Sicherheitspolitik ist darüber hinaus Ausdruck von (fehlender) Wertschätzung. Eine solche Perspektive verhindert somit die Chance, deutlich über Verantwortungsverteilung und Verantwortungsübernahme für die Versorgung ambulant gepflegter Personen im Katastrophenfall zu sprechen. Demgegenüber könnte eine care-ethische Perspektive auf Katastrophenvorsorge dabei helfen, die gegenseitige strukturelle Abhängigkeit aller Menschen von Sorgearbeit deutlich zu machen. Dabei rückt Sorgearbeit ins Zentrum krisenfesten Handelns, denn eine care-ethische Perspektive hilft ebenso dabei, Verantwortlichkeiten und Dringlichkeiten im Sicherheitskontext sichtbarer zu machen, indem sie diese Abhängigkeitsverhältnisse thematisiert und problematisiert (Wezel/Krause, i. E.).

Literaturverzeichnis

Amnicht Quinn, Regina (2017): Verantwortung als Irritation: ethische Überlegungen, in: Politik und Verantwortung, Sonderheft 52/2017, S. 106–122.

Amnicht Quinn, Regina/Bescherer, Peter/Gabel, Friedrich/Krahmer, Alexander (2017): Leitlinien für eine gerechte Verteilung von Sicherheit in der Stadt; Tübingen: IZEW 2017, in: Materialien zur Ethik in den Wissenschaften, Band 14.

Amnicht Quinn (2019): „Ein Laboratorium für die Zukunft“. In: Krüger, M. und Max, M (Hg.) Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Transcript: Bielefeld, S. 19–22.

BBC (2020): New Banksy Artwork appears at Southampton hospital, BBC Online, 06.05.2020, abrufbar unter:

.....
<https://www.bbc.com/news/entertainment-arts-52556544>, zuletzt geprüft am 15.02.2023.

BBK (2020): 10 Jahre KRITIS-Strategie: Einblicke in die Umsetzung der Nationalen Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Auflage 1000. Februar 2020.

BMI (2009): Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen (KRITIS-Strategie). Bundesministerium des Innern. Article No. BMI 09324, 17.06.2009. Paderborn: Bonifatius GmbH.

Burgess, John P (2011): *The Ethical Subject of Security: Geopolitical Reason and the Threat Against Europe*. London/New York: Routledge.

Europäische Kommission (2006): EPCIP – On a European Programme for Critical Infrastructure Protection. Communication from the Commission. Article No. COM(2006) 786 final, 12.12.2006. Brüssel.

Fekete, Alexander/Neisser, Florian/Tzavella, Katerina/Hettkämper, Chris (2019): Wege zu einem Mindestversorgungskonzept. Kritische Infrastrukturen und Resilienz, Köln. ISBN 978-3-946573-14-2.

Fine, Michael/Tronto, Joan (2020): Care Goes Viral. Care Theory and Research Confront the Global COVID-19 Pandemic, in: *International Journal of Care and Caring*, 4(3), S. 301–309.

Folkers, Andreas (2018): Was ist kritisch an kritischer Infrastruktur? Kriegswichtigkeit, Lebenswichtigkeit, Systemwichtigkeit und die Infrastrukturen der Kritik, in: Engels, J. I./Nordmann, A. (Hg.), *Was heißt Kritikalität? Zu einem Schlüsselbegriff der Debatte um Kritische Infrastrukturen*. Bielefeld: transcript, S. 123–154.

Gabel, Friedrich (2019): Chancen dynamischer Konzeptionen von Vulnerabilität für den Katastrophenschutz, in: Krüger, Marco/Max, Matthias (Hg.), *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transcript, S. 77–96.

Interview 2 (2021): Expert*inneninterview Projekt AUIK. Interviewführung: Krüger, Marco/Wezel, Katharina, Magdeburg, Oktober 2021.

Interview 10 (2021): Expert*inneninterview Projekt AUIK. Interviewführung: Krüger, Marco/Wezel, Katharina, Magdeburg, Oktober 2021.

Krause, Katharina/Wezel, Katharina (2022): Sicherheit wovon und für wen? Ethik in der Pandemie, in: Lange, Hans-Jürgen (Hg.), *Politik zwischen Macht und Ohnmacht. Zum politischen Umgang mit der Corona-Pandemie in Deutschland*. Wiesbaden, S. 363–398.

Krüger, Marco (2019a): Building Instead of Imposing Resilience: Revisiting the Relationship Between Resilience and the State, in: *International Political Sociology*, 1(13), S. 53–67.

Krüger, Marco (2019b): Resilienz. Zwischen staatlicher Forderung und gesellschaftlicher Förderung, in: Krüger, M./Max, M.: *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transcript, S. 57–75.

Müller, Martin U. (2020): Es ist ganz viel über angeblich fehlende Beatmungsgeräte geredet worden. Spiegel Online, 22.07.2020, abrufbar unter: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/pflegekraefte-und-corona-mediziner-hermann-reichenspurner-fordert-20-prozent-mehr-gehalt-a-20e14f6f-3da5-4b0a-81e8-7727d6fd9099>, zuletzt geprüft am 15.02.2023.

Pröbl, Joachim/Lux, Vera/Bechtel, Peter (2019): *Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rai, Shirin M./Hoskyns, Catherine/Thomas, Dania (2014): Depletion. The Cost of Social Reproduction, in: *International Feminist Journal of Politics*, 16(1), S. 86–105.

Robinson, Fiona (2011): *The Ethics of Care. A Feminist Approach to Human Security*. Philadelphia: Temple University Press.

Tronto, Joan C./Fisher, Berenice (1990): Towards a Feminist Theory of Care, in: Abel, Emily K./Nelson, Margaret K. (Hg.), *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*. Albany, NY, S. 35–62.

Villa Braslavsky, Paula-Irene (2020): Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant?, in: *Leviathan*, 48(3), S. 433–450.

Wezel, Katharina/Krause, Katharina (i. E.): Sorgen in der Pandemie – eine Ethics of Care Perspektive auf Gesundheitssicherheit, in: *Femina Politica* 3, S. 1–15.

Kann Pflege in Deutschland Krisen und Katastrophensituationen? Eine berufspolitische Einordnung

Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerates e. V.

Die Ansprüche an die Versorgungssituation im Gesundheitswesen und deren Bedingungen haben sich im Laufe der Zeit schon immer verändert. In Deutschland ist das Gesundheitssystem nach Bedarfslage historisch gewachsen – gesteuert und flankiert von in Legislaturperioden handelnden Gesundheitsministern und Gesundheitsministerinnen und in der Regel im Rahmen kurzfristiger Anpassungsmaßnahmen. Damit Versorgung sich an den Bedürftigen orientiert, braucht es allerdings definierte Versorgungs- und Gesundheitsziele, die langfristig gedacht sind. Das ist Grundvoraussetzung für ein funktionierendes, effektives und belastbares Gesundheitssystem (Neugebauer et al. 2022).

Krisen werden das Leben in Zukunft begleiten, dabei scheint es für das deutsche Gesundheitssystem unerheblich, aus welcher Richtung die Krise auf uns zukommt – gerüstet scheinen wir allemal nicht (SVR 2023). Die Herausforderungen für das Gesundheitssystem zeigen sich bereits seit Jahren – Klimawandel und -katastrophen sowie Pandemien und Endemien sind bereits bei uns angekommen. Und auch Kriegsszenarien scheinen vor dem Hintergrund des Ukraine Konfliktes für Europa nicht mehr undenkbar zu sein.

Beschäftigen wir uns unter dieser Perspektive mit dem System der Gesundheitsversorgung, fällt der Blick automatisch auf die Situation der beruflich Pflegenden. Welchen Anteil hat professionelle Pflege an einer krisen- und katastrophenfesten Versorgung? In welcher Art und Weise können sie Einfluss nehmen und die pflegerische Expertise in ein resilientes Gesundheitssystem einbringen?

In Deutschland kann Pflege sich faktisch nicht einbringen. Die professionelle Pflege selbst steckt in einer Krise. Damit Pflege sich in resiliente Strukturen einbringen kann, muss sie selbst resilient sein. Das ist sie nicht. Pflege in Deutschland hat keine Stimme, keine Verantwortung, kein Mitspracherecht, keine durchgängigen Bildungswege und zu wenig akademische Strukturen.

Pflege als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist systemisch und auch strukturell in keine Entscheider-Institution, weder im Bund, noch im Land eingebunden³, Selbstverwaltungsstrukturen

³ Ausnahmesituationen bilden hier die Pflegekammer Rheinland-Pfalz und die seit 2023 neu gewählte Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen, die jetzt ihre Arbeit aufnimmt. Diese sind allerdings Ausnahmesituationen und können nur auf Länderebene eine umfassende Wirkung erzielen. In dem Bericht der Landeskammer Rheinland-Pfalz lassen sich Möglichkeiten für eine krisenunterstützende Arbeit von Pflegekammern erahnen, obgleich die eingeschränkten Handlungskompetenzen auch hier eindrucksvoll geschildert werden: „Rückblickend hätte Karolin Klawes es als hilfreich empfunden, wenn sie als Pflegefachperson mehr Kompetenzen gehabt hätte.“ „Auch wenn wir in Notfallsituationen ja schon mehr tun dürfen als im normalen Arbeitsalltag, aber es ist nicht nachvollziehbar, warum ich nicht beispielsweise selbstständig kleine Wunden versorgen oder sogar nähen darf. Pflegekräfte haben sehr viel Fachwissen, im Übrigen auch das Wissen, zu entscheiden: Hier brauche ich einen Arzt.“ Allein immer wieder zu hinterfragen: „Darf ich das oder mache ich mich jetzt strafbar?“, sei sehr belastend gewesen.“ (Pflegekammer Interaktiv 2022)

.....

sind für die Pflege nur in zwei Bundesländern vorhanden, die internationale Anschlussfähigkeit der Bildungsabschlüsse in der Pflege beziehen sich ausschließlich auf die Grundausbildung bzw. Studium, weiterführende Qualifizierungswege in der Pflege sind chaotisch, unstrukturiert und haben keine bundeseinheitliche Grundlage, die Handlungsfähigkeit durch die ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten lässt die Profession Pflege in einem medizinischen Abhängigkeitsstatus und verhindert damit eine umfassende Professions- und damit Wissensentwicklung der Pflege, die dann wiederum nicht in die Gesamtkompetenz der Gesundheitsversorgung einwandern kann. All diese Bedingungen, neben dem systematischen Abbau von Ausbildungsplätzen in der Pflege in den 90er-Jahren und dem politischen Versäumnis, hochschulische Ausbildungsstrukturen zu schaffen, haben in den letzten Jahrzehnten zu einem inzwischen eklatanten Personalmangel geführt, der neben unzureichenden Lohn- und Tarif-situationen für die heutigen schlechten Arbeitsbedingungen steht. So weit.

Wir wissen, was es zu tun gilt. Es gibt ausreichend Wissen und Material dazu. Ich beziehe mich in folgender Aufzählung auf die Inhalte, die die beruflich Pflegenden stärken und damit auch in Krisen Unterstützung leisten können. Eine starke Profession Pflege ist ein Baustein für ein resilientes Versorgungssystem. (Ewers et al. 2022, S. 8, Ewers & Lehmann 2021, S. 67–81, Lehmann & Ewers 2022, S. 83–93, Lancet 2021, DBfK 2020, SVR 2023)

- Neuaufstellung des Gesundheitswesens, in welchem
 - weitreichende und auf Dauer angelegte Versorgungsziele formuliert sind,
 - alle Gesundheitsberufe gleichberechtigt sind und nach ihren Kompetenzen gestärkt werden und
 - eine konsequente Orientierung an den Bedarfen der Pflegebedürftigen und Patientinnen und Patienten gegeben ist.
- Die Handlungskompetenzen von Pflegeberufen werden entsprechend neu zu formulierender, bundesweit gültiger Qualifikationen erweitert.
- Pflegefachpersonen werden sektorenübergreifend anhand entsprechender Qualifikations- und Verantwortungsbereiche vergütet.
- Neue Fachdisziplinen der Pflege werden mit entsprechender Handlungskompetenz in der Versorgung eingesetzt, dazu gehören u. a. Community Health Nurse, Schulgesundheitspflege sowie Advance Nurse Practitioner. Sie ermöglichen die Umsetzung neuer regionaler Gesundheitsversorgungskonzepte.
- Arbeitsbedingungen sichern durch Umsetzung definierter Personalschlüssel interdisziplinäre Arbeitsstrukturen, Vereinbarkeit von Familie, sozialer Situation, Alter und Beruf, selbstständige Dienstplanungsmöglichkeiten, Mitspracherechte in den Einrichtungen, Wertschätzungsmaßnahmen.
- Aus-, Fort und Weiterbildung, Bachelor- und Masterstudium bundesweit regeln, Durchlässigkeit und internationale Anschlussfähigkeit in allen Qualifikationsebenen sichern. Hochschulplätze für die unmittelbare pflegerische Versorgung werden um 10.000 Studienplätze erhöht. Fort- und Weiterbildungen werden verpflichtend und sind Voraussetzung für die Berufszulassung.
- Einführung von Selbstverwaltungsstrukturen im Rahmen von Landespflegekammern, um Versorgung regional zu sichern und entsprechende Daten zur Situation des Bestandes von Pflegefachpersonen zu ermitteln.

- Konsequenter Einbezug von Pflegefachpersonen in die Entwicklung und Umsetzung digitaler Technologien. Beteiligung der Pflegefachpersonen an der Entwicklung und Nutzung der elektronischen Patientenakte und anderen zentralen Kommunikationssystemen.
- Klimaschutz, Krisen- und Katastrophenbewältigung werden fester Bestandteil aller Aus-, Fort- und Weiterbildungs- sowie Studienbereiche.

Der Pflegeberuf ist ein international definierter und gewürdigter Beruf. Die WHO schreibt dazu: *Krankenschwestern spielen eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsversorgung und sind oft die unbesungenen Helden in Gesundheitseinrichtungen und Notfallmaßnahmen. Sie sind oft die ersten, die gesundheitliche Notfälle erkennen, und arbeiten an vorderster Front bei der Krankheitsprävention und der Bereitstellung der primären Gesundheitsversorgung, einschließlich Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation. In vielen Ländern stellen Pflegekräfte die Hälfte aller Gesundheitsfachkräfte und spielen eine entscheidende Rolle bei der Organisation und Anwendung von Gesundheitsmaßnahmen, sowohl auf der Front- als auch auf der Führungsebene. Sie sind oft die erste und manchmal einzige medizinische Fachkraft, die ein Patient aufsucht, und die Qualität ihrer Erstbeurteilung und anschließenden Versorgung ist entscheidend für starke gesundheitliche Ergebnisse.*

Damit Krisen- und Katastrophenschutz in Zukunft gut gelingen kann, braucht es grundsätzliche Veränderungen im Gesundheitssystem. Damit berufliche Pflege eine relevante Rolle dabei einnehmen kann, braucht es politische Handlungen in Form von Gesetzen, Aufklärungsarbeit und Visionsentwicklung.

Eine unorganisierte, handlungseingeschränkte und schwach gehaltene Berufsgruppe Pflege wird das Land nicht nur in Krisen- und Katastrophensituationen schwächen, sondern auch in den normalen Versorgungsstrukturen. Beginnen wir heute mit der Umsetzung der o. g. Punkte, wird es auch den alltäglichen Bedingungen Unterstützung geben.

Krisen- und Katastrophenmanagement geht nur mit vielen souveränen Gesundheitsfachberufen – die Pflege ist ein wichtiger Baustein für ein krisenfestes Gesundheitssystem – unter o. g. Bedingungen.

Literaturverzeichnis

Neugebauer, E. et al: Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland – ein Positionspapier des DNVF Das Gesundheitswesen 2022; 84(10): 971–978,

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2020): Pflege im Umgang mit dem Klimawandel. Informationen und Tipps für Pflegenden zum Umgang mit Auswirkungen der Wetterextreme. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere-Pflege-im-Umgang-mit-dem-Klimawandel_2020-07-fin.pdf

Ewers M, Lehmann Y (2021): Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege. Literatursynthese & Bibliografie. Working Paper No. 21-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ewers M, et al. (2022): Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

.....

Lehmann Y, Thiele A, Ewers M (2021): Vorsorge, Management und Bewältigung von Katastrophen aus Sicht ambulanter Pflegedienste. Befragungsergebnisse zum IST-Zustand. Working Paper No. 21 21-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Matthies-Wiesler, F. et al. The Lancet Countdown on Health and Climate Change Policy Brief für Deutschland 2021. https://www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20211020_German-Exec-Summary.pdf

Pflegemagazin-rlp / Pflegekammer Interaktiv: „Nichtstun war keine Option!“ 2022

<https://www.pflegemagazin-rlp.de/nichtstun-war-keine-option>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. Berlin 2023. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf

4. Ambulante Pflegeinfrastruktur in Krisenzeiten

Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Krisen und Katastrophen

Matthias Schulze, Matthias Max, Benedict Heidgen, DRK e. V. –Generalsekretariat

1. Einleitung

Die Krisen und Katastrophen, denen unsere Gesellschaft heute ausgesetzt ist, verändern sich ständig. Mit ihnen muss sich auch der Bevölkerungsschutz verändern. Infolge des demografischen Wandels (Zunahme von pflegebedürftigen Personen in der Bevölkerung) entstehen für den Bevölkerungsschutz neue Aufgaben und Herausforderungen.

Die fünf großen Hilfsorganisationen Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG), Malteser Hilfsdienst (MHD), Johanniter Unfallhilfe (JUH) sowie der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) beschäftigen sich nach ursprünglicher Definition mit gesundheitlichen Fragen im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das bedeutet, dass Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird, sondern als allgemeines psychisches und physisches Wohlbefinden (Europäische Region der WHO 1999). Auch dieser Bereich ist in verschiedene Fachlichkeiten, sogenannte Fachdienste, gegliedert. Der Sanitätsdienst beschäftigt sich mit Menschen, die infolge von Krisen und Katastrophen verletzt oder krank wurden. Der Betreuungsdienst hingegen ist für diejenigen, die bereits vor der Katastrophe krank, pflegebedürftig oder eingeschränkt waren und möglicherweise in einer Ausnahmesituation noch besonderen Bedarf haben, aufgestellt worden. Laut Definition des DRK ist der Betreuungsdienst für all jene zuständig, die keine akut medizinische Hilfe brauchen, aber letztlich in unterschiedlichem Maß nicht in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2017).

Seit Anfang der 1990er-Jahre hat sich die Demografie der Wohlstandsländer völlig verändert: Die Einwohnerinnen und Einwohner werden immer älter, Krankheiten immer beherrschbarer. Damit einhergehend veränderte sich auch das Gesundheitswesen grundlegend. Während zuvor Pflege vorwiegend in Krankenhäusern und Pflegeheimen stattfand, findet sie nun mehrheitlich ambulant statt (Bölt und Graf 2012).

Während diese Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen passierten, nahm eine große Gruppe von Akteurinnen und Akteuren an diesem Prozess nicht teil: der Bevölkerungsschutz. Dieser hat bis heute Strukturen, die in den 1970er-Jahren festgelegt wurden und sich nicht an gesellschaft-

liche sowie systemische Veränderungen angepasst haben. Mit Beginn der 2000er-Jahre wurden im Rahmen der Katastrophenbewältigung Einsatzkräfte zunehmend mit Folgen der systemischen und gesellschaftlichen Veränderungen im Gesundheitssystem konfrontiert. Hier seien besonders die pflegebedürftigen, zum Teil hochbetagten Menschen genannt (Max und Schulze 2022). Der gewohnte Weg, Pflegebedürftige in Krankenhäuser zu bringen bspw. erwies sich plötzlich als Sackgasse, weil die Krankenhäuser an ihren eigenen Belastungsgrenzen angelangt waren.

Es war an der Zeit für eine Bestandsaufnahme: Die vulnerablen Personen und ihr soziales Umfeld hatten sich verändert. Der Ausgangspunkt der Überlegungen im Projekt AUIPIK ist die These, dass Menschen, die im Alltag schon mehr oder weniger auf lebensnotwendige Unterstützung angewiesen sind, auf diese mit sehr großer Wahrscheinlichkeit auch in einer Krise oder Katastrophe angewiesen sein werden. Eine stetig wachsende Zahl an Menschen lebt eben nicht in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, sondern zu Hause, wo sie von ihren Angehörigen oder ambulanten Diensten versorgt werden, für die es wiederum zahlreiche Anbieter gibt (Max und Schulze 2022). Hinzu kommt die stark veränderte medizinische Landschaft – die Verweildauer von Kranken in stationären Einrichtungen sind nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Erwägungen deutlich kürzer geworden, wobei die betroffenen Patientinnen und Patienten zu Hause aber trotzdem medizinischer und pflegerischer Betreuung bedürfen (Bölt und Graf 2012).

Neben den strukturellen Fragen der Versorgung pflegebedürftiger Personen haben wir es mit gesellschaftspolitischen Umbrüchen zu tun. Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt haben zu einer älteren Gesellschaft geführt, der neben der schlicht quantitativ höheren Zahl an Pflegebedürftigen weitere Herausforderungen mit sich bringt: Viele ältere Menschen leben allein.

Was dies für den Versorgungsfall in Krisensituationen bedeutet, lässt sich sehr gut am Beispiel eines großen, lang anhaltenden Stromausfalls darlegen. Hier wären zahlreiche ältere, pflegebedürftige Menschen in ihrer Häuslichkeit ad hoc von der Außenwelt abgeschnitten. Dadurch könnte eine reibungslose Versorgung durch unterschiedlichste Akteurinnen und Akteure, wie z. B. ambulante Pflegedienste, Apotheken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, nicht mehr aufrechterhalten werden. Eine Vernetzung mit den Strukturen des Bevölkerungsschutzes besteht für solche Störungen nicht. Um das bestehende System der ambulanten Pflege resilient zu machen, bedarf es jedoch der Vernetzung vor dem Krisenfall. Ein offener Dialog, das Ausleuchten möglicher Schnittpunkte und Unterstützungsmöglichkeiten der verschiedenen Akteurinnen und Akteure sind dafür essenziell (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2018a).

Das Projekt AUIPIK beschäftigte sich mit der Frage, wie sich Bevölkerungsschutz und Akteurinnen und Akteure der alltäglichen Versorgung dieser neuen Situation annähern können.

Mit Beginn des Forschungsprojektes trat die Covid-19-Pandemie ein, ein Jahr später wurden durch die Hochwasserereignisse entlang der Ahr Strukturen der Gesundheitsversorgung gestört. Zum Jahresbeginn 2022 traf in Folge des Ukraine-Konflikts erneut eine große Anzahl von Geflüchteten in Deutschland ein, die es zu versorgen galt. Bei allen drei Ereignissen trat besonders das Problem der Sicherstellung einer Versorgung von Pflegebedürftigen in den Vordergrund. Die Rahmenbedingungen dieser Ereignisse waren dabei völlig unterschiedlich und erforderten jeweils eigene Lösungsansätze. So verblieb in der Covid-19-Pandemie die Gruppe der Pflegebedürftigen in ihrer angestammten Umgebung und hatte

unter der Einschränkung der alltäglichen Versorgung zu leiden. Nach dem Ahr-Hochwasser konnten die Betroffenen zwar in ihrer Region verbleiben, hatten aber oftmals ihre Unterkünfte verloren und mussten anders untergebracht werden. Die geflüchteten Menschen aus der Ukraine wiederum mussten ihr Land ad hoc verlassen. Hierbei konnten sie nur das Nötigste mitnehmen.

In einer immer komplexeren, modernen Welt ist es unmöglich, für unterschiedlichste Störungen wie die drei genannten Ereignisse vollumfängliche Vorbereitungsmaßnahmen zu treffen bzw. jeweils passgenaue Ersatzstrukturen zu schaffen. Deswegen sollten die bestehenden Alltagsstrukturen Pflegebedürftiger resilient gemacht werden. Hierfür ist es sinnvoll, dass Akteurinnen und Akteure der Alltagsstrukturen (pflegende Angehörige, stationäre Pflegedienste) mit denen des Bevölkerungsschutzes gemeinsam Strategien zur Problemlösung entwickeln.

2. Welche Rolle kann der Bevölkerungsschutz zur Unterstützung von Pflegeinfrastruktur übernehmen?

Der wichtigste Schritt in einem modernen Bevölkerungsschutz sollte sein, die im Alltag funktionierende Struktur so lange wie möglich aus sich selbst aufrechtzuerhalten (Max und Schulze 2022). Das heißt, dass auch in Krisen und Katastrophen die Strukturen der alltäglichen Pflegeversorgung weiterhin die Federführung behalten und lageabhängig durch Strukturen des Bevölkerungsschutzes in ihrer Arbeit unterstützt werden. Hierfür ist es erforderlich, dass die Beteiligten sich im Vorfeld von Störereignissen über Abläufe, Zuständigkeiten, Fähigkeiten und Bedarfe verständigen. Hierbei ist auch zu klären, wo und wie eine Reduktion von Versorgungsleistungen möglich ist. Dafür ist die Aufgabenverteilung zur Versorgung der Pflegebedürftigen in Krisensituationen festzulegen und zu vereinbaren. Darüber hinaus müssen dafür sichere Kommunikationsstrukturen geschaffen werden und allen bekannt sein. Die Hilfsorganisationen als Teil des Bevölkerungsschutzes können im Einsatzfall eine (neue) Mittlerrolle zwischen den Bedarfen der Betroffenen, den Systemen der alltäglichen Versorgung und möglichen ergänzenden Hilfeleistungsstrukturen aus der Zivilgesellschaft übernehmen. Auf diese Weise können die Versorgung der Betroffenen durch die Alltagssysteme aufrechterhalten bleiben und Störungen infolge von Krisen und Katastrophen vermieden oder zumindest abgemildert werden. So könnten in einer Pandemie bspw. durch die Hilfsorganisationen pflegebegleitende Leistungen wie Materialbeschaffung, Verpflegung und soziale Betreuung unter den erforderlichen hygienischen Bedingungen organisiert und damit sichergestellt werden. Im Rahmen einer Naturkatastrophe, wie bspw. einem Hochwasserereignis, können die Hilfsorganisationen Pflegedienste dabei unterstützen, die Pflegebedürftigen weiterhin zu erreichen, sei es durch die Bereitstellung eines entsprechenden Fuhrparks oder den Zugang zu entsprechenden Evakuierungsunterkünften.

Die Aufgabe der Katastrophenschutzakteurinnen und -akteure besteht hier also in der Mittlerrolle: Sie können dabei helfen, dass die Bedarfe der Betroffenen klar formuliert sind und die in einer Krisensituation umsetzbaren Pflegeleistungen der Helfenden sich an diesen orientieren. So wäre es möglich, dass die Standards des Alltags möglichst lange aufrechterhalten werden. Im tatsächlichen Krisenfall würde diese Mittlerrolle die Organisation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen umfassen, wie sich im folgenden Schaukasten zur Arbeitshilfe nachvollziehen lässt.

Die Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Krisen und Katastrophen: Eine Arbeitshilfe zur Zusammenarbeit ambulanter Pflegedienste und Strukturen des Katastrophenschutzes

Um die Versorgungssituation von pflegebedürftigen Betroffenen in Krisen und Katastrophen zu verbessern, entwickelt das Deutsche Rote Kreuz im Rahmen des Forschungsprojekts „Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisen und Katastrophenfällen“ (AUPIK) zusammen mit Katastrophenschützerinnen und -schützern eine praxisorientierte Arbeitshilfe.

Diese Arbeitshilfe gibt Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der Häuslichkeit sowie für eine zentralisierte Unterbringung von Pflegebedürftigen in einem „Einsatzabschnitt Pflege“, der neben den bereits bestehenden Einsatzabschnitten in einem Betreuungsplatz (z. B. Verpflegung, Logistik oder psychosoziale Notfallversorgung) zusätzlich einzurichten ist. In diesem können so auch pflegebedürftige Betroffene bedarfsorientiert versorgt werden.

Themenschwerpunkte:

1. Die sozialraumorientierte Vernetzung mit Expertinnen und Experten der alltäglichen Versorgung im Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich vor Ort.
2. Die Rolle der Katastrophenschützerinnen und -schützer und insbesondere des Betreuungsdiensts als Mittler und Organisator personeller Fähigkeiten sowie materieller Ressourcen, um die Versorgung betroffener Pflegebedürftiger zu verbessern.
3. Die Zusammenarbeit von Katastrophenschutz und Pflege sowie weiteren externen Akteurinnen und Akteuren.
4. Die Schnittstellen zwischen Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegeabschnitt.

Voraussetzung für diesen erfolgreichen ersten Dialogschritt ist die Sensibilisierung ambulanter Pflegedienste und pflegender Angehöriger bezüglich der Frage: Was passiert mit der pflegebedürftigen Person im Krisenfall?

In der Praxis findet eine Katastrophenbewältigung nicht selten in einem sehr kleinen, eng gefassten Sozialraum⁵ statt, es bedarf also lokaler Lösungen. Für Kommunen bedeutet dies: Schon zu Nicht-Krisenzeiten muss der Sozialraum gut ausgeleuchtet, müssen die vorhandenen Ressourcen bekannt sein, ebenso wie die Bedarfe. Natürlich ist dies kein einmaliger, sondern ein kontinuierlicher Prozess, der gesellschaftliche und demografische Entwicklungen in den einzelnen Regionen einschließt. Dieser sozialraumorientierte Ansatz kann allerdings, unter Einbindung von lokal verfügbaren Ressourcen und Fähigkeiten, dabei helfen, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Selbstverständlich ist die Bedarfs- und Ressourcensituation selbst im kleinsten Sozialraum nie mit vollkommener Sicherheit voraussehbar. Jede Krise und Katastrophe ist schließlich verschieden von der anderen. Daher ist es ebenso wichtig, mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren abzuklären, unter welchen Bedingungen die Versorgung nicht mehr umfassend aufrechterhalten werden kann.

⁵ Eine detaillierte Beschreibung und Definition des Sozialraumes sowie des Konzeptes zum sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz befinden sich im weiteren Beitrag von Max und Schulze in diesem Sammelband.

Dies schließt Überlegungen, wie dann ein Übergang zum Betreuungsplatz gesichert bzw. geschaffen werden kann, mit ein.

Das Ziel des sozialraumorientierten Ansatzes ist es, lokale Ressourcen für unterschiedlichste Krisen und Katastrophen zu bündeln. Im Mittelpunkt steht der Dialog der verschiedenen Akteurinnen und Akteure auf Augenhöhe und dabei ein Abgleich zwischen Erwartungen und Angeboten der Beteiligten.

3. Ansätze zur (temporär) zentralen Unterbringung von ambulant pflegebedürftigen Menschen in Krisen und Katastrophen

Wenn wir über neue Modelle zur temporären zentralen Unterbringung von ambulant pflegebedürftigen Menschen in Krisen und Katastrophen sprechen, stellt sich die Frage nach den für diese Aufgabe verfügbaren Akteurinnen und Akteuren sowie nach den durch diese bisher angebotenen Ansätzen der Unterbringung.

Betrachten wir zunächst das Konzept „Betreuungsplatz“. Der Begriff ist als Gegenstück zum sogenannten Behandlungsplatz des Sanitätsdienstes entstanden. Dahinter steckte die Idee, im Einsatzfall die Krise oder Katastrophe nicht ins Krankenhaus zu verlegen, indem alle Verletzten mit vielen Krankenwagen dorthin gebracht werden. Stattdessen soll eine medizinische Sammelstelle in der Nähe des Ortes des Geschehens geschaffen werden, wo eine Sichtung, Priorisierung und Erstversorgung stattfindet. Daraufhin kann anschließend eine gezielte, planmäßige Verlegung zur endgültigen Versorgung organisiert und durchgeführt werden. In Anlehnung an diese Idee wurde das Konzept des Betreuungsplatzes entwickelt. Hierbei geht es allerdings nicht vorrangig um die medizinische Versorgung Betroffener, sondern darum, eine Sammelstelle für Menschen zu schaffen, die keiner akutmedizinischer Behandlung bedürfen. Das Problem dieser Betreuungsplätze sind jedoch die unterschiedlichen Bedarfe der Menschen, die sich dort versammeln. Bspw. unterscheidet sich die Versorgung einer Person, die bereits im Alltag medizinisch behandelt oder pflegerisch unterstützt werden muss, fundamental von den Bedürfnissen einer Person, die zwar ihr Haus verloren hat, körperlich aber unversehrt geblieben ist. Diese Herausforderung versuchte man lange dadurch zu lösen, Pflegebedürftige doch wieder ins Krankenhaus auszulagern. In der Praxis mussten Einsatzkräfte, bspw. in Stendal 2013, feststellen, dass es zwar eine gute Idee ist, die Menschen erst einmal ins Krankenhaus zu bringen, es in der Praxis allerdings zu Problemen kommt, weil die Krankenhäuser niemanden mehr aufnehmen konnten (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2018a, 2018b).

Hier bedarf es also einer neuen Konzeption, um diesen Bedingungen entgegenzuwirken. Ein in AUIPK entwickelter Ansatz ist, die Versorgung der Pflegebedürftigen auf dem beschriebenen Betreuungsplatz fortzuführen. Hierfür wurde im Projekt ein Einsatzabschnitt Pflege vorgeschlagen. Die Versorgung der Pflegebedürftigen soll dabei möglichst durch den Personenkreis fortgeführt werden, der dies bereits im Alltag getan hat. Hierbei ist in Hinblick auf die besonderen Rahmenbedingungen möglicherweise ergänzende Unterstützung zu leisten. Dies könnte die Übernahme von pflegebegleitenden Leistungen durch Hilfskräfte und die Betreuung von pflegenden Angehörigen sein. Mit diesem Vorschlag wird

.....

die bestehende Struktur des Betreuungsplatzes weiterentwickelt und eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt. Dieses Verfahren ist unabhängig von den immer wieder unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die Krisen und Katastrophen mit sich bringen.

Auf Basis der bereits besprochenen Vernetzung von Katastrophenschutzakteurinnen und -akteuren sowie ambulanten Pflegeakteurinnen und -akteuren sollten also die ambulanten Pflegedienste an einem Betreuungsplatz im Krisen- oder Katastrophenfall ihrer alltäglichen Arbeit so gut wie möglich weiter nachgehen. Hier gilt es je nach Katastrophensituation zu erörtern, unter welchen Umständen es den Pflegediensten möglich ist, ein Minimum der gewohnten Arbeit abzudecken. Zu diesem Prozess gehört es auch, pflegende Angehörige am Betreuungsplatz mit einzubeziehen.

In dem beschriebenen Konzept Einsatzabschnitt Pflege ist es selbstverständlich möglich, ungebundene Helfende unterstützend einzusetzen. Dieser Einsatz orientiert sich an den Fähigkeiten und Qualifikationen der ungebundenen Helfenden selbst. Es ist vorstellbar, dass damit das gesamte Spektrum, von niederschwelliger Hilfstätigkeit bis zu professioneller pflegerischer Tätigkeit, abgedeckt werden kann.

Diese freiwillige Hilfeleistung kann vom Bevölkerungsschutz in verschiedenen Aufgabenbereichen eingebunden werden – mit einem Vier-Augen-Prinzip, um das Wohlbefinden der Helfenden sicherzustellen.

Das Management der sogenannten ungebundenen Helfenden sollte ein Bestandteil des Bevölkerungsschutzes sein. Zivilgesellschaftliches Potenzial wird massiv unterschätzt (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2015). In Hinblick auf die kurze Verweildauer im Pflegeberuf (zwischen acht Jahren in der Altenpflege sowie 13,7 Jahre in der Krankenpflege (Technische Krankenkasse (TK) 2017) wird deutlich, dass es in der Bundesrepublik enorm viele Menschen gibt, die zwar nicht mehr als Pflegekraft arbeiten, auch nirgendwo als solche gelistet sind, aber diese Profession besitzen.

Die Erstellung eines bedarfsorientierten Betreuungsplatzes beinhaltet auch die Feststellung, Koordination und Abwägung von Bedarfen und Ressourcen: Wer hat sich hier eingefunden? Welche Bedarfe haben diese Personen? Was benötigen wir, um diese zu decken? Wen können wir in diese Aufgaben einbinden?

Als Beispiel für den Einbezug zivilgesellschaftlichen Potenzials in Krisenfällen lohnt sich ein kurzer Blick in die USA, wo sich bezüglich Naturkatastrophen bereits eine routinierte Krisenhilfe etabliert hat (Sonja und Stormy-Annika 2012). Wenige Tage, bevor ein Wirbelsturm eine Küste erreicht, gibt es dort die ersten Aufrufe über Nachrichtensendungen: „Wir brauchen jetzt Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger an diesen und jenen Orten“, „Medizinisches Personal wird in diesen Städten gebraucht (...)“, „Bitte melden Sie sich hier, wenn Sie folgende Qualifikationen mitbringen (...)“ Hier läuft ein Mechanismus an, noch bevor es zur Katastrophe gekommen ist. Selbstverständlich ist dies nicht auf jede Krise und Katastrophe übertragbar, aber der Grundgedanke, schnell, gezielt und geordnet nach Fähigkeiten zur Mithilfe aufzurufen, ist sinnvoll und erstrebenswert. Selbstverständlich endet die Mittlerrolle nicht mit dem Aufruf zur Hilfe. Die Hilfeleistenden benötigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, wenn sie zu einem Betreuungsplatz kommen. Idealerweise werden sie von jemandem empfangen, der ihnen eine kurze Einweisung in die örtlichen Gegebenheiten und Bedarfe gibt. Dies wäre dann Aufgabe der Katastrophenschützerinnen und -schützer.

4. Zusammenfassung

In Krisen und Katastrophen muss sich der Bevölkerungsschutz zunehmend auf die Betreuung und Versorgung vulnerabler Personen einstellen. Aktuell hervorzuheben ist hierbei die Gruppe der Menschen mit Pflegebedarf in unterschiedlichster Ausprägung, der bisher kein besonderes Augenmerk in der Praxis gewidmet wurde (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2018a, 2017). Die Versorgung von Pflegebedürftigen im Alltag ist bereits ein hochkomplexer Vorgang, an dem unterschiedlichste Akteurinnen und Akteure beteiligt sind und der von verschiedensten Faktoren beeinflusst wird. Dieser Sachverhalt wird in Krisen und Katastrophen zusätzlich verschärft. Dies hat sich in den vorher beschriebenen Ereignissen der letzten drei Jahren gezeigt und damit das Problem verdeutlicht. Die Unterschiedlichkeit der drei oben beschriebenen Ereignisse zeigt, dass die Maßnahmen zur Problembewältigung flexibel, lage- und bedarfsorientiert sein müssen. Der Bevölkerungsschutz und die Strukturen sowie Einrichtungen der alltäglichen Versorgung stehen hier gleichermaßen in der Verantwortung, die sichere Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten. Hierfür ist es erforderlich, im Vorfeld von Einsätzen Netzwerke zu schaffen, die sich an den örtlichen Gegebenheiten und Bedarfen orientieren. Dieses Netzwerken ist ein kontinuierlicher, sich immer überprüfender Prozess. Maxime der Hilfeleistung sollte grundsätzlich sein, die betroffenen Pflegebedürftigen möglichst in ihrer gewohnten Umgebung mit den bestehenden Standards zu versorgen. Dies wird erwartungsgemäß lageabhängig nicht immer möglich sein. Das DRK in seiner Rolle als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege einerseits und als Nationale Hilfsgesellschaft andererseits ist prädestiniert, in diesem Zusammenhang eine Mittlerrolle zu übernehmen. Hierbei sind zwei konzeptionelle Ansätze aus dem Projekt AUIPK entstanden. Erstens Fortführung der pflegerischen Versorgung dezentral in der angestammten Häuslichkeit der Betroffenen und zweitens, wenn dies nicht möglich ist, die temporäre zentrale Versorgung bspw. auf einem Betreuungsplatz in einem Einsatzabschnitt Pflege. In beiden Ansätzen sind das Management von Bedarfen einerseits und Fähigkeiten sowie Ressourcen andererseits potenzielle Aufgabe von Bevölkerungsschutzstrukturen.

Eine zentrale Quintessenz des DRK aus dem Forschungsprojekt ist es, dass wir immer mit den Gegebenheiten, die wir vorfinden, arbeiten müssen, ohne uns an starren Strukturen und Verfahrensweisen festzuhalten. Hierbei ist das Zusammenspiel zwischen Strukturen der alltäglichen Gesundheitsversorgung und Strukturen des Bevölkerungsschutzes unabdingbar. Durch das Forschungsprojekt AUIPK wurden Wege für Hilfsorganisationen dafür aufgezeigt.

Literaturverzeichnis

- Bölt, Ute; Graf, Thomas (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. In: WISTA – Wirtschaft und Statistik 2012 (2), S. 112–138.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2015): Die Rolle von ungebundenen HelferInnen bei der Bewältigung von Schadensereignissen. Teil 2: Die Perspektive der DRK-Einsatz- und Führungskräfte. Berlin: DRK-Service GmbH.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2017): Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Bedingungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst. Berlin: DRK-Service GmbH.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2018a): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis. Berlin: DRK-Service GmbH.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2018b): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Berlin: DRK-Service GmbH.

.....

Europäische Region der WHO (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO 6, S. 258.

Max, Matthias; Schulze, Matthias (2022): Hilfeleistungssysteme der Zukunft. Analysen des Deutschen Roten Kreuzes zur Aufrechterhaltung von Alltagssystemen für die Krisenbewältigung. 1. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag.

Sonja Thielges; Stormy-Annika Mildner (2012): USA: Risiko Naturkatastrophen. Hohe Kosten stellen die Regierung in Washington vor enorme Herausforderungen. Hg. v. Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) -Aktuell. Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit. https://www.swp-berlin.org/publications/products/aktuell/2012A02_tlg_mdn.pdf, zuletzt geprüft am 23.03.2023.

Technische Krankenkasse (TK) (2017): Ein Masterplan für die Pflege. <https://www.tk.de/resource/blob/2042726/a52e0cba10fd816e0b772b2a40ab0f38/tk-position---masterplan-fuer-die-pflege-data.pdf>, zuletzt geprüft am 16.03.2023.

Herausforderungen und Anpassungsbedarfe ambulanter Pflegedienste

*Sanne Lessinnes, Sebastian Gröbe, Michael Köhler, Michael Ewers,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Institut für Gesundheit und Pflegewissenschaft*

1. Einleitung

Die häusliche Langzeitversorgung hat eine zentrale Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Von den rund 4,1 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden 3,3 Millionen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Die häusliche pflegerische Versorgung der Menschen wird zu einem erheblichen Teil von deren An- oder Zugehörigen übernommen, die somit die Hauptlast bei dieser Form der Versorgung tragen. Knapp eine Million pflegebedürftiger Menschen im Sinne des SGB XI werden darüber hinaus von rund 14.700 professionellen ambulanten Pflegediensten mit oder allein versorgt (DESTATIS 2020: 12–19). Insbesondere bei schwer kranken, intensiv pflegebedürftigen, technikabhängigen und anderen Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf bilden ambulante Dienste einen wichtigen Teil der pflegerischen Infrastruktur.

Ambulante Pflege in Deutschland ist einer ganzen Reihe von z. T. erschwerenden Bedingungen ausgesetzt. Gefördert durch demografische und epidemiologische Entwicklungen sowie den technisch-wissenschaftlichen Fortschritt nimmt die Komplexität des Unterstützungsbedarfs von Menschen jeden Alters mit diversen Grund- und Begleiterkrankungen zu. Aufgrund der sozialrechtlichen Prämisse „ambulant vor stationär“ werden immer mehr von ihnen in der häuslichen Umgebung versorgt, wobei sie oftmals auf lebenserhaltende Apparate, Techniken und umfangreiche pflegerische Fremdhilfe angewiesen sind. Dadurch steigt die Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten mit qualifizierten Pflegefachpersonen deutlich an.

Gleichzeitig ist die ambulante pflegerische Versorgung in Deutschland durch viele Klein- und Kleinst anbietende geprägt, die einem hohen **ökonomischen Druck** ausgesetzt sind (Jacobs et al. 2018: 130). Ambulante Pflegedienste haben heute eine überwiegend private oder freigemeinnützige Trägerschaft und liegen nur zu unter 1,5 % in öffentlicher Hand (DESTATIS 2020: 23–24). Diese treffen auf einen Markt mit einer hohen und immer weiter ansteigenden Nachfrage, zugleich aber mit erheblichem Wettbewerbsdruck. Letzterer bezieht sich weniger auf die zu versorgenden pflegebedürftigen Personen, sondern vielmehr auf das am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehende Fachpersonal. So kommt es dazu, dass diese ambulante Pflegeinfrastruktur als ein durch Konkurrenz und Verdrängung geprägter Wachstumsmarkt beschrieben wird (Szepan 2018; Kämmer/Link 2019).

Schon länger wird vor dem „Pflegenotstand“ im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel und der Ökonomisierung des gesundheitlichen Versorgungssystems gewarnt (Stiftungsallianz 2020).

Die Versorgung von knapp einer Million pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit und in teilstationärer Pflege soll im Jahr 2019 von circa 421.550 Mitarbeitenden in den jeweiligen Einrichtungen durchgeführt worden sein (DESTATIS 2020: 12–29). Das entspräche auf den ersten Blick einem Personalschlüssel von einer Mitarbeitenden Person auf 2,4 Pflegebedürftige. Es muss aber berücksichtigt werden, dass lediglich 43,7 % der benannten Mitarbeitenden zu den Pflegefachberufen gehören und weniger als ein Drittel der Mitarbeitenden in Vollzeit tätig ist. Hinzu kommen die Planungs-, Leitungs- und Abrechnungstätigkeiten sowie die Umsetzung ärztlicher Anordnungen zu Medikamenten, deren Management und andere Therapieformen der zu versorgenden Personen.

Derzeit sind ambulante Pflegedienste nur mit hohem Aufwand in der Lage, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen und die wachsende Zahl an Pflegebedürftigen mit besonderen Problemlagen in ihrer Häuslichkeit im Alltag zu versorgen. Im Fall von Alltagsstörungen droht dieses System jedoch leicht in Bedrängnis zu geraten (Blättner et al. 2013: 270–272). Erschwerend kommt hinzu, dass die ambulanten Pflegedienste nicht offiziell zu den sogenannten „kritischen Infrastrukturen“ zählen und damit zu den „Dienstleistungen zur Versorgung der Allgemeinheit, deren Ausfall oder Beeinträchtigung zu erheblichen Versorgungsengpässen oder zu Gefährdungen der öffentlichen Sicherheit führen würde“ (BBK 2021). Es ist daher fraglich, ob und wie ambulante Dienste im Fall von Krisen und Katastrophen unterstützt werden, um die häusliche Versorgung der von ihnen versorgten Personen weiter aufrechterhalten zu können. Tatsächlich ist vielmehr davon auszugehen, dass pflege- und hilfsbedürftige oder in ihren Funktionsfähigkeiten eingeschränkte Menschen, die häusliche Pflege und Versorgung in Anspruch nehmen, im Fall von Krisen und Katastrophen aufgrund der Fragilität der pflegerischen Infrastrukturen erhöhten Risiken ausgesetzt sein könnten (Al-Rousan/Rubenstein/Wallace 2015; Dostal 2015).

2. Katastrophenvorsorge in der häuslichen Pflege – eine empirische Annäherung

Wie sich diese schwierige Ausgangssituation aus Sicht der ambulanten Pflegedienste selbst darstellt und wie sie dem wachsenden Risiko von Krisen und Katastrophen begegnen, war Untersuchungsgegenstand im AUPIK- eilprojekt „Sicherheit und Pflege“. Um zunächst Sichtweisen und Erfahrungen von Leitungspersonen und Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste im Hinblick auf Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Versorgung (u. a. von Menschen mit Technikabhängigkeit) zu erfassen, wurden in einem ersten Schritt basierend auf einer umfassenden literaturgestützten Ausgangsanalyse (Ewers/Lehmann 2021) eine Online-Befragung von direkt in der häuslichen Versorgung tätigen Mitarbeitenden sowie Interviews mit Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste durchgeführt (Lehmann/Thiele/Ewers 2021). Auf dieser empirischen Grundlage konnten nicht nur die mit Krisen und Katastrophen einhergehenden Herausforderungen für die ambulanten Dienste identifiziert werden. Es war zudem möglich, den Unterstützungsbedarf der ambulanten Pflegedienste bei der Vorbereitung auf und Bewältigung von Notfällen, Krisen und Katastrophen abzuleiten. Im Ergebnis wurde ein erster Entwurf von Ansatzpunkten zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen formuliert. Im Anschluss daran wurden diese Ansatzpunkte in einem mehrphasigen, partizipativen Forschungs-

prozess zusammen mit verschiedenen Expertinnen und Experten aus der Praxis weiterentwickelt. Die Expertinnen und Experten kamen aus Berufs- Wohlfahrts- und Fachverbänden, aus Medizinischen Diensten, Kammern und wissenschaftlichen Instituten, aus ambulanten Pflegediensten sowie aus dem Bereich der beruflichen und hochschulischen Pflegebildung. Entstanden ist eine Broschüre, in der insgesamt acht Ansatzpunkte zur Stärkung der Resilienz ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden gegenüber Katastrophen dargelegt sind (Ewers et al. 2022).

2.1 Einige Ergebnisse der Befragung ambulanter Dienste

Die Befragung der Mitarbeitenden und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste hat interessante Einblicke in deren Risiko- und Problemwahrnehmung und auch deren antizipierte Strategien zur Aufrechterhaltung ambulanter Pflege im Fall von Krisen und Katastrophen aufgedeckt. Interessant ist vor allem, welche Probleme ambulante Pflegedienste bei der Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen und deren Bewältigung erwarten und wie sie damit auf der Organisationsebene umzugehen gedenken.

2.1.1 Problemwahrnehmung und Risikobewusstsein

Es zeigte sich, dass das Thema Katastrophenvorsorge in den ambulanten Pflegediensten zwar zunehmend Aufmerksamkeit erlangt – nicht zuletzt aufgrund jüngster Ereignisse wie der COVID-19-Pandemie und der Hochwasserkatastrophe in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Das Bewusstsein für die wachsenden Risiken für Krisen und Katastrophen sowie ihre möglichen Auswirkungen auf die häusliche Langzeitversorgung und die Patientensicherheit scheint bei den Mitarbeitenden und Leitungspersonen der ambulanten Pflegedienste aber insgesamt noch eher gering ausgeprägt zu sein. Meist haben eigene Erfahrungen wie z. B. die Pandemie, Extremwetterereignisse oder Evakuierungen nach Bombenfund die Aufmerksamkeit für solche Risiken geschärft. Für Ereignisse ohne konkrete Vorerfahrungen – wie z. B. einen mehrtägigen, großflächigen Stromausfall – sind die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung und die nötige Vorbereitung auf die damit verbundenen Sicherheitsrisiken dagegen nur schwer vorstellbar. Weitergehende Alltagsstörungen können in ihren Ausmaßen nur schwer antizipiert werden. Der von Expertinnen und Experten geforderte Perspektivwechsel in Richtung des All-Gefahren-Ansatzes, bei dem alle möglichen Risiken mit ihren komplexen Aus- und Wechselwirkungen berücksichtigt werden (UNDRR 2015; WHO 2019), steht aufseiten der ambulanten Pflegedienste noch aus. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Befragung, dass die Dienste für eine vorausschauende und reflektierende Auseinandersetzung mit dem wachsenden Risiko für Krisen und Katastrophen noch Unterstützung benötigen. Damit stehen sie aber nicht allein da. Die Dienste auf der einen Seite tun sich schwer damit, die Folgen von Krisen und Katastrophen auf ihre Arbeit zu übertragen und entsprechende Situationen zu antizipieren. Den politischen Verantwortungsträgerinnen und -trägern auf der anderen Seite fehlt es oft noch an einem Bewusstsein für die Sicherheitsrisiken in der häuslichen Versorgung sowie die komplexen Problemlagen der dort versorgten pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen. Daraus ergibt sich eine gefährliche Gemengelage, die im konkreten Ereignisfall weitreichende negative Folgen für alle an der häuslichen Versorgung beteiligten Personen haben könnte.

2.1.2 Konzeptionelle Orientierungen und organisatorische Vorkehrungen

In den Befragungsergebnissen fanden sich wenig Hinweise auf konzeptionelle Vorstellungen aufseiten ambulanter Pflegedienste zum Umgang mit Krisen und Katastrophen und dementsprechend auch kaum strukturelle oder organisatorische Vorkehrungen zur Vorsorge, zum Management und zur Bewältigung derselben. Allenfalls berichteten die befragten Mitarbeitenden davon, dass Notfallpläne für z. B. für medizinische Notfälle vorgehalten werden oder auch Listen mit Kontaktdaten der versorgten Pflegebedürftigen und Angehörigen für den Notfall vorliegen. Ob diese bereits ergriffenen Vorsorgemaßnahmen im Hinblick auf Krisen und Katastrophen aber tatsächlich belastbar und weitreichend genug sind, ist fraglich. Zwar sahen sich die befragten Personen damit gut auf einen akut medizinischen Notfall oder eine psychosoziale Krise (z. B. Familienkonflikte) vorbereitet. Solche Ereignisse kommen im Alltag häufiger vor, weshalb Handlungskompetenzen und tragfähige Strategien zum Umgang damit entwickelt werden konnten. Auf andere als medizinische Krisen und Notfälle mit größerer Reichweite und möglicherweise auf weitreichendere Schadensbilder sehen sich die Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste sowohl persönlich als auch beruflich dagegen nur unzureichend vorbereitet. Dies gilt insbesondere für solche Krisen und Katastrophenereignisse, die jenseits des eigenen Erfahrungshintergrunds liegen und in ihren Auswirkungen auf das eigene Leben und Arbeiten nur schwer antizipiert werden können.

2.1.3 Vernetzung mit lokalen Beteiligten

Eine zentrale Herausforderung stellt die Kooperation und Vernetzung mit anderen Beteiligten sowie die Sozialraumorientierung ambulanter Pflegedienste dar – beides ist basierend auf den vorliegenden Befragungsergebnissen gering ausgeprägt, für die Krisen- und Katastrophenvorsorge aber von zentraler Bedeutung. Geteilte Verantwortlichkeiten, organisationsübergreifende Maßnahmen sowie sozialräumliche Planung mit der Einbindung lokaler Gemeinschaften werden als wichtige Bausteine einer systematischen Katastrophenvorsorge und eines erfolgreichen Katastrophenmanagements angesehen (UNDRR 2015; WHO 2019). Den Mitarbeitenden und Leitungspersonen von einzelwirtschaftlich agierenden und zudem hochgradig wettbewerblich aufgestellten ambulanten Pflegediensten sind diese Überlegungen zur vorausschauenden Vernetzung mit anderen Beteiligten im ambulanten Sektor und darüber hinaus aber eher fremd. Die damit verbundenen Möglichkeiten zur gegenseitigen Unterstützung im Ereignisfall liegen außerhalb des eigenen Blickfeldes. Lediglich ansatzweise finden sich Hinweise auf Kooperationen mit anderen ambulanten Pflegediensten. Regionale und trägerübergreifende Netzwerke scheitern nach Ansicht der Befragten an der Konkurrenzsituation im Pflegemarkt und der Konkurrenz um die knappen (personellen) Ressourcen. Auch die Einbindung informeller Helferinnen und Helfer oder die Aktivierung zivilgesellschaftlicher Unterstützung für die Vorbereitung auf und den Umgang mit Krisen und Katastrophen wird eher nicht in Erwägung gezogen. Stattdessen zeigt sich eine hohe Erwartungshaltung gegenüber Behörden, Blaulichtorganisationen oder Katastrophenschutzorganisationen, von denen sie im Ereignisfall Unterstützung bei der Versorgung der ihnen anvertrauten Personen erhoffen. In der Summe fällt es den Befragten schwer zu ermitteln, welche Rollen und Aufgaben sie selbst, ihr ambulanter Pflegedienst sowie andere Einrichtungen, Organisationen und Beteiligte in ihrem Stadtteil, ihrer Kommune oder Region wahrnehmen können, um zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung im Ereignisfall beizutragen.

3. Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste stärken

Die Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen zeigen, dass wichtige Voraussetzungen für eine tragfähige Vorsorge und ein gelingendes Management von Krisen und Katastrophen in der häuslichen Pflege und Versorgung derzeit noch fehlen. Dies könnte die Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen und damit die Sicherheit der in ihrer Häuslichkeit versorgten Menschen im Ereignisfall erheblich gefährden. Aufgabe des AUIPK-Gesamtprojektes war es aber nicht nur, diese Ausgangssituation kritisch zu analysieren und Probleme aufzudecken. Vielmehr sollten zugleich Ideen und Lösungsansätze dafür entwickelt werden, wie die Katastrophenvorsorge in der häuslichen Versorgung gezielt verbessert und wie dieser Versorgungsbereich insgesamt widerstandsfähiger gegenüber Alltagsstörungen jedweder Art gemacht werden kann.

Im Folgenden werden nun, aufbauend auf den vorliegenden Erkenntnissen und auf Grundlage von Beratungen mit Expertinnen und Experten, einige Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste dargestellt. Dabei werden gleichermaßen strukturelle, organisatorische wie auch individuelle Anpassungserfordernisse mit jeweils unterschiedlichen Reichweiten und Dimensionen angesprochen.

3.1 Problemwahrnehmung und Risikobewusstsein stärken

Sowohl Leitungspersonen als auch die in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden befassen sich noch selten mit der erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit von Krisen und Katastrophen und den sich daraus ergebenden Risiken der häuslich versorgten pflegebedürftigen Menschen und deren Netzwerk. Es bedarf daher niederschwelliger und zielgruppenspezifischer Angebote auf unterschiedlichen Ebenen, die eine Sensibilisierung in Hinblick auf mögliche Ereignisse bewirken. Bei der Umsetzung solcher Sensibilisierungsmaßnahmen sollten aktuelle Grenzen und Belastungen ambulanter Pflegedienste berücksichtigt werden, indem auf regulatorischer Grundlage zusätzlich notwendige Ressourcen bereitgestellt und Verantwortlichkeiten festgelegt werden.

Ebenso sollten Leitungspersonen und Mitarbeitende dazu ermutigt werden, sich mit den anderen regionalen Beteiligten zu vernetzen (z. B. durch die Teilnahme an regelmäßigen organisationsübergreifenden Dialogen, Planspielen oder regionalen (Pflege-)Konferenzen). Es erscheint sinnvoll, dass Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflegedienste bei der Konzeption der Katastrophenschutzplanung in der Kommune (z. B. durch Teilnahme in Krisenstäben oder an Runden Tischen) unter der Berücksichtigung der lokalen Bedingungen mitwirken. Ziel muss es sein, das kollektive Risikobewusstsein bei allen Beteiligten zu stärken. Die Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen und deren Bewältigung in der ambulanten Pflege und Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch eine gemeinschaftliche Kraftanstrengung erfordert und nicht allein den ambulanten Pflegediensten überantwortet werden sollte.

3.2 Förderung der Katastrophenvorsorge auf organisatorischer Ebene

Um die Katastrophenvorsorge auf organisatorischer Ebene fördern zu können, bedarf es zuvor einer politischen Neuorientierung in diesem Bereich. Entsprechende Handlungsempfehlungen wurden in einem anderen AUIK-Teilprojekt erarbeitet und an anderer Stelle dieses Sammelbandes beschrieben (Verweis auf Kapitel IZEW). Damit ambulante Pflegedienste perspektivisch angemessen auf Krisen- und Katastrophenrisiken reagieren können, müssen vorausschauende Strategien entwickelt werden. Insbesondere Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste sind für ihre Aufgaben bei der Vorsorge, beim Management und bei der Bewältigung von Krisen und Katastrophen zu stärken und zu unterstützen. Konzepte, Planungsinstrumente und Arbeitshilfen sollten für ambulante Pflegedienste von der berufsspezifischen Wissenschaft und den Verbänden so entwickelt und evaluiert werden, dass eine individuelle Anpassung an konkrete Situationen, Settings und die jeweiligen Pflegedienste möglich bleibt. Dabei ist zu beachten, dass derartige Konzepte nicht allein zur Vorlage bei der nächsten Prüfung durch den Medizinischen Dienst erarbeitet werden, sondern als Handlungsanweisungen systematisch und nachhaltig in den Pflegediensten implementiert werden. Auch hierfür gilt es geeignete Unterstützungsangebote sowie notwendige finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen für ambulante Pflegedienste vorzuhalten.

3.3 Vorausschauendes Ressourcenmanagement betreiben

Im Ereignisfall müssen u. a. der Zugang zu patientenbezogener Dokumentation, die Kommunikation der Beteiligten untereinander sowie die Mobilität der direkt in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden gewährleistet sein. Auch eine sinnvoll zusammengestellte Notfallausrüstung muss vorgehalten werden. Aufgrund knapper materieller und personeller Ressourcen scheinen die Schaffung solcher Back-up-Strategien und Ressourcenpolster für ambulante Pflegedienste allein kaum umsetzbar. Hierfür sind anforderungsgerechte strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen und betriebswirtschaftlich tragfähige Lösungen zu finden (z. B. durch Ausgestaltung der Versorgungsverträge und Refinanzierung der Vorsorgemaßnahmen). Dennoch sollten auch die Leitungspersonen der Pflegedienste ihre Verantwortung bei der Katastrophenvorsorge wahrnehmen und – bestenfalls in einem organisationalen Katastrophenschutzplan – das materielle und personelle Ressourcenmanagement mit bedenken. Die Finanzierung und Organisation ggf. erforderlicher Anschaffungen wie auch eventuell entstehende Vorhaltekosten können jedoch nicht den ambulanten Pflegediensten allein überlassen werden, sondern sind gegebenenfalls kommunal zu verorten. Im Hinblick auf die Einsatzbereitschaft des Personals ist zu berücksichtigen, dass die Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste im Krisen- und Katastrophenfall möglicherweise nicht in vollem Maße zur Verfügung stehen können. Eventuell müssen sie sich auch um eigene Familienangehörige kümmern und private Sorgaufgaben wahrnehmen, z. B. gegenüber Kindern. Um auf die Unterstützung dieser Mitarbeitenden nicht verzichten zu müssen, sollte die Versorgung von deren Familienmitgliedern auch für einen Ereignisfall sichergestellt werden, beispielsweise durch eine Kooperation mit (mobilen) Kinderbetreuungsdiensten. Ebenso wäre zu überlegen, ob die Einführung eines kommunenübergreifenden Freiwilligenpools an Pflegefachpersonen zur Kompensation von Personalausfällen in Krisen und Katastrophen aufgebaut werden und im Ereignisfall genutzt werden kann.

3.4 Individuelle Information und Katastrophenvorsorge fördern

Aufbauend auf der zu fördernden Problemwahrnehmung und dem Risikobewusstsein müssen die Leitungspersonen und Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste Kompetenzen entwickeln, um die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen auch in Krisen und Katastrophen sicher durchführen zu können. Sie müssen katastrophenspezifische Informationen finden, verstehen, bewerten und begründet anwenden können, um die Risiken und Gefahrenlagen für sich, die zu versorgenden pflegebedürftigen Menschen sowie deren An- und Zugehörige zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren (Çalışkan/Üner 2021). Um diese katastrophenspezifischen Gesundheitskompetenzen zu erlangen, bedarf es der gezielten Vermittlung des Themas in der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen sowie in der beruflichen Einarbeitung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste. Hier wäre zu prüfen, inwieweit eine darauf ausgerichtete Fortbildungsverpflichtung eingeführt werden könnte – unterlegt mit entsprechenden Ressourcen für die regelmäßige Durchführung.

Ein weiteres Ziel sollte die katastrophenspezifische Information von Pflegebedürftigen sowie deren An- und Zugehörigen sein. Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste können individuell und gezielt dazu informieren und beraten, wie sich die pflegebedürftigen Personen auf mögliche Krisen und Katastrophen vorbereiten können, ohne dabei unnötige Ängste oder Überreaktionen zu erzeugen. Diese Aufgabe der ambulanten Pflegedienste entspricht grundsätzlich dem sozialrechtlich verankerten Anspruch der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) für die pflegerische Langzeitversorgung, allerdings sollte dieser weiter spezifiziert und konkretisiert werden. Weiter benötigen ambulante Pflegedienste zur Erfüllung dieser Aufgabe nicht nur unterstützende Arbeitsbedingungen wie ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen und ggf. Arbeitshilfen, sondern ebenso eine auf diese Aufgabe ausgerichtete Qualifikation der ausführenden Pflegefachpersonen. Wünschenswert wäre zudem, die Information der auf häusliche Pflege und Versorgung angewiesenen Personen nicht allein den Pflegediensten zu überlassen (z. B. im Rahmen von Pflegeberatungsbesuchen nach § 37, Abs. 3 SGB XI oder § 7a SGB XI). Ergänzend dazu könnte auch über speziell konzipierte Informationsangebote des Bevölkerungsschutzes für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf (z. B. mit Kommunikations- und Mobilitätseinschränkungen oder medikamentöser oder technikgestützter Therapie und damit einhergehendem Pflegebedarf) nachgedacht werden.

3.5 Bildungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen angehen

Um die bereits im Alltag komplexen Versorgungsaufgaben in der ambulanten Pflege auch bei Krisen und Katastrophen bewältigen zu können, ist es notwendig, auf allen Ebenen Kompetenzen zu fördern, die für den Umgang mit den Sicherheitsrisiken in diesem Versorgungsbereich erforderlich sind. An erster Stelle sollten dabei die Leitungspersonen der ambulanten Pflegedienste als Verantwortliche für die Konzept- und Personalentwicklung gezielte Angebote zum Kompetenzerwerb erhalten. Darauf aufbauend könnten sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in ihrer Einrichtung wirken, um alle anderen Mitarbeitenden in Fragen der Katastrophenvorsorge zu unterstützen. Neben den Leitungspersonen könnten auch ausgewählte Pflegefachpersonen als Katastrophenschutzbeauftragte weitergebildet werden. Für diese zusätzliche Aufgabe in der Katastrophenvorsorge wären die Mitarbeitenden dann von anderen Tätigkeiten freizustellen. Schließlich sollten für alle Mitarbeitenden ambulanter

Dienste adressatengerechte Bildungsangebote zur Förderung der Kompetenzen in Katastrophenvorsorge vorgehalten werden. Dabei sollte einerseits auf eine hohe Akzeptanz der Nutzenden und andererseits die Niederschwelligkeit der Bildungsangebote geachtet werden. Bei der Entwicklung der Bildungsangebote können international vorliegende Kompetenzkataloge für unterschiedliche Niveaustufen wie z. B. die Core Competencies in Disaster Nursing des Weltbundes der Pflegefachpersonen ICN (2019) orientierend genutzt werden. Eine Anpassung an den deutschen Kontext ist allerdings unabdingbar. Im Vorfeld ist zudem klärungsbedürftig, wo und in welchem Umfang die Kompetenzen zur Vorsorge, Beantwortung und Bewältigung von Krisen und Katastrophen bereits in der pflegerischen Grundausbildung erworben und dann – darauf aufbauend – in Fortbildungen erweitert werden können.

3.6 Sozialräumliche Perspektiven und lokale Vernetzung ausbauen

Die Sicherstellung der häuslichen Versorgung in Krisen- und Katastrophensituationen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ein koordiniertes Handeln zwischen allen daran Beteiligten erfordert. Ambulante Pflegedienste sollten durch entsprechende Anreize dazu ermutigt werden, die kleinteilige und wettbewerblich gestaltete Anbieterstruktur sowie ungeklärte Zuständigkeiten zu überwinden, verlässliche partnerschaftliche Beziehungen auszubauen und sich sozialräumlich zu vernetzen. Dies würde ihnen erlauben, sich besser als bislang auf Krisen- und Katastrophen vorzubereiten, sie zu managen und deren Folgen zu bewältigen. Außerdem scheint die ressourcenorientierte Einbindung des Sozialraums der pflegebedürftigen Menschen sowie von freiwilligen Helferinnen und Helfern bei der Planung der Versorgung sinnvoll. Inwieweit den Pflegediensten eine organisierende Rolle von (bspw.) Nachbarschaftshilfe übertragen werden kann, ist fraglich. Zu klären wäre ggf., welche zusätzlichen Ressourcen sie hierfür benötigen und ob die Verantwortung für diese Netzwerkarbeit möglicherweise eher bei anderen Beteiligten anzusiedeln wäre. Vorstellbar wäre jedoch, den zusätzlichen Aufwand der überwiegend privatwirtschaftlich agierenden Pflegedienste für die Kooperation und Einbindung anderer Helfer und Helferinnen in angemessener Weise in gesetzlichen Rahmenbedingungen aufzunehmen und zu vergüten. Dies könnte dazu beitragen, dass ambulante Pflegedienste sich aktiv untereinander und mit weiteren Leistungsanbietern im Gesundheitsbereich, mit Sozial- und Wohlfahrtsverbänden und nicht zuletzt mit Rettungsdiensten, Feuerwehr, Polizei und Katastrophenschutz vernetzen. Die übergeordnete Koordinationsverantwortung könnte dann ergänzend von einer neutralen lokalen Instanz wahrgenommen werden – z. B. dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

3.7 Komplexe Probleme mit spezifischen Konzepten und Kompetenzen beantworten

Die Anforderungen bei der pflegefachlichen Versorgung von körperlich, psychisch und sozial beeinträchtigten Menschen mit teils hochkomplexen Problemlagen, wie z. B. Technikabhängigkeit oder Multimorbidität in der eigenen Häuslichkeit, sind hoch. Diese pflegebedürftigen Personen sind vor, während und nach Krisen und Katastrophen besonders schutzbedürftig. Um darauf reagieren zu können, bedarf es tragfähiger, spezifischer (pflegerischer) Konzepte und Kompetenzen. Ziel sollte es sein, diese pflege- und hilfebedürftigen Menschen auch bei Krisen und Katastrophen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit weiter zu versorgen.

Um die Versorgung möglichst vieler pflegebedürftiger Menschen bei gleichzeitig knappen personellen und materiellen Ressourcen der ambulanten Pflegedienste in Krisen und bei Katastrophen aufrecht erhalten zu können, müssen zudem fachlich fundierte und ethisch begründete Priorisierungskonzepte entwickelt werden. Dabei sollte die Dringlichkeit und die unbedingte Notwendigkeit der Versorgung im Vordergrund stehen, um sicherzustellen, dass die Ressourcen der Pflegedienste zielgerichtet für die Personen eingesetzt werden, die den größten Bedarf haben. Die Entwicklung und Implementierung solcher Priorisierungskonzepte ist voraussetzungsvoll, weil viele Bedingungen zu berücksichtigen sind, die sich aufseiten der Pflegedienste rasch verändern können (z. B. Anzahl, Gesundheitszustand, Versorgungsumfeld der Pflegebedürftigen). Sollte eine ambulante Pflege trotz aller Bemühungen nicht mehr möglich und die Sicherheit von Mitarbeitenden, pflegebedürftigen Personen oder deren Angehörigen gefährdet sein, müssen zentralisierte Unterbringungsmöglichkeiten auch für Personen mit spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen vorgehalten werden. Sowohl für die dezentrale Weiterversorgung als auch für die zentrale Unterbringung sind die speziellen Gegebenheiten, die Versorgungsstrukturen und die jeweiligen Akteurskonstellationen vor Ort zu berücksichtigen.

3.8 Begegnungsräume schaffen für Pflege-, Rettungsdienste und Katastrophenschutz

Die Orientierungslosigkeit der sich im Gesundheits- und Sozialsystem bewegendenden Personen und die Unübersichtlichkeit der Zuständigkeiten der darin beteiligten Institutionen stellen insbesondere im Fall von Krisen und Katastrophen ein erhebliches Risiko für die Sicherheit der Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit dar. Gefordert sind deshalb alltagsnahe Begegnungen von Leistungsanbietern, Katastrophenschutz und auch Vertreterinnen und Vertretern von Behörden oder anderen Interessengruppen vor Ort. „Voneinander, miteinander und übereinander lernen“, um sich gemeinsam besser auf Krisen und Katastrophen vorzubereiten, wäre in diesem Zusammenhang ein wichtiges Ziel. Die verschiedenen Beteiligten könnten so lernen, sich mit ihrer jeweils spezifischen Expertise und zugleich ineinandergreifend an der Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Notlagen zu beteiligen. Die Schaffung der hierfür geeigneten und niederschweligen Begegnungsräume bildet dabei den Grundstein dieser Vernetzung, der in einer gemeinsamen kommunalen Katastrophenschutzplanung münden sollte. Als dafür geeignete Maßnahmen kommen u. a. gegenseitige Fortbildungsangebote (Schulungen, Vortragsveranstaltungen), Tage der offenen Tür, wechselseitige Hospitationen und gemeinsame Kongresse bis hin zu interdisziplinären Planübungen infrage. Die Veranstaltungen könnten von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben unter Einbindung der verschiedenen Beteiligten vorbereitet werden. Ambulante Pflegedienste sollten außerdem aktiv bei den kommunalen Katastrophenschutzveranstaltungen mit eingebunden werden.

4. Fazit und Ausblick

Die vorstehenden Überlegungen sollten zeigen, wie den zu Beginn berichteten Herausforderungen ambulanter Pflegedienste bei der Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen und deren Bewältigung in der häuslichen Pflege und Versorgung begegnet werden kann. Die ambulanten Pflegedienste in

Deutschland sind aufgefordert, sich selbst intensiver mit den hier aufgeworfenen Fragen auseinanderzusetzen und ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber Alltagsstörungen zu erhöhen. Bei der Entwicklung und Umsetzung der Vorbereitungsmaßnahmen und den damit einhergehenden neuen zusätzlichen Aufgaben werden sie aber auch Unterstützung von außen benötigen. So können ambulante Pflegedienste nur mit den entsprechenden Ressourcen und Kapazitäten – sei es finanziell, zeitlich oder personell – ihren Beitrag zur Organisation einer Katastrophenvorsorge leisten. Ebenso sollten sich die Leitungspersonen und Mitarbeitenden die notwendigen Kompetenzen aneignen, um ihre Aufgaben bei der Krisen- und Katastrophenvorsorge bewältigen zu können. Hier müssten Bildungsträger und Bildungseinrichtungen unterschiedlicher Art unterstützend tätig werden. Es scheint zudem zielführend, wenn ambulante Pflegedienste bei der regionalen Katastrophenschutzplanung eingebunden werden, um ihre Möglichkeiten und Grenzen darlegen und ihren Unterstützungsbedarf anzeigen zu können. Die hier vorgestellten Ergebnisse des AUIPK-Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ werden in Zukunft weiter konkretisiert und auf der Ebene von Einzelmaßnahmen und relevanten Zielgruppen ausgearbeitet werden müssen. Dabei können auch die Ergebnisse aus anderen Teilprojekten des AUIPK-Projektes genutzt werden, die in den weiteren Beiträgen dieses Sammelbandes zu finden sind (darunter etwa ethische und politische Überlegungen oder auch Ansatzpunkte aus Sicht des Katastrophenschutzes). In der Zusammenschau sollten die Ergebnisse des AUIPK-Projekts dazu beitragen, künftig die Voraussetzungen dafür schaffen zu können, dass ambulante Pflegedienste angesichts auch hierzulande wachsender Risiken für Krisen und Katastrophen widerstandsfähig aufgestellt sind, die dezentrale häusliche Versorgung möglichst lange aufrechterhalten und die Sicherheit von pflegebedürftigen Menschen mit speziellen Problem- und Bedarfslagen und deren Angehörigen auch bei Alltagsstörungen jederzeit gewahrt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Al-Rousan, Tala M./Rubenstein, Linda M./Wallace, Robert B. (2015): Preparedness for natural disasters among older US adults: a nationwide survey, in *American Journal of Public Health*, 104 (3), S. 506-511.
- Blättner, Beate/Georgy, Sascha/Grewe, Henry Annette (2013): Sicherstellung ambulanter Pflege in ländlichen Regionen bei Extremwetterereignissen. In Roßnagel, Alexander (Hg.), *Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens*. Kassel: University Press, 267-296.
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hg.) (2021): Klärung und Erweiterung des KRITIS-Vokabulars. Kriterien und Vorgehensweise. V.01 – Living Guideline. Bonn.
- Çalışkan, Cüneyt/Üner, Sarp (2021): Disaster Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models, in *Disaster medicine and public health preparedness*, 15 (4), S. 518–527.
- Dostal, Patrick J. (2015): Vulnerability of Urban Homebound Older Adults in Disasters: A Survey of Evacuation Preparedness, in *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9 (3), S. 301-306.
- Ewers, Michael/Lehmann, Yvonne (2021): Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege. Literatursynthese & Bibliografie. Working Paper No. 21-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Ewers, Michael et al. (2022): Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- (ICN) – International Council of Nurses (Hg.) (2019): *Core competencies in disaster nursing version 2.0*. Geneva, Switzerland: ICN.
- Jacobs, Klaus et al. (Hg.) (2018): *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Kämmer, Karla/Link, Jürgen (2019): Management in der ambulanten Pflege. Besser organisieren - sicherer führen. 2., aktual. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Lehmann, Yvonne/Thiele, Anne/Ewers, Michael (2021): Vorsorge, Management und Bewältigung von Katastrophen aus Sicht ambulanter Pflegedienste. Befragungsergebnisse zum IST-Zustand. Working Paper No. 21-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (Hg.) (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am: 09.12.2022.

Szepan, Nadine-Michèle (2018): Sektorierung stößt an ihre Grenzen. Neue Rahmenbedingungen für die Pflege, in Nadine-Michèle Szepan/Franz Wagner (Hg.): Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart, S. 111–136.

Stiftungsallianz der Robert Bosch Stiftung, die Bertelsmann Stiftung und die Stiftung Münch (2020): Positionspapier. Pflege kann nicht mehr. In Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft 25. Jg. 2020 H.1.

UNDRR – United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2015): Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>, zuletzt geprüft am: 09.12.2022.

WHO – World Health Organization (2019): Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva: World Health Organization; 2019.

Rechtlicher Rahmen der Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisen- situationen

Prof. Dr. Dr. Erik Hahn

1. Einleitung

Im Rahmen des Verbundprojekts AUPIK wurde ein Rechtsgutachten erstellt, das sich mit den rechtlichen Fragestellungen im Kontext der Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen befasst. Die darin erörterten Punkte werden nachfolgend auszugsweise und kursorisch dargestellt. Aufgrund der Fokussierung von AUPIK auf die Modellregion Magdeburg erfolgt die gefahrenabwehrrechtliche Darstellung am Beispiel des Katastrophenschutzgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (KatSG-LSA).

2. Regelungszuständigkeiten

Der föderalen Struktur der Bundesrepublik ist es geschuldet, dass die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 70 ff. GG grundsätzlich den Bundesländern zugewiesen ist, soweit nicht das Grundgesetz andere Regelungen trifft. Im Kontext des Katastrophenschutzes hat das zur Folge, dass die Regelungs- und Handlungsbefugnisse grundsätzlich bei den Ländern liegen.

2.1 Schutz der Zivilbevölkerung

Eine Grundlage für Regelungen des Bundes in diesem Bereich bildet der Kompetenztitel „die auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung, einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung“ nach Art. 73 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 GG, auf dem etwa das Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (Bundesgesetzblatt. I S. 726) weitgehend beruht (Uhle, 2022, Rn. 53). Dieses verfolgt den Zweck, „durch nichtmilitärische Maßnahmen die Bevölkerung, ihre Wohnungen und Arbeitsstätten, lebens- oder verteidigungswichtige zivile Dienststellen, Betriebe, Einrichtungen und Anlagen sowie das Kulturgut vor Kriegseinwirkungen zu schützen und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern“. Der Zivilschutz ist daher vom übrigen Katastrophenschutz, der auf die Abwehr nicht kriegsbedingter Gefahren gerichtet ist, abzugrenzen.

2.2 Hilfeleistung bei einer Naturkatastrophe oder bei einem besonders schweren

Darüber hinaus enthält Art. 35 GG zwei weitere Anknüpfungsmöglichkeiten für eine Tätigkeit des Bundes. Diese betreffen die Hilfeleistung bei einer Naturkatastrophe oder bei einem besonders

schweren Unglücksfall in einem Bundesland nach Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG oder in mehreren Bundesländern nach Art. 35 Abs. 3 S. 1 GG. Gemäß Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG kann ein Land zur Hilfe bei einer Naturkatastrophe oder bei einem besonders schweren Unglücksfall Polizeikräfte anderer Länder, Kräfte und Einrichtungen anderer Verwaltungen sowie des Bundesgrenzschutzes und der Streitkräfte anfordern. Begrifflich wird unter einem besonders schweren Unglücksfall im Sinne von Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG „ein Schadensereignis von großem Ausmaß verstanden, das – wie ein schweres Flugzeug- oder Eisenbahnunglück, ein Stromausfall mit Auswirkungen auf lebenswichtige Bereiche der Daseinsvorsorge oder der Unfall in einem Kernkraftwerk – wegen seiner Bedeutung in besonderer Weise die Öffentlichkeit berührt und auf menschliches Fehlverhalten oder technische Unzulänglichkeiten zurückgeht“ (BVerfG, Urt. v. 15.2.2006 - 1 BvR 357/05). Es muss sich mithin um eine „ungewöhnliche Ausnahmesituation“ (BVerfG, Beschl. v. 3.7.2012 - 2 PBvU 1/11) bzw. „äußerste[...] Ausnahmefälle[...] bei Ereignissen von katastrophischen Dimensionen“ (BVerfG, Beschl. v. 20.3.2013 - 2 BvF 1/05) handeln. Der Begriff der „Naturkatastrophe“, bei dem die Ursache in einem Naturereignis liegt, folgt hinsichtlich seiner Schwere und Bedeutung denselben Prinzipien wie der des „besonders schweren Unglücksfalls“ (Dederer, 2022, Rn. 133). Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG begründet aber keine eigene Gesetzgebungskompetenz im engeren Sinne, da die Regelung selbstausführend ist (Dederer, 2022, Rn. 168) und daher bereits eine verfassungsunmittelbare (Epping, 2021, Rn. 9) Handlungsgrundlage bildet. Der Erlass ausgestaltender Vorschriften ist dem Gesetzgeber dadurch zwar nicht verwehrt (Dederer, 2022, Rn. 168; Epping, 2021, Rn. 9), muss aber im Rahmen der allgemeinen Kompetenzordnung des Grundgesetzes erfolgen.

Anders als Art. 35 Abs. 2 S. 2 GG knüpft Art. 35 Abs. 3 S. 1 GG daran an, dass die Naturkatastrophe oder der Unglücksfall das Gebiet mehr als eines Landes gefährdet. Im Übrigen gelten dieselben Voraussetzungen (Dederer, 2022, Rn. 136). Im Gegensatz zum regionalen Katastrophennotstand ermöglicht der überregionale Katastrophennotstand jedoch ein eigenmächtiges Tätigwerden des Bundes in Form der sogenannten „Bundesintervention“ (Dederer, 2022, Rn. 157). Konkret gewährt Art. 35 Abs. 3 S. 1 GG der Bundesregierung die Möglichkeit, den Landesregierungen Weisungen zu erteilen, Polizeikräfte anderen Ländern zur Verfügung zu stellen sowie Einheiten des Bundesgrenzschutzes und der Streitkräfte zur Unterstützung der Polizeikräfte einzusetzen, soweit dieses zur wirksamen Bekämpfung der Gefahr erforderlich ist. Ergänzend ist in Bereichen, in denen aus sachimmanenten Umständen nur der Bund tätig werden kann, eine ungeschriebene Bundeskompetenz kraft Natur der Sache in Betracht zu ziehen (Wissenschaftlicher Dienst, 2007, S. 9 ff.).

2.3 Spezielle Kompetenztitel für den Bereich „Pfleger“

Speziell für den Bereich der Pflege sind zudem die Kompetenztitel „öffentliche Fürsorge (ohne das Heimrecht)“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG (z. B. für Vorschriften zur Kostentragung der Pflegeausbildung), „Arbeitsrecht“ (z. B. für Vorgaben zu organisatorischen Weisungen oder zur Arbeitszeit) und „Sozialversicherung“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (soweit die Regeln zur Pflegeversicherung betroffen sind) sowie die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (zu denen auch Pflegeberufe zählen) zu beachten. Außerdem enthält Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG noch eine Bundeskompetenz für das „Bürgerliche Recht“, die etwa die vertragliche Ausgestaltung der

Beziehung zwischen den Pflegediensten und den gepflegten Personen betrifft, sowie für das „Strafrecht“ (z. B. für die „unterlassene Hilfeleistung“ nach § 323c Abs. 1 StGB). Alle in Art. 74 GG enthaltenen Titel begründen eine sogenannte konkurrierende Gesetzgebungskompetenz. Bei dieser haben die Länder nach Art. 72 Abs. 1 GG die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat.

3. Zentrale Regelungen des KatSG-LSA

3.1 Grundlagen

Das Land Sachsen-Anhalt hat bereits im Jahr 1994 ein Katastrophenschutzgesetz erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt Sachsen-Anhalt, 1994: 816), das derzeit in einer im Jahr 2002 (Gesetz- und Verordnungsblatt Sachsen-Anhalt, 2002: 339) neu bekannt gemachten und im Jahr 2018 (Gesetz- und Verordnungsblatt Sachsen-Anhalt, 2018: 406) letztmalig geänderten Fassung vorliegt. Nach § 1 Abs. 2 KatSG-LSA handelt es sich bei einem Katastrophenfall im Sinne dieses Gesetzes um einen „Notstand, bei dem Leben, Gesundheit oder die lebenswichtige Versorgung einer Vielzahl von Personen oder erhebliche Sachwerte gefährdet oder wesentlich beeinträchtigt werden und zu dessen Abwehr oder Eindämmung der koordinierte Einsatz der verfügbaren Kräfte und Mittel unter einer gemeinsamen Gesamtleitung erforderlich ist“. Die Zuständigkeit für den Katastrophenschutz liegt nach den §§ 2 Abs. 1, 2a Abs. 1 KatSG-LSA grundsätzlich bei den Landkreisen und kreisfreien Städten als untere Katastrophenschutzbehörden. Diesen kommt nach der Konzeption des KatSG-LSA vorrangig eine Koordinierungs- und Leitungsaufgabe zu, die – wie § 3 S. 1 KatSG-LSA ausdrücklich betont – die gefahrenabwehrrechtliche Zuständigkeit anderer Behörden unberührt lässt (Drucksachen des Landtages von Sachsen-Anhalt 1/2369: 4). Aus diesem Grund enthält das KatSG-LSA kaum eigenständige polizeirechtliche Eingriffskompetenzen (vgl. dazu Drucksachen des Landtages von Sachsen-Anhalt 1/2369: 3), sondern setzt deren Existenz bei den von der Katastrophenschutzbehörde koordinierten Strukturen voraus.

3.2 Mitwirkung privater Organisationen und sogenannter „Helfer“ im Katastrophenschutz

Nach § 12 Abs. 2 S. 1 KatSG-LSA können private Organisationen unter zwei Voraussetzungen im Katastrophenschutz mitwirken. Zum einen muss sich die private Organisation gegenüber der Katastrophenschutzbehörde zur Mitwirkung bereiterklärt haben. Zwangsverpflichtungen privater Organisationen sind demnach zumindest im Rahmen von § 12 KatSG-LSA nicht vorgesehen. Zum anderen muss die Katastrophenschutzbehörde der Mitwirkung durch Einheiten und Einrichtungen, die von der privaten Organisation aufgestellt wurden, zugestimmt haben. Ein Anspruch privater Organisationen auf Erteilung einer Zustimmung zur Mitwirkung am Katastrophenschutz besteht nach § 12 Abs. 2 S. 1 Hs. 2 KatSG-LSA nicht. Vielmehr hängt die Möglichkeit zur Mitwirkung vom Bedarf an bestimmten Einheiten und Einrichtungen ab (Drucksachen des Landtages von Sachsen-Anhalt 1/2369: 10). Die §§ 13 bis 15 KatSG-LSA normieren die rechtliche Stellung von sogenannten Helfern im Katastrophenschutz.

Dabei handelt es sich nach § 13 Abs. 1 S. 1 KatSG-LSA um Personen, die in den Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes einen freiwilligen und ehrenamtlichen Dienst leisten. Das gilt auch für die Tätigkeit in Einheiten und Einrichtungen privater Organisationen, wenn diese nach § 12 Abs. 2 KatSG-LSA in den Katastrophenschutz einbezogen wurden. Eine allgemeine katastrophenschutzrechtliche Dienstpflicht existiert nicht (Walus, 2013, Rn. 23). Der § 13 Abs. 1 S. 2 KatSG-LSA begründet für die Helfer eine persönliche Verpflichtung zum Dienst im Katastrophenschutz (Drucksachen des Landtages von Sachsen-Anhalt 1/2369: 11), soweit eine solche nicht bereits aus ihrer Zugehörigkeit zum jeweiligen Träger der Einheiten und Einrichtungen folgt. Zu den daraus resultierenden Pflichten zählt § 12 Abs. 2 KatSG-LSA insbesondere die Teilnahme an Katastropheneinsätzen, Katastrophenschutzübungen sowie angeordneten Aus- und Fortbildungsveranstaltungen. Bei der Mitwirkung im Katastrophenschutz handelt es sich um eine hoheitliche Tätigkeit (Drucksachen des Landtages von Sachsen-Anhalt 1/2369: 11), die nicht ausschließlich der Allgemeinheit, sondern (konkret drittbezogen) auch den Belangen der von der Katastrophe betroffenen Personen dient. Wird bei deren Ausübung einem Dritten ein Schaden zugefügt, greift das Institut der Amtshaftung nach Art. 34 S. 1 GG i. V. m. § 839 BGB (vgl. Drucksachen des Landtages von Sachsen-Anhalt 1/2369: 11).

3.8 Jedermannspflicht zur persönlichen Hilfeleistung

Nach § 21 Abs. 1 KatSG-LSA ist in einem Katastrophenfall jedermann verpflichtet, bei Abwehrmaßnahmen Hilfe zu leisten, wenn er von der Katastrophenschutzbehörde oder einer von ihr beauftragten Person dazu aufgefordert wird. In diesem Fall wird die herangezogene Person als sogenannter „Verwaltungshelfer“ tätig (Walus, 2013, Rn. 19). In diesem Fall kommt eine Einbeziehung in die Unfallversicherung kraft Gesetzes nach § 2 Abs. 1 Nr. 11 a SGB VII in Betracht.

Die angeforderte Hilfeleistung kann nach § 21 Abs. 1 KatSG-LSA nur verweigert werden, wenn der Helfer durch sie erheblich gefährdet würde oder höherwertige Pflichten verletzen müsste. Dass es sich bei arbeitsvertraglichen Pflichten – z. B. zwischen den Pflegenden und dem Pflegedienst – nicht um höherwertige Pflichten in diesem Sinne handelt, verdeutlicht der in § 21 Abs. 3 KatSG-LSA enthaltene Verweis auf § 14 Abs. 2 S. 2 KatSG-LSA. Im Bereich der Pflege kommen allerdings durchaus Szenarien in Betracht, in denen eine Verweigerung der katastrophenschutzrechtlichen Hilfeleistung berechtigt sein kann. Zu denken ist beispielsweise an die aktuelle Betreuung pflegebedürftiger Personen, die durch eine katastrophenschutzrechtliche Heranziehung der Pflegekräfte beeinträchtigt werden könnte. Als problematisch erweist sich dabei jedoch der in § 21 Abs. 2 KatSG enthaltene enge Verweis auf „höherwertige“ Pflichten. Das gilt vor allem im Hinblick auf solche Pflichten, die „nur“ als gleichwertig einzustufen sind. Eine einzelfallbezogene Gewichtung der unterschiedlichen Pflegebedarfe dürfte der Katastrophenschutzbehörde praktisch kaum möglich sein. Anders als bei § 21 Abs. 2 KatSG-LSA ist eine Verweigerung der Hilfeleistung nach § 26 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 BrSchG-LSA bereits dann zulässig, wenn die Inanspruchnahme „zur Verletzung anderer wichtiger Pflichten der heranzuziehenden Person führen würde“. Insbesondere etwaige kollidierende Garantepflichten dürften zu diesen „anderen wichtigen Pflichten“ zählen. Eine Lösung des dargestellten Kollisionsproblems im Rahmen von § 21 Abs. 2 KatSG-LSA lässt sich aber auf der Ebene des Ermessens erreichen, das die Katastrophenschutzbehörde bei der Anforderung der Hilfe ausüben muss (vgl. Walus, 2013, Rn. 30). Dabei hat sie auch

zu berücksichtigen, ob ihre Entscheidung zur Heranziehung bestimmter Personen zur Gefahrenabwehr an einer anderen Stelle selbst wiederum gefahrenbegründend wirkt. Zu den relevanten Entscheidungsbelangen dürfte daher etwa auch die Frage gehören, ob eine bisherige pflegerische Versorgung durch die nun im Katastrophenschutz herangezogene Person ohne oder zumindest mit einer hinnehmbaren nur geringen Gefährdung aufgeschoben oder von Dritten übernommen werden kann. Auf derselben Ebene zu lösen ist auch ein möglicher Konflikt, der durch die erzwungene Heranziehung zur Gefahrenabwehr mit familiären Obhuts- und Versorgungspflichten gegenüber Angehörigen entstehen kann. Zumindest im Sinne der Klarstellung wäre allerdings eine Anpassung des Verweigerungsrechts aus § 21 Abs. 2 KatSG an § 26 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 BrSchG-LSA (bzw. auch an § 323c Abs. 1 StGB) wünschenswert. Ein bundesweiter Vergleich der Katastrophenschutzgesetze offenbart zumindest, dass die Regelungslage in dieser Frage eine hohe Diversität aufweist. Exemplarisch zu nennen sind § 54 Abs. 2 S. 3 SächsBRKG („Verletzung anderer wichtiger Pflichten“), § 7 Abs. 1 S. 2 BayKSG („wenn nicht durch die Hilfeleistung die Erfüllung dringender eigener Aufgaben ernstlich gefährdet wird“) und § 8 Abs. 1 S. 1 BerlKatSG i.V.m. § 16 Abs. 1 Nr. 4 BerlASOG („ohne Verletzung höherwertiger Pflichten“).

4. Sicherstellung der ambulanten Pflege nach dem SGB XI

4.1 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Verantwortung der Länder

Bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung handelt es sich nach § 8 Abs. 1 SGB XI um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese Aussage hat vorrangig die Funktion eines zusammenfassenden Programmsatzes (Koch, 2021, Rn. 5) und begründet – auch aufgrund der in den §§ 9 ff. SGB XI enthaltenen Konkretisierungen – noch keine unmittelbaren Handlungspflichten. Nach § 9 Abs. 1 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Hierbei handelt es sich jedoch nur um einen Ausdruck der dualistisch (Shafaei, 2018, Rn. 3) angelegten Finanzierung der pflegerischen Versorgungsstruktur. Spezifische Vorgaben zur tatsächlichen Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung (z. B. in Katastrophensituationen) enthält § 9 Abs. 1 SGB XI dagegen nicht.

4.2 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung als Aufgaben der Pflegekassen

Eine Sicherstellungspflicht allgemeiner Art findet sich aber in § 12 Abs. 1 S. 1 SGB XI. Danach sind die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Näher ausgestaltet wird dieser Auftrag – neben den leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 28 ff. SGB XI (Gaa-Unterpaul, 2022, Rn. 3) – vor allem in den nachfolgenden Sätzen des § 12 SGB XI sowie in § 69 SGB XI. Gemäß § 69 S. 1 SGB XI umfasst der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen die Verpflichtung, im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Zu diesem Zweck schließen

sie gemäß § 69 S. 2 SGB XI Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen. Dazu zählen im ambulanten Bereich die als „Pflegedienste“ bezeichneten ambulanten Pflegeeinrichtungen und die als „Betreuungsdienste“ bezeichneten ambulanten Betreuungseinrichtungen. Ambulante Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 71 Abs. 1 SGB XI selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI versorgen. Dagegen handelt es sich nach § 71 Abs. 1a SGB XI um ambulante Betreuungseinrichtungen, wenn diese für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen. Die Vorschriften des SGB XI für Pflegedienste gelten – vorbehaltlich abweichender Sonderregeln – für ambulante Betreuungseinrichtungen entsprechend. Bei dem Sicherstellungsgebot nach § 12 Abs. 1 S. 1 SGB XI handelt es sich demnach nicht um eine eigene Leistungserbringungs-, sondern um eine „Verschaffungspflicht“ (Gaa-Unterpaul, 2022, Rn. 4) der Pflegekassen. Lässt sich die Sicherstellung allein durch den Abschluss von Versorgungsverträgen nicht erreichen, können die Pflegekassen nach § 77 Abs. 2 SGB XI bei Bedarf auch selbst einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung i. S. d. § 36 SGB XI anstellen. Das ist grundsätzlich auch im Rahmen von Katastrophenfällen möglich, dürfte in dieser Situation in der Regel aber zumindest praktisch an der Verfügbarkeit bzw. zeitnahen Erreichbarkeit von Pflegenden scheitern.

Neben dem Abschluss von Versorgungsverträgen umfasst die Sicherstellungspflicht die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI und die obligatorische enge Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten nach § 12 Abs. 1 S. 2 SGB XI. Das betrifft auch die Hinwirkung auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen durch Pflegestützpunkte i. S. v. § 7c SGB XI, um dadurch eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Nach § 12 Abs. 2 S. 1 SGB XI müssen die Pflegekassen außerdem mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammenwirken, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Das umfasst nach der Vorstellung des Gesetzgebers etwa auch den Grundsatz, dass die „Pflegekasse [...] bei vorübergehender Unterbrechung der häuslichen Pflege auf [eine] reibungslose Zusammenarbeit zwischen Trägern vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege [...] hinwirkt. [...] Vor allem die Nutzung des vorhandenen Pflegepotentials kann so gesteigert werden, um möglichen Engpässen entgegenzuwirken“ (Bundestagsdrucksache 12/5262: 93).

4.3 Prüfung der Sicherstellung der häuslichen Pflege durch den medizinischen Dienst

Eine weitere, speziell auf die ambulante Pflege zugeschnittene Sicherstellungspflicht enthält zudem § 18 Abs. 6 S. 4 SGB XI. Danach muss sich die Stellungnahme des medizinischen Dienstes nach der Beantragung von Pflegegeld auch dazu äußern, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Im engen Zusammenhang mit den bisherigen Ausführungen zur Sicherstellungsverantwortung stehen die sozialrechtlichen Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 SGB XI. Die Vorschrift verlangt

von den Pflegeeinrichtungen, die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen. Darin sind zwei Qualitätsvorgaben verankert. Zum einen hat der Pflegedienst – wie auch nach § 28 Abs. 3 SGB XI – bei seiner Leistungserbringung (Leistungsqualität) einen Mindeststandard zu wahren, der dem jeweiligen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entspricht (vgl. Baumeister, 2022, Rn. 10). Zum anderen begründet § 11 SGB XI Anforderungen an die sogenannte „Strukturqualität“ (Shafaei, 2018, Rn. 3) im Hinblick auf die angemessene personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.

4.4 § 150 SGB XI als mögliches Vorbild für (andere) Katastrophenfälle

Zur Bewältigung der besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie hat der Bundesgesetzgeber im Jahr 2020 mit § 150 SGB XI besondere Vorschriften zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung eingeführt (Bundesgesetzblatt I S. 580). Tatbestandlich setzt § 150 Abs. 1 S. 1 SGB XI eine „eingetretene“ Beeinträchtigung der pflegerischen Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 voraus. Die Vorschrift ist damit rein reaktiv auf eine bereits bestehende Überlastungssituation ausgerichtet und beschränkt ihren Anwendungsbereich ausdrücklich auf den besonderen Fall der Coronapandemie. Eine Erstreckung auf (andere) Katastrophenfälle (zu möglichen Überschneidungen und Unterschieden vgl. Walus/Holbe, 2020, S. 382) erscheint, wegen der dort ebenfalls möglichen Beeinträchtigung von Pflegestrukturen, zwar de lege lata als wünschenswert, ist aber zumindest im derzeitigen Gesetzestext nicht vorgesehen.

5. Zivilrechtliche Perspektive

Bei dem Pflegevertrag über die Erbringung häuslicher Pflegeleistungen handelt es sich um einen zivilrechtlichen Dienstvertrag, der primär den Vorschriften der §§ 611 ff. BGB folgt (Udsching, 2022, Rn. 1), die durch § 120 SGB XI modifiziert werden. Danach übernimmt ein zugelassener Pflegedienst bei häuslicher Pflege spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI zu versorgen. § 120 Abs. 1 S. 1 SGB XI verdeutlicht, dass der ambulante Pflegedienst neben der Verpflichtung gegenüber der Pflegekasse eine solche auch – auf der Basis eines zivilrechtlichen Vertrages – gegenüber der zu pflegenden Person selbst begründet (Wilcken, 2022, Rn. 1). Dieser Vertrag bietet zugleich die zentrale Grundlage für etwaige verschuldensabhängige Schadensersatzansprüche der gepflegten Person nach den §§ 280 ff. BGB im Fall der Nicht- oder Schlechtleistung sowie bei anderen Leistungsstörungen.

Für den besonderen Fall der Katastrophensituation ist auf § 275 Abs. 1 BGB zu verweisen, der den Anspruch des Gläubigers (hier der gepflegten Person) auf die Leistung ausschließt, soweit die Leistungserbringung für den Schuldner oder für jedermann unmöglich ist. Zu denken ist hier etwa an eine Konstellation, in der ein Pflegedienst die zu pflegende Person aufgrund tatsächlicher oder

rechtlicher Hindernisse nicht mehr erreichen kann oder bei der ihm das eigene Personal ganz oder teilweise nicht mehr zur Verfügung steht. Hinsichtlich etwaiger rechtlicher Hindernisse (wie z. B. Gebietssperrungen) ist zumindest für den Fall eines seuchenassoziierten Katastrophenfalls auf § 30 Abs. 4 S. 1 IfSG zu verweisen, nach dem zur Pflege bestimmte Personen auch zu abgesonderten Personen freien Zutritt haben.

Ist die Pflegeleistung aufgrund von § 275 Abs. 1 BGB nicht mehr zu erbringen, entfällt nach § 326 Abs. 1 S. 1 BGB im Regelfall auch der Anspruch auf die Gegenleistung. Etwaige Schadensersatzansprüche der zu pflegenden Person richten sich dann nach § 280 Abs. 1 und 3 i. V. m. § 283 BGB, setzen aber voraus, dass der Schuldner (hier der Pflegedienst) die Pflichtverletzung zu vertreten hat (im Regelfall nur bei Vorsatz oder Fahrlässigkeit).

Nach § 120 Abs. 2 S. 2 SGB XI kann der Pflegevertrag von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Für den Pflegedienst gilt diese Vorschrift ausdrücklich nicht, sodass die allgemeinen Kündigungsregeln des Dienstvertragsrechts zur Anwendung kommen. Bei dem Vertrag über ambulante pflegerische Leistungen, die als Sachleistungen gegenüber der Pflegeversicherung abgerechnet werden, ist die Vergütung nicht nach Zeitabschnitten bemessen (BGH, Urte. v. 9.6.2011 - III ZR 203/10). Aus diesem Grund ist die Kündigung nach § 621 Nr. 5 BGB – vorbehaltlich abweichender vertraglicher Vereinbarungen – grundsätzlich jederzeit möglich (Hänlein, 2018, Rn. 259). Die ambulante Erbringung von Pflegeleistungen wird jedoch durch die Rechtsprechung zu den sogenannten Diensten höherer Art gezählt, die typischerweise aufgrund eines besonderen Vertrauens übertragen werden (BGH, Urte. v. 9.6.2011 - III ZR 203/10). Das hat zur Folge, dass eine fristlose Kündigung – außerhalb von § 626 BGB (aus wichtigem Grund) – nicht zur Unzeit erfolgen darf (Bassen, 2018, Rn. 5; Hänlein, 2018, Rn. 259). Das kann z. B. der Fall sein, wenn sich die zu pflegende Person die Dienste nicht anderweitig beschaffen kann.

Literaturverzeichnis

- Baumeister, P. (2022). § 28 SGB XI. In C. Rolfs/R. Giesen/M. Meßling/P. Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht (66. Ed.) C.H.Beck.
- Bassen, A. (2018). § 120 SGB XI. In P. Udsching/B. Schütze (Hrsg.), SGB XI Soziale Pflegeversicherung (5. Aufl.) C.H.Beck.
- Dederer, H.-G. (2022). Art. 35 GG. In G. Dürig/R. Herzog/R. Scholz (Begr./Hrsg.), Grundgesetz: Kommentar (98. EL). C.H.Beck.
- Epping, V. (2022). Art. 35 GG. In V. Epping/C. Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz (52. Ed.) C.H.Beck.
- Gaa-Unterpaul, B. (2022). § 12 SGB XI. In: R. Wagner/S. Knittel (Hrsg.), Soziale Pflegeversicherung. Krankenversicherung (115. EL). C.H.Beck.
- Hänlein, A. (2018). Recht der Sozialen Dienste. C.H.Beck.
- Koch, E. (09/2021). § 8 SGB XI. In O. Deinert/A. Körner/S. Knickrehm/M. Krasney/B. Mutschler/C. Rolfs (Hrsg.), beck-online.GROSSKOMMENTAR SGB. C.H.Beck.
- R. Shafaei (2018). § 9 SGB XI. In P. Udsching/B. Schütze (Hrsg.), SGB XI Soziale Pflegeversicherung (5. Aufl.) C.H.Beck.
- R. Shafaei (2018). § 11 SGB XI. In P. Udsching/B. Schütze (Hrsg.), SGB XI Soziale Pflegeversicherung (5. Aufl.) C.H.Beck.
- Udsching, P. (2022). § 120 SGB XI. In A. Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht (4. Aufl.) C.H.Beck.
- Uhle, A. (2022). Art. 73 GG. In G. Dürig/R. Herzog/R. Scholz (Begr./Hrsg.), Grundgesetz: Kommentar (98. EL). C.H.Beck.

.....

Wilcken, C. (2021). § 120 SGB XI. In C. Rolfs/R. Giesen/M. Meßling/P. Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht (66. Ed.) C.H.Beck.

Walus, A. (2013). Dienst- und Hilfeleistungsverpflichtungen zur Sicherstellung des Bevölkerungsschutzes. *OpinioIuris*, (2). <https://opinioIuris.de>

Walus, A./Holbe, F. (2020). Das Gesundheitswesen, 82(5), 381–385. <https://doi.org/10.1055/a-1152-4836>

Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages (2007). Zur Kompetenz des Bundes für den Bevölkerungsschutz. WD 3 - 423/07.

Kontinuitäten und Brüche zwischen Alltag und Ausnahme

*Katharina Wezel, Marco Krüger, Universität Tübingen –
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften*

Wer an Katastrophen denkt, denkt in aller Regel an Ausnahmesituationen. Die Katastrophe, als sprunghafte Überforderung der gesellschaftlichen Strukturen, steht dem Alltagsleben als scheinbarer Gegensatz diametral gegenüber. Daher soll der Katastrophenschutz den Eintritt der disruptiven Konsequenzen von Extremereignissen möglichst verhindern. Geht das nicht, sollen Katastrophenschutzstrukturen die schnelle und zielgerichtete Bearbeitung einer katastrophalen Lage gewährleisten. Gerade die schnelle Hilfe in der Not prägt das klassische (Selbst-)Verständnis des Katastrophenschutzes. Ob Hochwasser, Sturmschaden oder Waldbrand, ob Evakuierung oder ein größerer Industrieunfall, die Szenarien, in denen der Einsatz des Katastrophenschutzes nötig werden kann, sind vielfältig.

Spätestens jedoch mit dem Hyogo *Framework for Action* (UNDRR 2005) und seinem Nachfolger, dem *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction* (UNDRR 2015) der Vereinten Nationen bewegt sich der Fokus des Katastrophenschutzes insbesondere auf der politischen Ebene zunehmend in Richtung der Prävention von Katastrophen. Gemeint ist dabei weniger die Verhinderung von Ereignissen, sondern in erster Linie die Erhöhung der Krisenfestigkeit der Gesellschaft. Dafür werden vor allem im internationalen, aber auch zunehmend in nationalen Bereich eine Vielzahl von gesellschaftlichen Akteur*innen – und nicht zuletzt die Bevölkerung selbst – in die Verantwortung genommen (Krüger/Gabel 2021; Joseph 2018). Diesem Ansatz folgend ist Resilienz zum politischen Schlagwort der Stunde geworden (Brassett/Croft/Vaughan-Williams 2013; Dunn Cavelt/Kaufmann/Kristensen 2015).

Der heute insbesondere auf politischer Ebene geläufige vorbeugende Katastrophenschutz zielt darauf ab, Ausnahmesituationen gar nicht erst eintreten zu lassen. Wenn es nicht mehr ausschließlich um die Beseitigung von Akutfolgen geht, sondern mindestens ebenso die Stärkung der Gesellschaft in den Mittelpunkt der Betrachtungen rückt, werden Alltag und Ausnahme nicht mehr zu Gegensätzen. Vielmehr bestimmt die Krisenfestigkeit der Alltagsstrukturen die Ausgestaltung der Ausnahme. Während erste Ansätze aus den Strukturen des Katastrophenschutzes heraus bereits die Erhaltung alltäglicher Versorgungssysteme thematisieren (Max/Schulze 2022), bleibt der praktische Fokus des Katastrophenschutzes in aller Regel auf die Bewältigung von Akutproblemen beschränkt.

Dieser Beitrag zeigt am Beispiel der ambulanten Pflegedienste die Bedeutung der Aufrechterhaltung alltäglicher Versorgungssysteme im Falle einer Ausnahmesituation auf. In Ermangelung an eigenen pflegerischen Kapazitäten innerhalb des Katastrophenschutzes und angesichts der zunehmenden Anzahl an Personen mit Pflegebedarf scheint ein umfassender Ersatz der Alltagsstrukturen selbst im Krisenfall weder durchführbar noch wünschenswert. Er ist nicht durchführbar, da hierfür sowohl zahlreiche Helfer*innen mit pflegerischer Expertise als auch umfangreiche Unterbringungsmöglichkeiten vonnöten wären. Und er ist nicht wünschenswert, da die Versorgung der pflegebedürftigen Personen in

der vertrauten Häuslichkeit durch das bekannte Pflegepersonal einer zentralisierten Notversorgung vorzuziehen ist. Das liegt darin begründet, dass beispielsweise demenziell veränderte Personen und Personen mit erhöhtem Pflegebedarf sowohl gesundheitlich als auch koordinativ in ihrer Häuslichkeit am besten betreut werden können. Dennoch zeigen die Analysen des Forschungsprojekts AUIPK, dass die Strukturen der ambulanten Pflegedienste weder hinsichtlich ihrer Ressourcen noch bezüglich ihrer individuellen Vorbereitung (u. a. disaster literacy) auf die Bewältigung von Ausnahmesituationen vorbereitet sind. Das bedeutet, dass Strukturen, die ursprünglich für die Ausnahme geschaffen wurden – Katastrophenschutz – und Strukturen, die im Alltag ambulante pflegerische Versorgungen übernehmen – Pflegedienste – aus unterschiedlichen Gründen beide im Krisenfall nicht angemessen auf die Versorgung Pflegebedürftiger in ihrer Häuslichkeit vorbereitet sind. Inwiefern pflegerische Anforderungen in der Ausnahmesituation für die Strukturen des Katastrophenschutzes akut werden, hängt maßgeblich von den Bewältigungskapazitäten, sprich der Resilienz, der Alltagssysteme ab. Alltag und Ausnahme erscheinen dabei mehr als Kontinuitäten denn als Gegensatz, denn eine im Alltag bereits geschwächte und prekäre (Pflege-)Struktur kann im Krisenfall nicht ohne Weiteres zur prosperierenden Ressource werden.

Von Schadensbewältigung zur Schadensvorbeugung

Die Vorstellung, was Katastrophenschutz leisten soll, hat sich über die Zeit stark gewandelt. Als sich in den 1960er-Jahren eine internationale Katastrophenschutzpolitik etablierte, ging es in erster Linie um internationale humanitäre Hilfe angesichts der verheerenden Zerstörungen der Erdbeben im Iran sowie im ehemaligen Jugoslawien (Krüger/Gabel 2021). Der politische Fokus lag dabei klar auf der Bearbeitung bereits entstandener Schäden, ausgelöst durch Extremereignisse. Dieser Fokus ist noch immer aktuell und ein Wesensmerkmal von Katastrophenschutzstrukturen, wie zuletzt die Hochwasser an Ahr und Erft im Jahre 2021 zeigten.

Neben diesen klassischen Katastrophenschutzmechanismen hat sich in den letzten Jahrzehnten auch ein präventiver Katastrophenschutzcharakter durchgesetzt. Dabei ging es zunächst um die Verhinderung von Katastrophen (Disaster Reduction). Durch Vorsorgemaßnahmen sollten Katastrophen verhindert werden, wie etwa das Hyogo Framework for Action der Vereinten Nationen aus dem Jahr 2005 proklamierte (UNDRR 2005). Dem zugrunde liegt der Gedanke, dass ein Sturm oder gar ein Erdbeben nicht zwangsläufig eine gesellschaftliche Katastrophe auslösen muss. Solcherlei Ereignisse werden erst dann zu einer Katastrophe, wenn sie auf verwundbare Gesellschaften treffen (Voss 2010; Tierney 2014). Der Ansatz des Hyogo Frameworks will dabei vor allem als vulnerabel identifizierte Bevölkerungsgruppen schützen. Ein solches Verständnis von Bevölkerungsschutz berücksichtigt die unterschiedlichen Betroffenheiten von Personen und verlangt insofern nach einem differenzierten Katastrophenschutzansatz, der die unterschiedlichen in der Bevölkerung erkannten Bedarfe zu adressieren versucht. Ganz praktisch wird dieser Ansatz noch heute verfolgt, etwa wenn in der Neuausrichtung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz (BBK 2021) im Jahre 2021 die Ausbildung von Pflegehilfskräften für die bessere pflegerische Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in Katastrophen angedacht wird. Ein solcher Ansatz von Vulnerabilität ist insbesondere in konkreten Katastrophenlagen hilfreich, um

schnell Prioritäten setzen zu können (#GAR Papier). Andererseits verfestigt die Idee der vulnerablen Gruppe den Gedanken, dass einige Menschen schlicht vulnerabler sind als andere. In der Folge dieses Vulnerabilitätsverständnisses werden Menschen vor allem aufgrund ihrer Vulnerabilität geschützt. Schutz beschränkt sich dabei auf die möglichst unbeschadete Bewältigung der akuten Schadenslage. Die durchgeführten Schutzmaßnahmen dienen in aller Regel dem Ausgleich der als gruppenbezogenes Defizit wahrgenommenen Vulnerabilität. Bei aller Praktikabilität während einer konkreten Krise kann ein solches Vulnerabilitätsverständnis allzu leicht dazu führen, dass gesellschaftliche Strukturen als gegeben wahrgenommen und damit nicht mehr kritisch hinterfragt werden. Anders ausgedrückt wird Bevölkerungsschutz entlang der gewissen Bevölkerungsgruppen zugeordneten Bedarfen praktiziert, ohne die Gründe dieser Bedarfe zu hinterfragen und potenziell sogar von Individuen und Gruppen zu entkoppeln. Denn diese Bedarfe beschreiben nicht einfach vorgefundene Gruppen, sondern definieren sie erst. Ein solcher Kategorisierungsprozess dient der Komplexitätsreduktion und macht Bedarfe für staatliche Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen bearbeitbar und somit regierbar (Foucault 2008).

Das Potenzial eines dynamischen Vulnerabilitätsansatzes liegt genau in dieser Entkopplung von Vulnerabilität und Individuum bzw. Bevölkerungsgruppen (Gabel 2019). Denn anstatt Personen(-Gruppen) als per se vulnerabel zu klassifizieren, wird im dynamischen Vulnerabilitätsverständnis davon ausgegangen, dass Personen in bestimmten Situationen vulnerabel sein können. Diese Situationen sind dadurch gekennzeichnet, dass die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Betroffenen nicht für die Bewältigung einer konkreten Situation ausreichen. Dieses Vulnerabilitätsverständnis hat sich auch auf internationaler politischer Ebene Bahn gebrochen und ist zum Leitmotiv des Sendai Rahmenwerks der Vereinten Nationen geworden (UNDRR 2015). Ein solches dynamisches Vulnerabilitätsverständnis zielt in erster Linie darauf ab, Bewältigungskapazitäten zu vergrößern, um die Anzahl und das Ausmaß vulnerabler Situationen zu reduzieren. Es geht dabei nicht mehr primär um das Verhindern von Ereignissen an sich, sondern um Disaster Risk Reduction, wie es im englischsprachigen Titel des Sendai Rahmenwerks heißt (ebd.). Es sollen also vor allem die aus dem Katastrophenereignis resultierenden Konsequenzen gelindert werden, während die Verhinderung des eigentlichen Ereignisses nicht im Vordergrund steht.

Auch ein solcher Ansatz ist grundsätzlich präventiv, versucht er doch dem katastrophalen Ereignis die negativen Auswirkungen zu nehmen und es somit nicht mehr zur Katastrophe werden zu lassen. Es ist jedoch eine andere Art der Vorbeugung, die nicht mehr auf Schutz grundsätzlich vulnerabler, sondern auf die Befähigung situativ vulnerabler Menschen abzielt. In anderen Worten geht es darum, Menschen die notwendigen Fähigkeiten zu gewähren, um den Erfordernissen von Gefahrensituationen gerecht zu werden. Dieser Ansatz wurde insbesondere durch die vieldiskutierte Publikation des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) im deutschen Bevölkerungsschutzsystem aufgegriffen. So formulierte das BBK Maßnahmen zur Vorbereitung einer als angemessen empfundenen Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung (BBK 2019). Diese umfasst sowohl Verhaltensratschläge als auch materielle Vorbereitungsmöglichkeiten (u. a. in Bezug auf Nahrungsmittel, Medikamente und Kommunikationsmittel). Die Broschüre versäumt es dabei jedoch explizit zu machen, dass die Umsetzung dieser Maßnahmen zur Steigerung der Selbsthilfe bereits an gewisse materielle und individuelle Fähigkeiten geknüpft ist. So stellen Verhaltensregeln oft Grundanforderungen an die

körperliche und mentale Konstitution, während Anschaffungsvorschläge ein gewisses Maß an verfügbarem ökonomischen Kapital verlangt (Krüger 2019a).

Um Vulnerabilität besonders dort zu verringern, wo sie am größten ist, sollten die Voraussetzungen der formulierten Maßnahmen jedoch nicht nur gefordert, sondern vor allem gefördert werden (ebd; Krüger 2019b). Denn die Analyse vergangener Schadensereignisse hat gezeigt, dass längst nicht alle Teile der Bevölkerung gleichermaßen von Katastrophen betroffen sind. So schreibt die US-amerikanische Katastrophenforscherin Kathleen Tierney, dass soziodemografische Faktoren wie Armut, Gender oder Race ganz wesentlich die individuelle Vulnerabilität beeinflussen (Tierney 2019). Darüber hinaus identifiziert Tierney mit Alter und Behinderung zwei weitere Dimension, die sich auf die individuelle Vulnerabilität auswirken. Dies geschieht nicht etwa, weil weiblich gelesene Personen per se vulnerabler wären als männlich gelesene Personen, sondern weil gesellschaftliche Strukturen in unterschiedlichem Maße insbesondere hinsichtlich dieser Dimension ermöglichend oder hemmend auf die Resilienz von Individuen wirken (Wisner et al. 2004).

Kommen wir zurück auf das Beispiel der durch das BBK vorgeschlagenen Vorbereitungsmaßnahmen zur Selbsthilfe: Wird im Zuge der Katastrophenvorsorge im Rahmen der Selbstversorgung die Anschaffung von Vorräten gefordert, so verlangt dies die Verfügbarkeit von entsprechendem Stauraum zur Lagerung und den finanziellen Ressourcen, um den Vorrat erstmalig anzuschaffen (Krüger 2019a: 58). Wer die entsprechenden finanziellen Mittel oder diesen Raum, dessen Verfügbarkeit wiederum mit ökonomischem Kapital zu tun hat, nicht aufbringen kann, wird sich nicht an die geforderten Selbsthilfemaßnahmen halten können. So zeigte eine repräsentative Umfrage von Katja Schulze et al. (2019: 60), dass Menschen mit Pflegebedarf (35 %) wesentlich häufiger angaben, sich aus finanziellen Gründen nicht für Katastrophen zu bevorraten, als Befragte ohne Pflegebedarf (19 %). An diesem Beispiel wird deutlich, dass verschiedene Faktoren miteinander interagieren können – in diesem Fall sind dies je nach Pflegegrad – Behinderung, Alter und Armut. Die gegenseitige und sich überlagernde Beeinflussung dieser Faktoren wird in der Literatur als Intersektionalität von Vulnerabilität bezeichnet (Kuran et al. 2020; Wisner et al. 2004; Tierney 2019: 136-142).

Aus einer solchen intersektionalen Betrachtung ergeben sich Vulnerabilitätsmuster, die sowohl im Alltag als auch der Ausnahme von Bedeutung sind. Denn oft ist es so, dass verschiedene Faktoren (bspw. Alter und Armut) zusammenwirken und so die individuelle Vulnerabilität beeinflussen. Aus einer solchen Betrachtungsweise von Vulnerabilität lassen sich mindestens zwei Schlussfolgerungen für den Bevölkerungsschutz ziehen. Erstens ergibt sich aus einem intersektionellen Vulnerabilitätsansatz eine individualisierte Sicht auf Vulnerabilität. So sind pflegebedürftige Menschen nicht einfach als kategorisierte Gruppe pauschal – und damit gleichermaßen – vulnerabel. Vielmehr ergibt sich die Vulnerabilität eines Menschen mit Pflegebedarf aus dessen Betroffenheit von anderen Vulnerabilitätsfaktoren und ist somit individuell zu betrachten. Darüber hinaus ist, zweitens, Vulnerabilität gesellschaftlich beeinfluss- und eingrenzbar. So stellen sich gesellschaftlich strukturelle Fragen zu Diskriminierung, wenn empirische Befunde ergeben (Tierney 2019), dass sich Vulnerabilität entlang von Geschlecht und Hautfarbe unterscheidet. Auch stellen sich Fragen zum Stand der Inklusion, wenn etwa Behinderung ein entscheidender Vulnerabilitätsmarker wird. Diese strukturellen Ursachen von

Vulnerabilität werden bearbeitbar, weil sie nicht mehr als Eigenschaft einer Person, sondern mindestens ebenso als Resultat gesellschaftlicher Strukturen verstanden werden.

Katastrophenvorsorge, verstanden als die Minimierung von Katastrophenrisiken, kann an einem solchen Vulnerabilitätsverständnis ansetzen. Denn anstatt auf das zukünftige und damit in seiner genauen Ausgestaltung unbekanntes Ereignis bezieht sich ein solcher Katastrophenvorsorgeansatz auf die Fähigkeiten und Kapazitäten der Bevölkerung als zu schützenden Gegenstand der Sicherheitspolitik. Das Ziel der Schadensvorsorge geht insofern mit der Erhöhung von gesellschaftlicher Resilienz einher.

Gesellschaftliche Resilienz stärken

Ein solcher Schutzansatz folgt dem Resilienzparadigma. Resilienz ist als Schlagwort bereits seit einigen Jahren in aller Munde und umfasst Politik von der globalen (UNDRR 2015), über die Europäische (European Commission 2017) bis hin zur nationalen politischen Ebene (BMI 2022). Resilienz beschreibt dabei in erster Linie einen gelingenden, strukturierten Anpassungsprozess an Veränderungen, der durch disruptive Ereignisse ausgelöst wird (Bourbeau 2018b: 13-14). Auch wenn sich die Resilienzverständnisse in unterschiedlichen akademischen Disziplinen unterscheiden (Bourbeau 2018a; Holling 1996), stimmen sie doch in zentralen Punkten überein. So ist der Resilienzansatz (1) stets auf die Kapazitäten des Referenzsystems fokussiert, betrachtet (2) die Zukunft als potenziell gefährlich und nicht in ihrer Gänze zu antizipieren (Chandler 2014) und zielt daher (3) nicht auf die Verhinderung des Ereignisses, sondern nur auf die Bewältigung der Lage ab.

Resilienz ist insofern der Ansatz der Wahl, wenn es darum geht, strukturell induzierte Vulnerabilitäten zu reduzieren. Denn bei der Schaffung von Resilienz werden genau diejenigen strukturellen Probleme adressiert, die einige Personen(-gruppen) unverhältnismäßig häufig vulnerablen Situationen aussetzen.

Obwohl der Resilienzansatz zunächst vielversprechend erscheint, steht er insbesondere aufgrund seiner häufig verantwortungsübertragenden Ausrichtung immer wieder in der Kritik in den Sicherheitsstudien (Joseph 2013; Kaufmann 2013). Diese Kritik zielt auf Resilienzformulierungen ab, die keine Kapazitäten schaffen, sondern sie in erster Linie einfordern. Dies geschieht, wenn die vorgenannten Resilienzpolitiken auf übergeordneten Ebenen Anforderungen an die lokale Ebene oder die Bürgerinnen formulieren, deren Erfüllung aber nicht fördern (Joseph 2018: 189). In diesem Fall wird lediglich Verantwortung transferiert, womit die betroffenen Personen zusätzlich belastet werden: Denn fortan sind sie nicht mehr nur unzureichend auf die als unvermeidbar angesehene Katastrophe vorbereitet, sondern an dieser Situation auch noch selbst schuld, da sie es versäumten, adäquate Selbsthilfemaßnahmen zu treffen (Evans/Reid 2014).

Ein solcher Umstand ist ethisch offensichtlich problematisch und praktisch auch wenig hilfreich, um Resilienz in der Gesellschaft zu fördern. Denn nimmt man die Prämissen des Resilienzdenkens ernst, so gilt es Komplexität beherrschbar zu machen. Dies gelingt, indem durchaus die lokale Ebene adressiert wird. Nicht jedoch als primär verantwortliche Instanz, sondern vor allem als Ort der Wissensbildung. Denn emergente Systeme, wie heutige Gesellschaften, sind durch ein hohes Maß an komplexen Kaskadeneffekten gekennzeichnet. Komplexität wird dabei zu einer Art politischem Organisations-

prinzip, das hierarchische Top-down-Ansätze zugunsten von dezentralen Bottom-up-Ansätzen zurückstellt (Urry 2005; Chandler 2014). Ein solches Denken ist auch mit dem in Deutschland existierenden Modell des aufwachsenden Katastrophenschutzes sehr kompatibel.

Um die lokale Handlungsebene nicht nur in die Verantwortungsposition zu versetzen, sondern auch zu befähigen, sollten Resilienzpolitiken Verantwortungsverteilungen vor allem reflektieren und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln abgleichen. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, bisher unbeachtete Problemstellungen und Vulnerabilitäten sichtbar und damit bearbeitbar zu machen (Krüger 2022). Denn die Steigerung der Anpassungskapazitäten von marginalisierten Personen(-gruppen) und prekären gesellschaftlichen Strukturen ist zentral für die Stärkung von Gesellschaften. Dies ist einerseits moralisch geboten. Andererseits ist es aber auch aus einer funktionalen Resilienzperspektive heraus zentral. Denn wie der Ökologe und Resilienzwissenschaftler Crawford Holling (2001) für sozio-ökologische Systeme konstatiert, sind unterschiedliche systemische Level miteinander verbunden. Störungen auf einer Ebene können dann zu Störungen auf anderen gesellschaftlichen Ebenen kaskadieren (Allen et al. 2014). Hieraus ergibt sich, dass auch gegenwärtig vernachlässigte Bedarfe für eine erfolgreiche Bewältigung von Krisen stärker zu berücksichtigen sind.

Pflege als Bedarf

Ein solcher Bereich ist die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Krisen und Katastrophen. Bereits die Ergebnisse des Forschungsprojekts KOPHIS haben gezeigt, dass diese Personengruppe in Krisensituationen nur unzureichend mitgedacht wird (Krüger/Max 2019). Trotz einer zentralen Gemeinsamkeit dominieren die Unterschiede in dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe. So eint Personen, die dieser Gruppe zugeordnet werden, in erster Linie die Eigenschaft, dass sie ihren Alltag zumindest nicht problemlos ohne Hilfe bewältigen können. Welche Art von Unterstützungsleistung sie benötigen, inwiefern Hilfeleistung durch An- und Zugehörige oder durch Pflegedienste erbracht wird und in welchem Umfang Hilfeleistungen nötig sind, ist jedoch äußerst unterschiedlich. Diese Heterogenität der Bedarfe wird durch die einheitliche Zuordnung zur Gruppe der pflegebedürftigen Personen jedoch nicht abgebildet, sondern – ganz im Gegenteil – unsichtbar gemacht. Diese Heterogenität wird aber spätestens dann in der Praxis relevant, wenn es gilt, die konkret anfallenden Bedarfe vor Ort zu befriedigen. Angesichts der vielfältigen Bedarfe, die allein in der Gruppe der Personen mit Pflegebedarf existieren, erscheint eine Ersatzvorhaltung aller Kapazitäten der Bedarfsbefriedigung seitens der Strukturen des Bevölkerungsschutzes als kaum zu bewerkstelligen.

Neben sehr heterogenen Bedarfen sind auch die vorherrschenden Pflegearrangements äußerst unterschiedlich. So lebt die deutliche Mehrheit der Menschen mit Pflegebedarf zu Hause, wiederum mehrheitlich nur von ihren Angehörigen versorgt (Destatis 2020). Dies ist angesichts des Charakters des deutschen Pflegesystems kaum verwunderlich, das Pflege noch immer in erster Linie als private Aufgabe betrachtet und professionelle Pflege als Unterstützung für familiär organisierte Pflege ansieht (Theobald/Luppi 2018). Dennoch nimmt die Bedeutung von ambulanten Pflegediensten für die Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf stetig zu, wie die rapide anwachsende Zahl in letzten Jahren zeigt (Destatis 2020, 2017). In diesem Sinne realisiert sich die Aufrechterhaltung von pflegerischer

Betreuung immer weniger allein im eigenen sozialen Nahraum, sondern vermehrt unter Einbezug einer professionellen Gesundheitsdienstleistung.

Belastungen in der alltäglichen Versorgung

Der wachsenden Nachfrage steht jedoch ein nicht adäquat wachsender Personalbestand gegenüber, sodass sich vielerorts ein eng getakteter Arbeitsalltag ergibt. So berichtet eine interviewte Person mit langjähriger Pflegeerfahrung:

„Ich habe 1995 einen Dienst mit aufgebaut und wir hatten da Zeit. Wir hatten da Tatsache Zeit. Und irgendwann hat sich das dahingehend entwickelt, ob stationär oder ambulant, dass alles nur noch im Laufschrift ist und für die Leute, die in der Häuslichkeit, die Schwester, die jetzt da gleich kommt, ist manchmal der Höhepunkt des ganzen Tages.“ (Interview 1)

Personal hat sich in der pflegerischen Versorgung zur Engpassressource entwickelt. Dies hat für die Betroffenen – in diesem Fall sowohl für die Anbieter*innen von Pflegeleistungen als auch für die Gepflegten mit ihrem persönlichen Umfeld – gravierende Folgen. Auf der Angebotsseite hat sich ein Arbeitnehmermarkt entwickelt, bei dem Pflegedienste trotz aller Widrigkeiten in der alltäglichen Arbeit um Personal werben müssen, um die Versorgung überhaupt gewährleisten zu können. Diesen Zwiespalt fasst eine interviewte Person aus dem Pflegebereich wie folgt zusammen:

„Wenn ich eben nicht auf die Uhr gucke und rennen muss und weiß, ich habe noch drei zu versorgen. Ja, heute geht es aber Frau Müller schlecht. Und heute will ich mir die Zeit nehmen, weil ich will die nicht am Arm zerren. Sondern die braucht halt fünf Minuten länger. Ich kann aber auch keine Kollegin fragen, weil die genauso ächtet wie ich. Das heißt, man kommt immer mehr in Verzug, man merkt selber, dass man gereizt wird. Und das ist eben das, was momentan noch in den Einrichtungen auch diese Unzufriedenheit widerspiegelt. Dieser ständige Wechsel der Mitarbeiter. Was meinen Sie, ich kriege da fünf Euro mehr, ich kriege da einen Tag Urlaub mehr.“ (Interview 2)

Hierbei ergibt sich eine Kombination aus problematischen Arbeitsbedingungen und einer Konkurrenzsituation aufseiten der Arbeitgeber*innen. Diese Konkurrenz um Personal kann die Kooperationsbereitschaft zwischen Pflegediensten beeinträchtigen, etwa wenn die Frage aufkommt: *„Was kann ich Ihnen bieten, damit Sie bei mir bleiben und nicht zum Nachbarort gehen?“ (Interview 2)*

Auch auf der Nachfrageseite der pflegerischen Leistungen bringt der Personalengpass Folgen mit sich. Wer in den Pflegegrad 1 eingestuft wird, kann dabei durchaus Probleme haben, einen ambulanten Pflegedienst zu finden, der bereit ist, ausschließlich diese betreuende Leistung zu erbringen. Diese prekäre Situation wiederum veranlasst Betroffene zum Widerspruch gegen ihre Einstufung beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen, um bessere Chancen beim Abschluss eines Pflegevertrags zu haben.

„[W]as jetzt daraus resultier[t]: ganz viele Widersprüche, weil die Pflegedienste eben sagen, ja, Herr XY, wenn Sie nur [...] Pflegegrad 1 haben, können wir Sie leider nicht versorgen, weil diesen Dienst können wir nicht anbieten, diesen Betreuungsdienst. Weil wir haben keine Kapazitäten, wir haben das Personal nicht. Wenn Sie pflegebedürftig im Umfang Pflegegrad 2, 3 oder 4 sind und wir

.....

Ihnen noch eine pflegerische Versorgung anbieten, dann können wir das zusätzlich, aber wir können es eigentlich nur kombinieren, weil wir haben die personalen Ressourcen nicht. Dann gehen die Versicherten in Widerspruch [...]“ (Interview 1).

Obwohl dies selbstverständlich nur Beispiele sind, zeichnen Interviewpartner*innen aus unterschiedlichen Bereichen des ambulanten Pflegesektors das übereinstimmende Bild einer Versorgungsinfrastruktur, die bereits im Alltag prekär organisiert ist. Ein*e Interviewpartner*in bringt die von ihr erlebte Situation bei zahlreichen Pflegediensten auf den Punkt: *„Wir haben die Katastrophe. Auch ohne Pandemie.“ (Interview 2)*

Pflegerische Versorgung in Ausnahmesituationen

Dennoch spitzte sich während der Coronapandemie dieser Engpass weiter zu. Dieser pflegerische Engpass ergab sich einerseits selbstverständlich aus den unmittelbaren Folgen der Pandemie: Infektionen und Quarantäne machten auf vor Pflegepersonal nicht halt und erschwerten die pflegerische Versorgung. Andererseits setzten die Folgen der Pandemie als lang anhaltende Störung der alltäglichen pflegerischen Abläufe direkt an den zuvor herrschenden Alltagsbedingungen an. So schlug ein*e Entscheidungsträger*in bei einer Pflegekasse den Bogen vom Alltag zur Pandemie:

„[A]lso das Grundproblem haben wir ja schon sowieso, dass es nicht genügend Ressourcen gibt, Personalressourcen bei den Pflegeeinrichtungen, um die Versorgung sicherzustellen. Jetzt kommt ja noch dazu, dass das Pflegepersonal auch wegbricht, weil die ja selbst erkranken oder teilweise in Quarantäne sind. Also das ist quasi eine der größten Herausforderungen, die uns jetzt noch mal schärft in der Frage, wie man eigentlich in solchen Situationen Pflegeleistungsempfänger unterstützt“ (Interview 3).

Die Personalbelastung konnte mancherorts durch die Schließung von Tagespflegeeinrichtungen und den Personalwechsel hin zur ambulanten häuslichen Versorgung sowie durch den Einsatz von Mitarbeiter*innen des Medizinischen Diensts in Pflegeeinrichtungen (Interview 1 und 2) entschärft werden. Dies zeigt die mitunter ambivalenten Effekte von Krisenereignissen. Dennoch spitzte sich der Personalmangel während der Pandemie in einem Maße zu, dass das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) in seiner Neuausrichtung im März 2021 den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz als erste Priorität listete (BBK 2021).

Dies ist insofern eine Neuerung, als dass die Strukturen des Bevölkerungsschutzes die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf bisher nicht als ihre Aufgabe gesehen haben. Ein*e Vertreter*in übergeordneter Katastrophenschutzstrukturen negierte die grundsätzliche Zuständigkeit der Katastrophenschutzstrukturen auf Landesebene (Interview 4). Da Katastrophenschutz Sache der Länder ist, sind Zuständigkeiten durchaus unterschiedlich definiert. So definiert das Gesetz über den Katastrophenschutz in Schleswig-Holstein in § 21, dass die unteren Katastrophenschutzbehörden (also auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte) auch mit Akteur*innen aus dem Pflegebereich zusammenarbeiten müssen. Diese Zusammenarbeit erfolgt jedoch zumeist nicht strukturiert und nicht auf einer alltäglichen Basis. So

beschreibt ein*e Interviewpartner*in aus dem Bereich der Konzeption von Bevölkerungsschutzpolitik das Problem als eines von wechselnder Mangelinformation:

„Ich glaube aufgrund meiner Beobachtungen sagen zu können, dass die Pflegedienste aufgrund des ganzen Drucks, des ganzen ökonomischen Drucks, des ganzen finanziellen Drucks, dem sie ausgesetzt sind, über Katastrophenschutzstrukturen schon mal per se nichts wissen. Oder zu wenig wissen. Dass Pflegedienste vielleicht dort, wo sie beim DRK, den Johannitern, beim ASB oder Malteser angesiedelt sind, möglicherweise noch ETWAS wissen, aber auch da spielt natürlich der Druck, dem sie ausgesetzt sind, eine große Rolle. Ich glaube nicht, dass genügend Pflegekräfte in Strukturen des Katastrophenschutzes Bescheid wissen. Und umgekehrt, der Katastrophenschutz Helfer, der klassische Katastrophenschutz Helfer, wird nicht ausgebildet in Fragen oder in Aufgaben der Pflege“ (Interview 5).

Diesen Eindruck haben auch Interviewpartner*innen aus dem Pflegebereich bestätigt, die eine bessere Kenntnis der Strukturen des Katastrophenschutzes als Handlungsdesiderat benannten (Interview 2). Zwar soll dem Kapazitätsproblem in der pflegerischen Versorgung durch die Ausbildung von Pflegeunterstützungskräften begegnet werden (ebd.), jedoch kann diese Maßnahme nicht die generelle Problematik eines Fachkräftemangels in der Pflege beheben.

Verbindungslinien zwischen Alltag und Ausnahme

Die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege in Krisen und Katastrophen zeigt exemplarisch, wie stark die erfolgreiche Bewältigung einer Ausnahmesituation von der Alltagsstabilität der jeweiligen Systeme abhängt. Herrscht ein Personalengpass bereits im Alltag vor, ist der Personalmangel bei Störungen der Alltagsroutinen vorprogrammiert und verstärkt sich in vielen Fällen angesichts der noch hinzukommenden Bedarfe.

In einer solchen Situation erscheint es zu wenig, allein für Ausnahmesituationen vorzubeugen, indem Pflegeunterstützungskräfte ausgebildet und Unterbringungskapazitäten für Menschen mit Pflegebedarf geschaffen werden. Beides sind wichtige Initiativen, um die in der Krise und Katastrophe entstehenden Mehrbedarfe abdecken zu können. Dennoch können sie nicht die grundlegenden Probleme fragiler Infrastrukturen beheben. Mehr noch sind wenig anpassungsfähige Infrastrukturen schneller auf externe Unterstützung angewiesen, da eigene Kapazitäten zur Anpassung an sich verändernde Lagen fehlen.

Hier kommt ein Resilienzansatz ins Spiel. Dieser denkt Krisenbewältigung nicht von der Krise, sondern von der Alltagssituation aus und will bereits im Normalfall so viele Anpassungsoptionen wie möglich gewähren, um in der Krise handlungsfähig zu bleiben (Holling 1973). Resilienzdenken versucht Strukturen aus ihrer Alltäglichkeit heraus zu stärken, damit sie sich an Störungen anpassen können und die Grenzen ihrer eigenen Handlungsfähigkeit weiter ziehen. Ein Resilienzansatz verhindert insofern Krisen, als dass möglichst wenig Störungssituationen als Krise empfunden werden müssen, sondern durch die im Alltag verfügbaren Ressourcen abgedeckt werden können. In diesem Sinne stellt die Stärkung der Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastruktur eine Verbindung zwischen Alltag und Ausnahme dar. Maßnahmen der Resilienzsteigerung setzen im Alltag an, um die Krise möglichst weit hinauszuschieben. Insofern bleiben Alltag und Ausnahme nicht zwei dichotome und voneinander klar unter-

.....

schiedene Zustände. Vielmehr bilden sie die Pole auf einem Kontinuum, wobei erfolgreich etablierte Maßnahmen zur Steigerung der Anpassungsfähigkeit dazu führen, dass gesellschaftliche Strukturen auch bei gravierenderen Ereignissen stärker auf der Alltagsseite des Kontinuums verhaftet bleiben.

Selbstverständlich erfordert ein solcher Ansatz den Aufbau von Redundanzen und Ressourcen. Wie Sicherheit im Allgemeinen (Ammicht Quinn 2014) ist auch ein solcher Resilienzansatz immer begrenzt, weil er an materielle Ressourcen gebunden ist (Boin/van Eeten 2013: 443). Gleichzeitig ist das Maß der Stabilisierung und damit der Sicherung der häuslichen pflegerischen Versorgung durch den Aufbau redundanter und letztlich resilienter Strukturen auch ein Urteil über den gesellschaftlichen Stellenwert dieser Versorgungsleistung, gerade da Schutzleistungen auch immer einen Ausblick auf gesellschaftliche Prioritätensetzungen geben und sich in der materiellen Ausstattung stets auch Anerkennungshierarchien ablesen lassen (Burgess 2011; Fraser 2003). In diesem Sinne gilt es gesellschaftlich zu debattieren, welche Anstrengungen in die Stärkung des ambulanten Pflegebereichs – nicht nur in der Krise – zu investieren sind.

Schlussfolgerungen

Diese Anstrengungen lassen sich vielseitig realisieren. Im Zuge der Projektarbeiten wurden fünf zentrale Handlungsdesiderate zur Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur herausgearbeitet. All diese Handlungsfelder setzen im Alltag an, um die bestehenden Strukturen gegenüber Störungen zu stärken. Jedes Handlungsfeld umfasst Anknüpfungspunkte für verschiedene Akteur*innen und Unterproblemstellungen, die in den politischen Handlungsempfehlungen von AUIPK zusammengefasst sind.

Das erste Handlungsfeld ist die **sozialräumliche Vernetzung**, also die Vernetzung unterschiedlicher Akteur*innen vor Ort. Hierfür gilt es sowohl das ehrenamtliche Engagement und damit die zivilgesellschaftlichen Strukturen zu stärken, als auch die verschiedenen Versorgungsstrukturen in Kontakt zu bringen. So sollen die Strukturen der pflegerischen Versorgung für den Notfall sowohl die Akteur*innen des Katastrophenschutzes als auch im selben Sozialraum aktive andere Pflegedienste kennen. Insbesondere durch die angespannte Personalsituation, aber auch die allgemeine Konkurrenzsituation ist die Vernetzung zwischen Pflegediensten zwar nicht immer ein einfaches, aber mit dem Blick auf die infrastrukturelle Resilienz sicherlich ein notwendiges Unterfangen. Insofern gilt es diese Vernetzung zu fördern. Darüber hinaus ist die Etablierung von Community Health Nurses ein Instrument, das den sozialräumlichen Gesundheitsschutz stärken kann.

Zweitens sollte durch eine stärkere **institutionelle Vernetzung** auch die übergeordnete Zusammenarbeit zwischen den Strukturen des Bevölkerungsschutzes und denen der pflegerischen Versorgung gefördert werden. Dies betrifft Akteur*innen auf Ebene der Landkreise ebenso wie auf Landes- und Bundesebene. Insbesondere im Pflegebereich ist dabei ein regelmäßig beklagter Institutionalisierungsmangel (Interview 2) zu beklagen. Zwar gibt es gegenwärtig sowohl pflegerische Berufsverbände als auch Verbände von Pflegediensten, allerdings ist der Grad ihrer Institutionalisierung noch immer ein Hemmnis für die Sichtbarkeit der pflegerischen Perspektive in politischen Aushandlungsprozessen. Darüber

hinaus kann eine stärkere Institutionalisierung auch innerhalb des Pflegesektors Kooperationshemmnisse auf sozialräumlicher Ebene abbauen.

Im dritten Handlungsfeld gilt es, die allen Akteur*innen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu überprüfen. Zwar sind hierbei allgemeine Aussagen über eine notwendige materielle Absicherung zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung zumindest kontingent. Jedoch gilt es die den jeweiligen Akteur*innen übertragenen Verantwortlichkeiten mit den ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen, materiellen, zeitlichen sowie personellen Ressourcen anzugleichen und gegebenenfalls entweder den Aufgabenbereich oder aber die Ressourcenmenge anzupassen. Hierbei gibt es nicht die eine adäquate Ressourcen- und Verantwortungsverteilung. Vielmehr sind beides voneinander abhängige Ergebnisse eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses, den es zu führen und schließlich materiell zu unterfüttern gilt. Das vorliegende Kapitel hat gezeigt, dass insbesondere die personelle Ausstattung im ambulanten Pflegesektor nur schwer den wachsenden Aufgaben gerecht werden kann.

Gerade mit Blick auf den Umgang mit Alltagsstörungen gilt es sowohl im Bevölkerungsschutz als auch im Pflegebereich **gegenseitiges Verständnis** für die Fähigkeiten und Aufgaben der jeweils anderen Struktur zu schaffen. Schulungsmaßnahmen, aber auch damit einhergehende rechtliche oder politische Anforderungen können dabei strukturiert einen Wissenstransfer als Grundlage einer gelingenden Kooperation schaffen. Dies können auf pflegerischer Seite die im Projekt AUIPK entwickelten Schulungskonzepte für pflegerisches Personal sein. Aufseiten des Bevölkerungsschutzes ist geplant, pflegerisches Wissen durch die Ausbildung von Pflegeunterstützungskräften in der Bevölkerung zu erweitern (BBK 2021).

Schließlich kann die **Institutionalisierung von Katastrophenvorsorge** Arbeitsroutinen zur Bewältigung von Alltagsstörungen etablieren und damit die Strukturen stärken. Auch eine solche Institutionalisierung von Präventionsmaßnahmen bedarf einer Förderung und ist damit Gegenstand von Ressourcendiskussionen. Mit den Maßnahmen und Grundsätzen des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Dezember 2022 zur Einführung von Katastrophenschutzplänen bei ambulanten Pflegediensten hat sich bereits eine erste regulatorische Maßnahme vollzogen, die die Institutionalisierung von Katastrophenvorsorge stärkt (#Quelle). Gerade der sozialräumliche, aber auch der institutionelle Vernetzungsbedarf zeigen, dass Katastrophenvorsorge nicht zuletzt von einer intersektoralen Vernetzung abhängt.

Die Liste dieser Maßnahmen kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie soll jedoch Anstoß für ein Umdenken darstellen. Dieses Umdenken betrifft nicht einzelne Akteur*innen, sondern die Gesellschaft als solche, wenn es Maßnahmen zur Stärkung des Katastrophenschutzes nicht in der Ausnahme, sondern in einem vernetzt funktionierenden Alltag verortet. Sie verbinden dabei Alltag und Ausnahme, nicht durch die ständige Projektion der Katastrophe, sondern durch die Stabilisierung der alltäglichen Versorgung.

Literaturverzeichnis

Allen, Craig R./Angeler, David G./Garmestani, Ahjond S./Gunderson, Lance H./Holling, Crawford S. (2014): »Panarchy: Theory and Application«, in: *Ecosystems*, 4 (17), S. 578-589.

Ammicht Quinn, Regina (2014): »Sicherheitsethik. Eine Einführung«, in: Regina Ammicht Quinn (Hg.), *Sicherheitsethik*, Wiesbaden: Springer VS, S. 15-47.

- BBK (2019): Katastrophenalarm. Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Buergerinformationen/Ratgeber/ratgeber-notfallvorsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=15, zuletzt geprüft am: 17.09.2021.
- (2021): Stärkung des Bevölkerungsschutzes durch Neuausrichtung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/neuausrichtung.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am: 23.09.2022.
- BMI (2022): Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge (2015–2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022–2030, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Sendai-Katrima/deutsche-strategie-resilienz-lang_download.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt geprüft am: 30.11.2022.
- Boin, Arjen/van Eeten, Michel J. G. (2013): »The Resilient Organization. A critical appraisal«, in: *Public Management Review*, 3 (15), S. 429-445.
- Bourbeau, Philippe (2018a): »A Genealogy of Resilience«, in: *International Political Sociology*, 1 (12), S. 19-35.
- (2018b): *On Resilience. Genealogy, Logics and World Politics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Brassett, James/Croft, Stuart/Vaughan-Williams, Nick (2013): »Introduction: An Agenda for Resilience Research in Politics and International Relations«, in: *Politics*, 4 (33), S. 221-228.
- Burgess, J. P. (2011): *The Ethical Subject of Security. Geopolitical Reason and the Threat Against Europe*, London/ New York: Routledge.
- Chandler, David (2014): *Resilience. The Governance of Complexity (= Critical Issues in Global Politics, Band 7)*, Abindon, Oxon, New York: Routledge.
- Destatis (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am: 22.10.2018.
- (2020): *Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschland-ergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=C9714004C3EFD8821BE7DD24E2B46633.internet8711?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am: 05.01.2021.
- Dunn Caveltly, Myriam/Kaufmann, Mareile/Kristensen, Kristian S. (2015): »Resilience and (in)security: Practices, Subjects, Temporalities«, in: *Security Dialogue*, 1 (46), S. 3-14.
- European Commission (2017): *A Strategic Approach to Resilience in the EU's external action*, Brussels, https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/2017_21_f1_communication_from_commission_to_inst_en_v7_p1_916039.pdf, zuletzt geprüft am: 31.08.2017.
- Evans, Brad/Reid, Julian (2014): *Resilient Life. The Art of Living Dangerously*, Cambridge: Polity Press.
- Foucault, Michel (2008): *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France, 1978-1979*, New York: Palgrave Macmillan.
- Fraser, Nancy (2003): »Societal Justice in the Age of Identity Politics: Redistribution, Recognition, and Participation«, in: Nancy Fraser/Axel Honneth (Hg.), *Redistribution or Recognition. A Political-Philosophical Exchange*, London, New York: Verso, S. 7-109.
- Gabel, Friedrich (2019): »Chancen dynamischer Konzeptionen von Vulnerabilität für den Katastrophenschutz«, in: Marco Krüger/Matthias Max (Hg.), *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*, Bielefeld: transcript, S. 77-96.
- Holling, Crawford S. (1973): »Resilience and Stability of Ecological Systems«, in: *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics* (4), S. 1-23.
- (1996): »Engineering Resilience versus Ecological Resilience«, in: Peter C. Schulze (Hg.), *Engineering within Ecological Constraints*, Washington D.C.: National Academy Press, S. 33-43.
- (2001): »Understanding the Complexity of Economic, Ecological, and Social Systems«, in: *Ecosystems* 4, S. 390-405.
- Joseph, Jonathan (2013): »Resilience as Embedded Neoliberalism: A Governmentality Approach«, in: *Resilience*, 1 (1), S. 38-52.
- (2018): *Varieties of Resilience. Studies in Governmentality*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaufmann, Mareile (2013): »Emergent self-organisation in emergencies. Resilience rationales in interconnected societies«, in: *Resilience*, 1 (1), S. 53-68.

Krüger, Marco (2019a): »Building Instead of Imposing Resilience: Revisiting the Relationship Between Resilience and the State«, in: *International Political Sociology*, 1 (13), S. 53-67.

— (2019b): »Resilienz. Zwischen staatlicher Forderung und gesellschaftlicher Förderung«, in: Marco Krüger/Matthias Max (Hg.), *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*, Bielefeld: transcript, S. 57-75.

— (2022): »Visibilising the neglected: The emancipatory potential of resilience«, in: *European Journal of International Security*, S. 1-20.

Krüger, Marco/Gabel, Friedrich (2021): »From Lisbon to Sendai: Responsibilities in International Disaster Management«, in: Hannes Hansen-Magnusson/Antje Vetterlein (Hg.), *The Routledge Handbook on Responsibility in International Relations*, Oxon: Routledge, S. 203-216.

Krüger, Marco/Max, Matthias (Hg.) (2019): *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*, Bielefeld: transcript.

Kuran, Christian H. A./Morsut, Claudia/Kruke, Björn I./Krüger, Marco/Segnestam, Lisa/Orru, Kati/Nævestad, Tor O./Airola, Merja/Keränen, Jaana/Gabel, Friedrich/Hansson, Sten/Torpan, Sten (2020): »Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective«, in: *International Journal of Disaster Risk Reduction* (50), S. 1-8.

Max, Matthias/Schulze, Matthias (2022): *Hilfeleistungssysteme der Zukunft. Analysen des Deutschen Roten Kreuzes zur Aufrechterhaltung von Alltagssystemen für die Krisenbewältigung*, Bielefeld: transcript.

Schulze, Katja/Schander, Julia/Jungmann, Andrea/Voss, Martin (2019): *Bedarfe und Ressourcen in Extremsituationen mit Fokus auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung*, Berlin.

Theobald, Hildegard/Luppi, Matteo (2018): »Elder care in changing societies: concurrences in divergent care regime - a comparison of Germany, Sweden and Italy«, in: *Current Sociology*, 4 (66), S. 629-642.

Tierney, Kathleen J. (2014): *The Social Roots of Risk. Producing Disasters, Promoting Resilience (= High reliability and crisis management)*, Stanford, California: Stanford University Press.

— (2019): *Disasters. A Sociological Approach*, Cambridge, Medford: Polity Press.

UNDRR (2005): *Hyogo Framework for Action. Building the Resilience of Nations and Communities to Disaster*.

Extract from the final report of the World Conference on Disaster Reduction, Geneva, https://www.preventionweb.net/files/594_10382.pdf, zuletzt geprüft am: 03.02.2021.

— (2015): *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*, https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, zuletzt geprüft am: 03.02.2021.

Urry, John (2005): »The Complexity Turn«, in: *Theory, Culture & Society*, 5 (22), S. 1-14.

Voss, Martin (2010): »Resilienz, Vulnerabilität und transdisziplinäre Katastrophenforschung«, in: Alexander Siedschlag (Hg.), *Jahrbuch für europäische Sicherheitspolitik 2009/2010*, Baden-Baden: Nomos, S. 67-84.

Wisner, Benjamin/Blaikie, Piers/Cannon, Terry/Davis, Ian (2004): *At risk. Natural hazards, people's vulnerability and disasters*, London u. a.: Routledge.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Krisen und Katastrophen

Zentralität und Dezentralität als Spannungsfeld

Voss, Martin; Bock, Nicolas; Hänsch, Sidonie; Rüger, Anja

1. Einleitung

Lang anhaltende und großräumige Schadenslagen und Katastrophen stellen das Gesundheitssystem in Deutschland vor Herausforderungen, sei es örtlich begrenzt, z. B. nach extremen Naturereignissen, oder in Gänze, wie während der SARS-CoV-2-Pandemie ab 2020. Je nach Lage betreffen Schadensereignisse die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem in unterschiedlicher Weise. Im BMBF-geförderten Forschungsprojekt „Resilienz und Evakuierungsplanung für sozioökonomische Infrastrukturen im medico-sozialen Kontext“ (RESIK) legen die Projektpartner⁶ ihren Schwerpunkt auf die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und Resilienzsteigerung von Krankenhäusern in Krisen- und Evakuierungssituationen sowie auf den vorübergehenden Einsatz dezentraler Versorgungs- und Betreuungsstrukturen. Die Katastrophenforschungsstelle (KFS) der FU Berlin erforscht dabei im Teilvorhaben „Resilienz und Evakuierung von Einrichtungen mit besonderen Bedarfen“ die Einbindung von Krankenhäusern als kritische Infrastruktur in ein komplexes Akteursnetzwerk, welches die Funktionalität und Resilienz des Krankenhauses bestimmt – und umgekehrt. Die wechselseitigen Verflechtungen und Abhängigkeiten von Krankenhäusern mit gesellschaftlichen Prozessen und vernetzten Infrastrukturen werden im Rahmen einer anwendungsorientierten Grundlagenforschung analysiert und auf andere Einrichtungen übertragen. Insbesondere die Koordination von Evakuierungsabläufen sowie die Konzeption dezentraler Notunterbringung von Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung bedarfsgerechter medizinischer Weiterversorgung stehen dabei im Fokus. Diese Aspekte erfordern in der operativen Umsetzung die Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und mit diversen Organisationshintergründen und -kulturen, wie bspw. Krankenhauspersonal, Feuerwehr- und Rettungsdienste, externe Dienstleistende sowie kommunale Verwaltungsmitarbeitende bis hin zu den zu Evakuierenden selbst oder auch deren Angehörigen. Nicht vergessen werden darf dabei die Betrachtung der Auswirkungen von Evakuierungen stationärer, zentralisierter Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime auf den ambulanten Sektor, den das thematisch verwandte BMBF-Forschungsprojekt AUIK adressiert.

⁶ Vollpartner im Projekt RESIK (FKZ: 13N15246) sind das Deutsche Rote Kreuz (Generalsekretariat und Landesverband Nordrhein), die Stadt Krefeld, die Firma Dräger, das Internationale Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen sowie die KFS.

Ein Ziel dieses Artikels ist es, Schnittstellen und Wechselwirkungen von Evakuierungsprozessen für die diversen Akteure im Gesundheitswesen herauszustellen. Nach einer kurzen Darstellung der im Forschungsprojekt angewandten Methodik werden zunächst Krankenhäuser als Kritis innerhalb des hochgradig und vielschichtig vernetzten Gesamtsystems Gesundheitsversorgung konzeptualisiert, die verschiedenen Abhängigkeiten und Wechselwirkungen adressiert und daraus Bedarfe für eine adäquate Vorbereitung und Planung abgeleitet. Darüber hinaus werden weitere zentrale Arbeiten und Ergebnisse des Forschungsprojektes vorgestellt, wie bspw. ein Prozessmodell, das einen heuristischen Rahmen für die Vorbereitung von Krankenhausevakuierungen bilden kann. Das AVDASA-Modell, das hier aus Platzgründen nicht differenziert angewendet, sondern lediglich konzeptionell vorgestellt werden kann, richtet die Aufmerksamkeit auf den Prozess der Evakuierung als soziale Praxis, die lange vor einem Ereignis ansetzt und erst dann endet, wenn eine Art „neuer“ Alltag eingekehrt ist. Wichtig ist dabei, die Akteursperspektiven in den Mittelpunkt zu rücken, denn für unterschiedliche Akteure ergeben sich sehr unterschiedliche und zueinander häufig widersprüchliche Perspektiven, die in der Evakuierung unter sich verknappenden Handlungsoptionen zu gravierenden Problemen führen können. Zunächst aber wird in diesem Artikel besprochen, für wen Einrichtungen und Dienstleistungen des Gesundheitssystems kritisch sind und welche Maßnahmen zur Resilienzsteigerung des Kritis-Sektors Gesundheit als komplex vernetztem Bereich unter Berücksichtigung von – in der Evakuierungspraxis zusammenwirkenden – teils sehr unterschiedlichen Perspektiven getroffen werden können. Dabei steht die bedarfsorientierte medizinisch-pflegerische Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten bei Ausfällen von kritischen Gesundheitseinrichtungen im Mittelpunkt. Anschließend werden allgemeine Schlüsse aus der vergleichenden Betrachtung unterschiedlicher Evakuierungsszenarien gezogen. Im letzten inhaltlichen Abschnitt dieses Artikels werden psychosoziale Implikationen einer Evakuierung unter Nutzung von Ausweicheinrichtungen besprochen und ein Fazit gezogen.

2. Methodik

Die Grundlage dieser empirisch angelegten Analyse von Krankenhausevakuierungen bzw. -räumungen bilden leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeitenden von Krankenhäusern und Angehörigen der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS), hier vornehmlich aus der Feuerwehr. Die Befragten waren Teilnehmende bei Evakuierungen verschiedener Krankenhäuser: in Dresden beim Elbhochwasser von 2002, bei dem Strom- und Notstromausfall in Berlin-Köpenick im Jahr 2019, während einer geplanten Weltkriegsbombenentschärfung in Dortmund Anfang 2020 und bei der Evakuierung des Sankt-Antonius-Hospitals in Eschweiler im Zuge des Hochwassers in West- und Mitteleuropa 2021. Die Akquirierung der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte über eine Internetrecherche und durch Weiterempfehlungen im Sinne eines Schneeballsystems (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 72, 180). Den Interviews liegt ein Leitfaden zu den relevanten Themengebieten zugrunde, ohne eine Festlegung in Formulierung und Reihenfolge zu implizieren (Gläser/Laudel 2010: 40–48). Die Auswertung der Daten erfolgte auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) sowie der Grounded Theory in der Tradition von Glaser und Strauss (z. B. 1967), die als „Inspirationsquelle“ für die induktive Entwicklung von Kategorien am Datenmaterial diente.

3. Kritikalität im Gesundheitswesen

Die im Projekt betrachteten Szenarien implizieren unterschiedliche Abläufe und Ansprüche an die Akteure. Während sich bspw. die Evakuierungssituation für Krankenhäuser in Anbetracht einer akuten Gefahrenlage oder Ausnahmesituation, etwa bei einem Hochwasser, rasch manifestiert, können Evakuierungen infolge von Bombenfunden länger geplant und vorbereitet werden. Dennoch zeigen sich bei der Analyse des prozessualen Ablaufs der Geschehnisse aus der Wahrnehmung der Befragten auch vergleichbare Herausforderungen hinsichtlich der Kooperation und Kommunikation mit externen Akteuren. Diese verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen aus den Forschungsarbeiten werden im Folgenden näher erörtert.

Aufgrund vielfältiger nach innen wie außen wirkender Funktionalitäts- und Kapazitätsabhängigkeiten des Kritis-Sektors Gesundheit stellen lang anhaltende, großflächige Schadenslagen für Gesundheitseinrichtungen eine erhebliche Gefährdung dar, so zum Beispiel bei Blackout-Szenarien oder Hochwassern (Lorenz 2010: 63–65; Wurmb et al. 2017: 596; BBK 2009: 4–5; Breuer et al. 2021: 510–511). Aufgrund sowohl der Komplexität der Aufgaben von Gesundheitseinrichtungen, ihrer begrenzten Reserveressourcen als auch der besonderen Vulnerabilität der von ihnen abhängigen Menschen sind sie im Notfall, insbesondere aber dann, wenn eine Evakuierung notwendig wird, von externen Akteuren abhängig – Krisen und Katastrophen im Gesundheitssektor sind komplexe soziale Prozesse, in denen zahlreiche Akteure miteinander zusammenwirken.

Einzelne Einrichtungen, bspw. ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim, isoliert krisenresilienter gestalten zu wollen, hat bei den genannten Szenarien nur begrenzt nachhaltigen Erfolg, da sie effektiv auch von den anderen sie umgebenden Einrichtungen und Sektorbereichen beeinflusst werden, und zu erwarten, dass die verschiedenen involvierten Akteure einer einheitlichen Ratio folgend agieren und ihre Handlungen derart logisch aufeinander abgestimmt laufen würden, nur weil es gute Pläne dafür gäbe, führt an der Realität vorbei und wirkt sich am Ende potenziell problemverschärfend aus. Deshalb muss die Härtung von kritischer Gesundheitsinfrastruktur vernetzt und als sozialer Prozess gedacht werden.

Ein Schadensereignis, welches den zentralisierten, stationären Bereich der Gesundheitsversorgung trifft, bspw. ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim, wird auch Auswirkungen auf den Betrieb ambulanter Strukturen wie bspw. der dezentralen ärztlichen Versorgung oder ambulanter Pflegestrukturen haben und umgekehrt (BBK 2009: 5–7). Aus diesem Grund muss in allen Phasen einer Ereignisbewältigung, beginnend mit Alltag und Vorbereitung bis hin zum neuen Post-Ereignis-Alltag, das Gesundheitssystem als a) aufgabenteilig arbeitendes b) sektorübergreifend nach innen und außen funktional und kapazitiv abhängiges und c) aufgrund dieser beiden Faktoren störanfälliges (siehe auch Wurmb et al. 2017: 595; BMI 2011: 9; Schmitt 2019: 49–52), d) sozial vielschichtiges und e) dynamisches System verstanden werden.

Eine wichtige Größe in diesem komplexen sozial-prozessualen System ist die von der Funktionalität des Gesundheitssystems abhängige heterogene Bevölkerung. Während dem größten Teil der gesunden Bevölkerung in Krisen und Katastrophen zugetraut wird, sich zumindest vorübergehend selbst vor Schadensereignissen zu schützen und die Folgen zu bewältigen, kann dies für erkrankte Menschen abhängig von ihrem Grundleiden (siehe auch Wurmb et al. 2017: 618; Enders/Kailes 2007: 230–232,

236) oder auch sozioökonomisch vulnerable Menschen (Schulze et al. 2019: 2–3) nur bedingt bis gar nicht gelten. Sind erkrankte, sozial, psychisch oder auch ökonomisch isolierte Menschen bereits im Alltag eingeschränkt oder nicht selbstständig handlungsfähig, so gilt dies im Ernstfall umso mehr – je länger eine Lage andauert, je raumgreifender sie wirkt und je mehr sie das Gesundheitssystem beeinträchtigt, desto anfälliger werden vom Gesundheitswesen abhängige Menschen und desto eher droht eine Zustandsverschlechterung.

Diese Art der Mehrfachvulnerabilität dürfte für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sowie heimgepflegte Personen umso mehr gelten, da größtenteils davon auszugehen ist, dass diese Gruppe erkrankt oder zumindest geschwächt ist und aufgrund dessen nur eingeschränkt zu selbstständigem Handeln in der Lage ist (Lorenz 2010: 65; Gretenkort/Henning 2001: 171) – sie ist in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen. Dies trifft auch auf viele, jedoch nicht auf alle Krankenhauspatientinnen und -patienten zu, z. B. weniger auf jene, die nur der ambulanten Krankenhausdienstleistungen bedürfen oder im weit fortgeschrittenen Genesungsprozess befindlich sind.

Problematisch wirken sich aus diesem Grunde systembedingte organisatorische Kernelemente der Krisenplanung im Gesundheitswesen aus. So sind im rechtlichen Sinne oft nur Krankenhäuser als Mitwirkende des Katastrophenschutzes verpflichtet, Krankenhaus-, Alarm- und Einsatzpläne (KAEP; BBK 2020: 8) sowie entsprechende materiell-personell-kapazitive Reserven vorzuhalten (BBK 2009: 14–15). Pflegeheime, aber auch Pflegedienste für die ambulante Versorgung und das dezentrale ärztliche Versorgungsnetz haben in der Folge meist weder Katastrophenpläne noch entsprechende Reserven zur Aufrechterhaltung des Betriebes bei Krisen und Katastrophen (Lehmann/Thiele/Ewers 2021: 89–90). Krankenhäuser sollten in herausgehobener Garantenstellung verpflichtet sein, auch einen plötzlichen Anstieg der hereinkommenden Patientenzahlen zu bewältigen (MANV-Planungen) (Pfenninger/Adolph 2017: 673). Allerdings sollte und darf nicht davon ausgegangen werden, dass bei den hier verhandelten Lagebildern ein Krankenhaus über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) sowohl die Patientinnen und Patienten von betroffenen und in der Folge evakuierten Pflegeheimen, häuslich-ambulant gepflegte Menschen, Erkrankte des normalen Tagesaufkommens, im Zuge eines Großunglückes oder einer Katastrophe von extern hinzukommende Verletzte und bei Flächenlagen ggf. noch Patientinnen und Patienten anderer evakuierter Krankenhäuser aufnehmen und adäquat versorgen könnte – oder gar umgekehrt die dezentralen Einrichtungen den Ausfall eines Krankenhauses auffangen könnten.

Die einzelnen, unterschiedlichen Vorgaben unterliegenden und somit schon von Rechts wegen unterschiedlichen Handlungsrationaltäten folgenden Einrichtungen resp. die dort Tätigen sind zunächst für die Sicherheit ihrer eigenen Patientinnen und Patienten zuständig und müssen diese im Evakuierungsfall entweder einer aufnehmenden adäquat versorgenden anderen Einrichtung oder Sanitätseinheiten des Katastrophenschutzes bzw. des Rettungs- oder Sanitätsdienstes sicher übergeben. Das Szenario einer sich erst aus der Verschränkung bzw. Vernetzung unterschiedlicher Komponenten des Gesundheitswesens (oder auch mit anderen Einrichtungen) ergebenden gegenseitigen kapazitiven und funktionellen divergierender Handlungslogiken bzw. -prioritäten und der Überlastung bei Evakuierungsnotwendigkeit ist oftmals ein blinder Fleck in den Krisenplanungen der einzelnen Einrichtungen und kann nur über eine Gesamtkrisen- und Katastrophenplanung der Kommunen und/oder Länder abgedeckt werden. Sofern

hier die Krisen- und Katastrophenplanung Defizite aufweist und bspw. die grundlegenden medizinisch-pflegerischen Prädispositionen und somit Bedarfe der Patientinnen und Patienten der Einrichtungen außer Acht gelassen werden oder der Vernetzungs- und Abhängigkeitsfaktor der Arbeitsteiligkeit innerhalb des Gesundheitssystems vernachlässigt wird, liegt eine systemische Anfälligkeit vor (siehe auch Wendt 2020: 59–62). Jede Krise oder Katastrophe erfordert spontanes, multilaterales Improvisieren, eine Evakuierung läuft auch bei bester Planung niemals ohne solche Ad-Hoc-Handlungen; aber das Niveau systemischer Anfälligkeit entscheidet darüber, wie sehr sich die Situation in ein höheres oder niedrigeres Schadenspotenzial hinein entwickelt.

Die Evakuierung von zentralisierten Gesundheitseinrichtungen mit stationärer Versorgung muss unter der Prämisse der Priorisierung von medizinisch-pflegerischen Individualbedürfnissen der Patientinnen und Patienten aus Sicht der evakuierten Einrichtung per se in eine dezentralisierte Versorgungs- und Behandlungsstruktur überführt werden. Dies liegt darin begründet, dass kaum eine Einrichtung spiegelbildlich zur evakuierten die gleichen Funktionen (bzw. Behandlungsmöglichkeiten) und (Behandlungs-) Kapazitäten aufweisen wird, um die Patientinnen und Patienten aufzunehmen. So müssen also Evakuierte je nach Kapazitätsverfügbarkeiten und medizinisch-pflegerischen Fachfunktionen auf unterschiedliche Einrichtungen verteilt werden.

So dies in Schadenslagen geschieht, in denen durch die zeitliche Dauer und die räumliche Ausdehnung der Lage eine Vielzahl von Einrichtungen und Funktionsträgern eines räumlich abgrenzbaren Gesundheitssystems betroffen sind und (teil-)evakuiert werden müssten, kann dies zu massiven Problemen führen. Die Gründe für Evakuierungen von Gesundheitseinrichtungen können vielfältig sein: Eigenbetroffenheit durch das Ereignis, fehlende Durchhaltekapazitäten, Wegfall von vitalen externen Dienstleistungen oder Gütern, Überlastung durch erhöhtes Patientinnen- und Patientenaufkommen oder Isolation bzw. drohende Abgeschnittenheit von der Außenwelt.

Dies geschieht meist in einer Lage⁷, in welcher sich das entsprechend benötigte Leistungsangebot rapide verkleinert, die Nachfrage jedoch zeitgleich aufgrund einer oder mehrerer Evakuierungen vergrößert und die Evakuierung der betroffenen Patientinnen und Patienten möglichst zügig erfolgen muss. Belastungen für Gesundheitseinrichtungen können also nicht nur durch massives Mehraufkommen durch die Evakuierung anderer Krankenhäuser und Pflegeheimen auftreten, sondern über kurz oder lang auch durch bspw. a) Verletzte durch das konkrete Katastrophengeschehen, b) nicht mehr versorgbare ambulant und teilstationär behandelte oder gepflegte Menschen, c) Patientinnen und Patienten aus weggefallener dezentraler Versorgungsstruktur (MVZ, Hausärzte), d) durch aufgrund interner Evakuierungen erfolgende Mehrbelastungen innerhalb von Einrichtungen oder e) „Evakuierungskaskaden“, in welchen Evakuierte notdürftig durch verschiedene Einrichtungen „geschleust“ werden (vgl. Wurmb et al. 2017: 596–597).

Unter diesen Voraussetzungen besteht die Möglichkeit, dass ein medizinisch-pflegerischer Versorgungsstandard des Alltags nicht mehr einzuhalten sein wird und das Niveau bei zunehmender Lagezuspitzung immer weiter zurückgeht, da selbst bei maximaler Systemoptimierung in der Verteilung

⁷ Katastrophen sind stets Knappheitslagen: Zeit verknappt sich, die akut benötigten Mittel stehen nicht mehr oder schnell genug in der zusätzlich benötigten Menge zur Verfügung, die Handlungsmöglichkeiten reduzieren sich.

netto weniger Kapazitäten für schlimmstenfalls eine erhöhte Menge an Patientinnen und Patienten bereitstehen. Dezentrale Unterbringung in Ausweicheinrichtungen, welche nicht zur alltäglichen Versorgungsstruktur gehören, können hier ein Ventil bilden.

Auch hier ist jedoch aus Patientinnen- und Patientensicht zu differenzieren: Einige Patientinnen- und Patientengruppen, vor allem jene in Intensivbehandlung, jedoch auch Infektiöse oder ähnlich schwer zu Versorgende, können bspw. nur in anderen Krankenhäusern adäquat versorgt werden. Auch ist es nicht möglich, Menschen aus verschiedenen Pflegekontexten, bspw. demente, heimbeatmete o. a. unterschiedslos zu sammeln und sozusagen „universal zu versorgen“ und dabei den unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen in gleicher Weise gerecht werden zu können (Lehmann/Thiele/Ewers 2021: 92–93; Breuer et al. 2021: 511).

Um überhaupt Menschen angemessen an anderen Orten dezentral und weiträumig verlegen und versorgen zu können, müssen erst die entsprechenden Transportkapazitäten und nutzbare Wegenetze vorhanden sein (vgl. Leibovici et al. 1997: 342). All dieses Wissen muss im Vorfeld eines Ereignisses generiert werden, in der Phase Alltag 1, wie es im unten erörterten Modell bezeichnet wird, denn in der Katastrophe selbst fehlten die Kapazitäten bzw. die Zeit, diese Informationen einzuholen.

Eine Ventillösung zur spontanen Kapazitätserweiterung stellt die Notentlassung von Patientinnen und Patienten dar, deren Entlassfähigkeit in einer entsprechenden Visite ärztlich festgestellt wurde. Dies entlastet im Folgenden zwar die in die Prozesskette einer Krankenhausevakuierung involvierten Akteure (Krankenhaus, Transportkomponente, Ausweicheinrichtung), belastet jedoch das dezentrale Versorgungssystem der ambulanten medizinisch-pflegerischen Versorgung und ist aus ethischer Sicht nicht immer unproblematisch (siehe Kraus, 2007, S. 51–53). Notentlassene sind zwar im Entlassmoment aus Gründen eines akuten Notfalls (temporär) entlassfähig, dies heißt jedoch nicht, dass kein weiterer Behandlungsbedarf besteht. Umgekehrt können Menschen aus ambulanten oder stationären Pflegekontexten lageabhängig auf die Verlegung in ebenfalls betroffene Krankenhäuser angewiesen sein, was wiederum die Belastungen der Häuser erhöht (Lorenz 2010: 63).

Zur fachlichen und kapazitiven Faktorenauswahl sowie der Transport- und Wegestruktur ist noch die Ressourcenebene hinzuzurechnen. Krankenhäuser mögen über begrenzte personell-materielle Reserven verfügen, Pflegeheime oder ambulant versorgende Pflegedienste eher weniger. Dies kann zu einem Problem werden, wenn kein Material nachgeliefert wird, die Nachfrage jedoch punktuell steigt. Eine Lösung ist die Parallelverlegung von Mensch und Material – also die Mitnahme von bspw. individuellen Medikamenten, Behandlungsgerät o. Ä., um zumindest eine gewisse Zeit eine Versorgung in der Ausweicheinrichtung sicherzustellen. Dies stellt jedoch wiederum eine Herausforderung für die Transportlogistik dar. Die beste Lösung wäre die standardisierte Vorhaltung von betriebsnotwendigen Reserven in stationären und ambulant versorgenden Gesundheitseinrichtungen sowie eine Sensibilität für kapazitiv-funktionale Abhängigkeiten a) voneinander und b) von anderen Dienstleistern, wie z. B. durch outgesourcte Bereiche wie Nahrungsmittelversorgung, Wäsche, Labor, ohne welche die Einrichtungen über längere Zeit nicht handlungsfähig wären (siehe auch BBK 2009: 78– 79; Adams et al. 2015: 47). Des Weiteren sollten für jene Patientinnen- und Patientengruppen, welche dezentral in einer Ausweicheinrichtung versorgt werden können, entsprechende Einrichtungen konzeptionell geplant und die entsprechenden materiellen, räumlichen und personellen Reserven für den nötigen

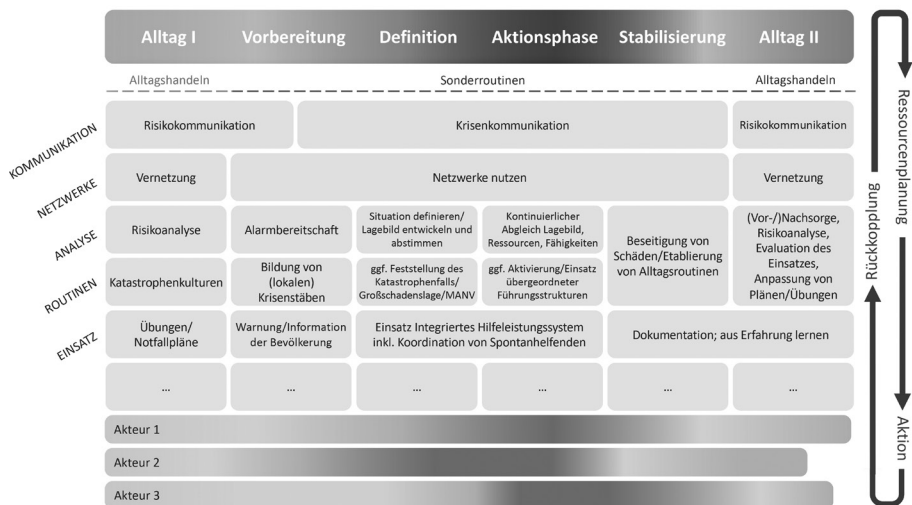
Betrieb geschaffen werden, um die Weiterversorgung für davon abhängige Patienten während lang anhaltender und großräumiger Lagen zu gewährleisten (vgl. BBK 2009: 34–35). Eine effektive (Voll-) Evakuierungsplanung mit Anschlussversorgung erfordert je nach Szenario eine langwierige Planung mit verschiedensten innerklinischen Schnittstellen sowie den Einbezug von Beteiligten über die Klinik hinaus. Sofern dies nicht im Vorhinein angestoßen bzw. umgesetzt ist, kann bei spontan auftretenden, schnell eskalierenden Lagen eine effektive Evakuierung behindert werden.

4. Analyse subjektiver Wahrnehmungen unterschiedlicher Akteure bzw. Akteursgruppen – Das AVDASA-Modell

Das BMBF-Projekt KOPHIS widmete sich der Stärkung der Resilienz hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten in allen Phasen einer Katastrophe. Da jegliche Selbsthilfekompetenzen und privaten Unterstützungsstrukturen, auf die sich Betroffene in alltäglichen Situationen verlassen, in Krisen- und Katastrophensituationen versagen könnten, zielte das Projekt auf die Verzahnung von BOS, Pflegeinfrastrukturen und zivilgesellschaftlichen Netzwerken ab (Schulze et al. 2019: 1–5).

Besonders relevant für das themenverwandte Projekt RESIK ist dabei das in KOPHIS erarbeitete AVDSSA-Modell, welches den Krisen- und Katastrophenmanagementprozess nicht als einen chronologischen Zeitablauf betrachtet, sondern sich an der subjektiven Wahrnehmung und dem daraus resultierenden konkreten situativen Verhalten beteiligter Akteure bzw. Akteursgruppen orientiert (Schulze et al. 2019: 6–16). Kommunikative und organisationale Defizite in der Koordination von Einsätzen sind oft die Folge unterschiedlicher Wahrnehmungen seitens betroffener Gruppen von Akteuren, die einander mithilfe des Modells gegenübergestellt werden können (Dittmer et al. 2022: 3). „AVDSSA“ steht dabei für die folgenden Phasen: Alltag I, Vorbereitung, Definition, Schadensbegrenzung, Stabilisierung und Alltag II. Im Forschungsprojekt RESIK wurde das AVDSSA-Modell zum AVDASA-Modell weiterentwickelt, indem anstelle der Phase der Schadensbegrenzung die Aktionsphase eingeführt wurde.

Das Analysemodell setzt in der Phase Alltag I (A) an, die Routinehandlungen in einem als normal wahrgenommenen Alltag umfasst. Frühere Krisenerfahrungen führen bestenfalls zur Herausbildung einer positiven Risiko- und Katastrophenkultur. Eine effektive Risikoanalyse und -kommunikation für die Definition von Schutzziele sowie das Bewusstsein für die Möglichkeit unerwarteter Geschehnisse verhelfen zu einer schnelleren Umsetzung von Maßnahmen. In der Phase der Vorbereitung (V) kündigen erste Signale den Eintritt einer Gefahrensituation an, die sich langsam anbahnen oder rasch manifestieren kann. Idealtypisch wird die Situation frühzeitig als bedrohlich eingestuft und auf Basis von Informationen und Interpretationsmodellen bewertet. Krisenstäbe werden alarmiert und die Bevölkerung durch Warnungen sensibilisiert. In der Phase der Definition (D) wird die Situation als potenziell gefährlich wahrgenommen. Es werden konkrete Maßnahmen in den Blick genommen und Ressourcen mobilisiert. Die Handlungsoptionen richten sich nach der Situationsbestimmung. In der Aktionsphase (A) werden auf Grundlage der Situationsdefinition Maßnahmen ergriffen, um die Ereignisse in kontrollierbare Bahnen zu lenken. Die Phase der Stabilisierung (S) ist durch eine Entspannung der Lage gekennzeichnet. Während einzelne Maßnahmen der Schadensbegrenzung fort-



wirken und die Folgen des katastrophalen Ereignisses behoben werden, greifen zunehmend Routinen, die einen neuen Alltag einleiten. Die Phase des Alltags II (A) soll verdeutlichen, dass der Alltag vor dem Katastrophenergebnis nicht gleichzusetzen ist mit dem Alltag nach der Katastrophe. Durch die Reflexion des Erfahrenen werden im Idealfall Vorkehrungen für künftige Lagen optimiert (Dittmer et al. 2022: 4–10). Eine detaillierte Anwendung des AVDASA-Modells kann im Rahmen dieses Artikels nicht erfolgen, dazu wird verwiesen auf den Bericht zur Evakuierung des St.-Antonius-Hospitals Eschweiler während der Flutereignisse im Juli 2021 (Voss et al. 2022).

5. Fallübergreifende Trends

Im Zuge der Untersuchungen verschiedener Fälle von Krankenhaus- und Pflegeheim-evakuierungen konnten fallübergreifende Trends für Evakuierungen von zentralisierten Gesundheitseinrichtungen identifiziert werden. Auf die einzelnen Fälle bezogen wurden teils umfangreiche „Lessons-to-learn“-Prozesse (Voss et al. 2022) angestoßen. Von „Lessons to learn“ sollte gesprochen werden, da die identifizierten Herausforderungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen für die Optimierung der Evakuierungsprozesse zentralisierter Gesundheitseinrichtungen einen langfristigen und kontinuierlichen Lern- und Umsetzungsprozess erfordern (Voss 2021: 5). Im Folgenden soll eine kurze Darstellung der fallübergreifend identifizierten Handlungsfelder für Gesundheitseinrichtungen dargestellt werden, welche sich überwiegend im Bereich der Schnittstellenarbeit bei Krankenhaus- und Pflegeheim-evakuierungen ergeben.

Das Kennen von für den eigenen Betrieb wichtigen Akteuren nicht nur innerhalb der eigenen Organisation und in den normalen Interaktionsschnittstellen des Alltags, sondern auch in Bezug auf die in Krisensituationen relevanten Beteiligten und deren Aufgaben, Kapazitäten und Fähigkeiten ist essenziell.

.....

Dieses Wissen um einander kann insbesondere über die Übung von Krisenszenarien und die damit einhergehende bereits in der Übungskonzeption erfolgende Vergegenwärtigung von Risiken, Risikofolgen für den eigenen Betrieb, Abhängigkeiten und Akteursverbundenheiten geschehen (s. a. Gretenkort et al. 2002: 44–45). Sofern ein organisationsübergreifendes Kennen bereits im Alltag I nicht erfolgt, droht im Ernstfall ein Abhandenkommen der abgestimmten Lageübersicht und der damit einhergehenden Prioritätensetzung, was schlimmstenfalls zu Verantwortungsdiffusion oder gar einem „Gegeneinander-Arbeiten“ und somit zur Patientinnen- und Patientengefährdung führen kann (Lehmann/Thiele/Ewers 2021: 91–92; vgl. von Kirchbach 2002: 154–155). Insbesondere im hochkomplexen Sektor des Gesundheitswesens; mit seiner Vielfalt an Akteuren und entsprechenden Organisationskulturen, Sichtweisen und -fachjargons ist das gegenseitige Sich-Kennen und -Vertrauen von großer Bedeutung.

So wie für den effektiven Patientinnen- und Patiententransport die Wege zwischen evakuierter Einrichtung und Ausweichstandort vorhanden, bekannt und kommuniziert sein müssen, gilt dies auch für die Kommunikationswege zwischen den bereits im Alltag identifizierten relevanten Akteuren. Gemeinsame Lagebilder, gegenseitige Unterstützung, Frühwarnung vor Ereignissen und Ereignisfolgen sowie Hilfesuche können nur dann erfolgen, wenn auch Kommunikationswege und -mittel im Vorhinein klar definiert sind – bestenfalls mit Redundanzen ausgestattet und idealerweise mit Mitteln, welche keine komplexen Anforderungen an die Nutzenden im Ernstfall stellen und nah am Alltagsbetrieb ausgerichtet sind (s. a. Scholtes 2022: 85; Hersche: 2006: 292; Breuer 2021: 507).

Ganz gleich, wie gut Vorbereitung und Abstimmung im Vorhinein sein mögen – im Ernstfall hoch verzweigter, komplexer und äußerst dynamischer Lagen muss auch auf kürzestem Wege Information bereitgestellt und abgerufen werden können. Dies funktioniert vor allem über fachberatende Personen bzw. Liaisonkräfte, die tiefe Einblicke in andere Organisations-, Fähigkeits- und Aufgabenkontexte haben. Dies kann zur erfolgreichen akteursübergreifenden Erstellung eines organisationsübergreifenden Lagebilds- und Lageverständnisses beitragen und zu reibungs- und verzögerungsärmeren Entscheidungs- und Durchführungsprozessen von Evakuierungen führen. Bestenfalls wird der Einsatz dieser Kräfte bereits im Alltag I in übergreifenden Notfallplanungen vorgeplant und auch in Übungen bedacht (s. a. Scholtes 2022: 86–87).

Kritisch-Einrichtungen des Gesundheitssystems sollten fachlich, finanziell und personell befähigt werden, regelmäßige Risikoanalysen für ihren Betrieb durchzuführen und so eine Sensibilität für potenzielle Schadensereignisse aufzubauen (BBK: 2020: 19). Dies sollte in Kooperation mit von ihnen abhängigen oder mit ihnen über sonstige für den Betrieb wesentliche Schnittstellen verbundenen Unternehmen und Einrichtungen sowie insbesondere in Verbindung mit der örtlichen kommunalen Gefahrenabwehr erfolgen (s. a. Breuer et al. 2021: 513). Wesentlich ist hierbei nicht nur der Blick auf vergangene Ereignisse, sondern auch der Einbezug von möglichen Risiken der Zukunft, wie bspw. Klimawandelfolgen.

6. Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Unterbringung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Ausweicheinrichtungen

Neben Aspekten zur Härtung von Einrichtungen sowie der Optimierung von Evakuierungsprozessen konnten im Forschungsprojekt auch Lehren bezüglich der psychosozialen Implikationen von Evakuierungen und einer anschließenden Versorgung in Ausweicheinrichtungen gezogen werden. Auf die psychosozialen Bedarfe von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Ausweicheinrichtungen wird in diesem Abschnitt eingegangen.

Im Rahmen einer im Forschungsprojekt durchgeführten Fallstudie zur Evakuierung von Pflegeeinrichtungen wurden Interviews mit Personen in Leitungsfunktion geführt, die auf Erfahrungen mit realen Evakuierungssituationen und einer anschließenden Unterbringung der Bewohnerinnen und Bewohner in Ausweicheinrichtungen zurückgreifen können. Zudem wurden psychosoziale Aspekte, die in der dezentralen Versorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zu berücksichtigen sind, durch Expertinnen- und Experteninterviews ermittelt.

Im Gegensatz zu Krankenhäusern, wo eine temporäre Unterbringung von Patientinnen und Patienten vorgesehen ist, leben diese Personen in der Regel dauerhaft in der Pflegeeinrichtung. Die Bewohnerinnen und Bewohner nehmen nach einiger Zeit das Pflegeheim als ihren Lebensmittelpunkt an und entwickeln zu dem dort tätigen Personal ein Vertrauensverhältnis. Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner weisen dabei altersbedingte körperliche und gegebenenfalls auch geistige Beeinträchtigungen auf, wodurch sie im Alltag stets auf die Unterstützung professioneller Pflegekräfte angewiesen sind. Der Eintritt eines Schadensereignisses und die damit einhergehende Evakuierung stellt für die Pflegebedürftigen daher eine besondere existenzielle Bedrohung dar, die von einem gesteigerten Aufkommen von Verunsicherungen, Ängsten und Verwirrtheit begleitet sein kann (Scholl 2012: 23).

Auch wenn die Unterkunft in einer Ausweicheinrichtung nur vorübergehend und behelfsmäßig ist, sollte die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet werden, um potenzielle Schamgefühle abzuwenden (Interview 5: Z. 102–107). Die Anwesenheit psychosozialer Akuthelfender würde dabei Anspannungen und „das Gefühl von Hilflosigkeit oder von Ausgeliefertsein“ (Interview 5: Z. 157–158) lindern. Notfallseelsorger oder Krisenpräventionsteams könnten den Gesprächsbedarf der Betroffenen auffangen und auch das Personal entlasten (Interview 5: Z. 130–148).

Aus Interviews mit Fachpersonen, die in Pflegeheimen mit Spezialisierung auf Bewohnerinnen und Bewohner mit chronisch psychischen Erkrankungen tätig sind, wird deutlich, dass sich die Unterbringung in Ausweicheinrichtungen, besonders über einen längeren Zeitraum, als ungeeignet erweist. Für die Betreuung von chronisch psychisch Kranken, die gegebenenfalls auf bestimmte Medikamente angewiesen sind und Aggressionen gegen sich selbst oder andere aufweisen, bedarf es speziell geschulten Personals, um den Anforderungen gerecht zu werden (Interview 27: Z. 288–313, 335–341).

Als besonders vulnerabel werden demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen. Bei der Evakuierung des Pflegeheims im Zuge der Hochwasserkatastrophe von 2021 waren daher besondere Maßnahmen erforderlich (Interview 29: Z. 111–118). „Und dann haben wir

.....

uns entschieden, diesen Personenkreis als Letztes zu evakuieren, also die so lange wie möglich in dem Umfeld zu belassen“ (Interview 29: Z. 118–120). Die Personen zeigten dabei unterschiedliche Verhaltensweisen. Einige wirkten unruhig, verwirrt, zum Teil verängstigt, andere waren dagegen eher in sich gekehrt. Für die besonders ängstlichen und nervösen Bewohnerinnen und Bewohner bedurfte es der intensiven Betreuung durch Pflegekräfte, die von den Betroffenen als Bezugspersonen angesehen werden (Interview 29: Z. 122–130). Die Vollständigkeit der demenziell Erkrankten musste kontinuierlich sichergestellt werden (Interview 29: Z. 305–315). Da bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer demenziellen Erkrankung oder anderen kognitiven Einschränkung eine Evakuierung Verunsicherung und Ängste hervorrufen kann, wird bei geplanten Evakuierungen im Zuge von Bombenfunden von einem Ausflug gesprochen (Interview 24: Z. 82–101). Ein längerer Aufenthalt dementer Bewohnerinnen und Bewohner in einer Ausweicheinrichtung sollte dringend vermieden werden (Interview 29: Z. 323–331). Mutmaßlich würden bei einem längerem Aufenthalt erhöhte Stressreaktionen auch bei nicht demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern zu erwarten sein (Interview 24: Z. 246–260). Für demenziell Erkrankte bedarf es allerdings einer besonderen Betreuung, die nicht in jeder Pflegeeinrichtung geleistet werden kann (Interview 27: Z. 1011). So benötigen demenziell Erkrankte geregelte Tagesabläufe und konstante Versorgungsleistungen (Interview 27: Z. 1090–1091). Einige geriatrische Einrichtungen verfügen daher über Demenzbereiche, wo Betroffene in Kleinstgruppen untergebracht und von speziell geschultem Personal betreut werden (Interview 27: Z. 1022–1081; Interview 29: Z. 246–258).

Am Beispiel einer Pflegeeinrichtung, die aufgrund von häufigen Bombenfunden regelmäßig mit Evakuierungssituationen konfrontiert ist, wird deutlich, dass durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Verantwortlichen des Pflegeheims und lokalen Akteuren der Kommune sowie Privatunternehmen für die Bewohnerinnen und Bewohner ein angenehmer Aufenthalt in einer Ausweicheinrichtung ermöglicht werden kann. Sofern die Unterbringung auf wenige Stunden angelegt ist, sorgen routinierte Abläufe dafür, dass in der Regel weder bei Bewohnerinnen und Bewohnern noch Mitarbeitenden Stressreaktionen aufkommen. So wurde beispielsweise den Bewohnerinnen und Bewohnern in der Turnhalle einer Schule ein abwechslungsreiches Programm geboten (Interview 24: Z. 124–126), indem neben Spielen, Musik und Spaziergängen Schülerinnen und Schüler die Seniorinnen und Senioren im Rahmen von Schulprojekten über ihre Kindheitserlebnisse befragten. Von den Bewohnerinnen und Bewohnern wurde diese Abwechslung von ihrem gewohnten Alltag sehr positiv aufgenommen (Interview 24: Z. 123–129). „Also es ist ein richtiges Highlight für die Bewohner“ (Interview 24: Z. 132–136). Der Ausflugscharakter der Evakuierung lindert etwaige Verunsicherungen (Interview 24: Z. 344–352). „Manche Bewohner, wenn sie wieder da sind, sagen: Das machen wir bald mal wieder. Da denk um Gottes Willen, lieber nicht. Aber die finden das ganz toll und mal was ganz anderes“ (Interview 24: Z. 351–352).

7. Fazit

Obwohl das Forschungsprojekt RESIK primär Krankenhäuser adressiert, erfolgte immer auch eine Gesamtschau aller Akteure, Vernetzungen und Systemschnittstellen des Gesundheitssystems. Besondere

Fokus liegt hierbei auf Evakuierungsprozessen sowie der Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten in dezentralen Ausweicheinrichtungen. Um die hiermit verbundenen Handlungsprozesse für zu evakuierende Gesundheitseinrichtungen sowie die Implikationen auch für die involvierten und betroffenen externen Akteure verstehen zu können, hat die KFS das Prozessmodell AVDASA weiterentwickelt und in Anwendung gebracht. Durch die Betrachtung mehrerer Fälle von Krankenhaus- und Pflegeheim-evakuierungen in unterschiedlichen Großschadenslagen und katastrophalen Ereignissen konnten wesentliche Schlussfolgerungen hinsichtlich der Kritikalität von Gesundheitseinrichtungen in vernetzten Gesundheitssystemen, Implikationen für Evakuierungen in sozialpsychologischer Hinsicht sowie in Bezug auf dezentrale Ausweicheinrichtungen gezogen werden.

Insbesondere längerfristige, großräumige Schadenslagen bedrohen das hochkomplexe und vernetzte arbeitsteilige System der Gesundheitsversorgung. Ausfälle einzelner Einrichtungen können innerhalb des Gesundheitssystems kaskadierende Effekte auslösen und andere Einrichtungen funktional und kapazitiv überlasten. Resilienzsteigerung im Kritis-Sektor Gesundheit kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Akteure des Gesundheitssystems, also auch dezentrale und nichtstationäre Versorgende, als ein vernetztes, voneinander abhängiges und zu schützendes System begriffen werden. Hierzu gehört vor allem zwischen den beteiligten Akteuren des Gesundheitssektors, der politischen, administrativen und operativen Akteuren des Bevölkerungsschutzes und weiterer relevanter Akteure die präventive Planung und Organisation des Schutzes von Gesundheitseinrichtungen bereits im Alltag.

Um die Bevölkerung auch in Krisen und Katastrophen mit einem medizinisch-pflegerischen Mindeststandard weiterversorgen zu können, ist die Planung und Vorhaltung von dezentralen Ausweicheinrichtungen unter Beachtung der diversen gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung als Redundanz für zu evakuierende Gesundheitseinrichtungen sinnvoll. Hierbei müssen unterschiedliche medizinische Prädispositionen der zu versorgenden Menschen beachtet und psychosoziale Implikationen der Weiterversorgung in die Planungen integriert werden. Wegweisend für entsprechende Konzeptionen ist eine bedarfsorientierte Analyse des Sozialraums und eine Bedarfsanalyse der Bevölkerung hinsichtlich der für sie nötigen Gesundheitsleistungen ebenso wie die entsprechende Datenakquise, um konkrete Planungen hinsichtlich der Resilienz des Gesamtsystems Gesundheitsinfrastruktur anstrengen zu können und Redundanzen zielgerichtet und vor allem zielgruppenorientiert planen zu können.

Interviewverzeichnis

Interview 5: Interviewführung Rüger, Anja/Bock, Nicolas: online am 10.06.2021 zur Krankenhausevakuierung.

Interview 24: Interviewführung Rüger, Anja/Bock, Nicolas: online am 25.02.2022, Heimleitung zur Pflegeheim-evakuierung.

Interview 27: Interviewführung Rüger, Anja/Bock, Nicolas: vor Ort am 20.05.2022, Heimleitung zur Pflegeheim-evakuierung.

Interview 29: Interviewführung Rüger, Anja/Hänsch, Sidonie: online am 29.10.2022, Geschäftsführung zur Pflegeheim-evakuierung.

Literaturverzeichnis

Adams, Hans Anton et al. (2015): Der Notfallplan des Krankenhauses. in: Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin, 1 (Bd. 110), S. 37–48.

- BBK (2009): Schutz Kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus – Leitfaden zur Identifikation und Reduzierung von Ausfallrisiken in Kritischen Infrastrukturen des Gesundheitswesens. Bonn BBK (2020) Handbuch Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP) – Vorab- Teilveröffentlichung anlässlich der COVID-19-Pandemie. Bonn.
- BBK (2020): Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP): Empfehlungen für die Praxis zur Erstellung eines individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzplans, Bonn.
- BMI (2011): Schutz Kritischer Infrastrukturen – Risiko- und Krisenmanagement · Leitfaden für Unternehmen und Behörden. Berlin.
- Breuer, Florian et al. (2021): Erkenntnisse aus 31 Stunden Stromausfall in Berlin Köpenick – medizinische Schwerpunkte und Herausforderungen, in: Der Anaesthesist 6 (Bd. 70), S. 507–514.
- Dittmer, Cordula et al. (2022): Katastrophenbewältigung als sozialer Prozess: Vom Ideal- zum Realverständnis von Risiko-, Krisen- und Katastrophenmanagement. https://www.geo.fu-berlin.de/geog/fachrichtungen/anthrogeog/katastrophenforschung/publikationen/Dittmer_2_NV_01_22.pdf; zuletzt geprüft am: 14.02.2023.
- Enders, Alexandra/Kailes Isaacson, June (2007): Moving Beyond “Special Needs”. A Function-Based Framework for Emergency Management and Planning. *Journal of Disability Policy Studies* No. 17, S. 230–237.
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1967): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldinde.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gretenkort, Peter et al. (2002): Interface between Hospital and Fire Authorities: A Concept for Management of Incidents in Hospitals, in: *Prehospital and Disaster Medicine* 1 (17), S. 42–47.
- Gretenkort, Peter/Harke, Henning (2001): Ärztliche Leitungsfunktion bei einer innerklinischen Gefahrenlage. *Anästhesiologie und Intensivmedizin* Jg. 42. S. 170–175.
- Hersche, Bruno (2006): Organisation bei externen und internen Großereignissen und Katastrophen im Krankenhaus, in: *Notfall + Rettungsmedizin* 3 (9), S. 287–295.
- Kraus, Chadd/Levy, Frederick/Kelen, Gabor (2007): Lifeboat ethics: considerations in the discharge of inpatients for the creation of hospital surge capacity. *Disaster medicine and public health preparedness*. Jg. 1 Nr. 1 S. 51–56.
- Lehmann, Yvonne/Thiele, Anna/Ewers, Michael (2021): *Vorsorge, Management und Bewältigung von Katastrophen aus Sicht ambulanter Pflegedienste - Befragungsergebnisse zum IST-Zustand*. Working Paper 21-03. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Charite Universitätsmedizin Berlin. Berlin.
- Leibovici, Dan et al. (1997): Interhospital Patient Transfer: A Quality Improvement Indicator for Prehospital Triage in Mass Casualties. *American Journal of Disaster Medicine* No. 15. S. 341–344.
- Lorenz, Daniel (2010): *Kritische Infrastrukturen aus Sicht der Bevölkerung*, https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/19235/sr_3.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am: 14.02.2023.
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Pfenninger, Ernst G./ Adolph, Oliver (2017): Memorandum – Zur Vulnerabilität kritischer Infrastrukturen an Bundesdeutschen Kliniken. in: *Notfall & Rettungsmedizin* 8 (20) S. 673–681.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag.
- Schmitt, Hanna Christine (2019): Systemisches Kaskadenpotenzial von Kritis-Teilektoren. in: *Informationen zur Raumentwicklung*. 4 (46) S. 48–61
- Scholl, Holger (2012): Besondere Einsatzlage: Evakuierung von Pflegeheimen. In: *Im Einsatz*. 19. Jahrgang. S. 23–27.
- Scholtes, Katja (2022): Krankenhauseinsatzleitungen – Stabsarbeit im Krankenhaus, in: Hofinger, Gesine/Heimann, Rudi (Hg.), *Handbuch Stabsarbeit: Führungs- und Krisenstäbe in Einsatzorganisationen, Behörden und Unternehmen*, 2. Auflage, Wiesbaden: Springer, S. 81–89.
- Schulze, Katja et al. (2019): *Sicherstellung der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen im Katastrophenfall*. Katastrophenforschungsstelle. KFS Arbeitsmaterial Nr. 06. Berlin.
- von Kirchbach, Hans-Peter/Franke, Stefan/Biele, Hartmut (2002): *Bericht der Unabhängigen Kommission der Sächsischen Staatsregierung Flutkatastrophe 2002*, Dresden.

Voss, Martin (2021): Lessons to Learn: Zustand und Zukunft des Bevölkerungsschutzes in Deutschland vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie, KFS-Working Paper Nr. 20, Berlin.

Voss, Martin et al. (2022): Die Evakuierung des St.-Antonius-Hospitals Eschweiler während der Flutereignisse im Juli 2021, KFS-Working Paper Nr. 25, Berlin.

Wendt, Jessica (2020): Prozessoptimierungen und Schnittstellenmanagement in der Gesundheitsversorgung. IN: Leal, Walter (Hrsg.) Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Springer. Heidelberg. S. 55–71.

Wurmb, Thomas et al. (2017): Alarm- und Einsatzplanung im Krankenhaus: Vorbereitung auf Großschadenslagen. Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin. Heft Nr. 52. S. 594–605.

5. Handlungsempfehlungen

Bedarfsorientierung im Bevölkerungsschutz

Matthias Max, Matthias Schulze, DRK e. V. – Generalsekretariat

1. Einleitung

Krisen und Katastrophenlagen sowie veränderte Bedarfe der Gesellschaft nehmen stetig zu und stellen den tradierten Bevölkerungsschutz vor Herausforderungen. Daher sind innovative und flexible Ansätze gefordert, die die bedarfsgerechte Versorgung der Gesellschaft in Krise und Alltag gewährleisten können. In diesem Text soll daher auf einen neuen Ansatz im Bevölkerungsschutz eingegangen werden: den Sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Dazu soll zunächst die heutige Organisation des Bevölkerungsschutzes skizziert werden, um anschließend auf Basis der Erkenntnisse diverser Forschungsprojekte und Katastrophenlagen darzustellen, wie sich die Bedarfe der Gesellschaft verändern, warum sich deshalb der Bevölkerungsschutz in seinen jetzigen Strukturen sukzessive mit entwickeln muss und warum es für diesen dringend geboten ist, Alltagsstrukturen nachhaltig zu unterstützen. Der Sozialraumorientierte Bevölkerungsschutz stellt in diesem Zusammenhang eine Weiterentwicklung des Bevölkerungsschutzes dar und bietet nach Ansicht des DRK eine Möglichkeit, in Zukunft resilienter gegenüber Krisen- und Katastrophenlagen zu werden.

2. Die aktuelle Organisation des Bevölkerungsschutzes

Der Bevölkerungsschutz in Deutschland ist Angelegenheit unterschiedlicher administrativer Ebenen und einer Vielzahl von Organisationen, zu denen das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) ebenso gehört wie die freiwilligen Feuerwehren, das Technische Hilfswerk (THW) sowie unterschiedliche Hilfsorganisationen wie das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Sie alle haben gewisse Kompetenzen und ergänzen sich durch unterschiedliche Fähigkeiten und Befugnisse. Zum größten Teil wird der Bevölkerungsschutz in Deutschland von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern getragen (Max und Schulze 2022).

Bevölkerungsschutz umfasst den Zivilschutz — den Schutz der Bevölkerung im militärischen Verteidigungsfall durch den Bund, geregelt im Zivilschutzgesetz — und den Katastrophenschutz — alle Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung in Friedenszeiten durch die Bundesländer. Hierfür legen 16 verschiedene Katastrophenschutzgesetze der Länder die Rahmenbedingungen der Maßnahmen zur Katastrophenvorsorge und -bewältigung fest und definieren die Zuständigkeiten für ihre Umsetzung (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV)/Bundesamt für Justiz (BfJ)).

Eine Katastrophe wird üblicherweise als eine Notsituation verstanden, die die alltäglichen gesellschaftlichen Strukturen und Kapazitäten überlastet, eine signifikante Gefährdung für Leib, Leben oder wichtige Sachwerte darstellt und nur durch zentral gelenkte Aktionen sowie den Einsatz spezieller Kräfte zu bewältigen ist. Dabei kann es sich um unterschiedlichste Szenarien handeln: eine Massenkarambolage auf der Autobahn, ein Hochwasserereignis, einen Waldbrand, aber auch eine Pandemie.

Seit dem Gesetz zur Erweiterung des Katastrophenschutzes 1968 wurde Katastrophen- und Zivilschutz in der Ausführung zusammengefasst und die operative Verantwortung für die Maßnahmen den kommunalen Behörden übertragen. Die Schadenslagen sollen zunächst also dort bearbeitet werden, wo sie stattfinden. Wenn ein Landkreis lokal überfordert ist oder mehrere Kreise betroffen sind, werden Entscheidungsstrukturen auf die nächsthöhere Ebene verlagert.

Kommunale Behörden werden zur Bewältigung von Katastrophen von unterschiedlichen Katastrophenschutzorganisationen bei der fachlichen Ausführung unterstützt. Das DRK als Hilfsorganisation übernimmt dabei hauptsächlich Aufgaben im Sanitäts- sowie im Betreuungsdienst. Hier gehören Notfallrettung, Aufbau und Betrieb von Notunterkünften oder die Bereitstellung von Verpflegung und Trinkwasser, aber auch soziale Betreuung und psychosoziale Unterstützung zu den Aufgabenbereichen des DRK.

Das heutige Bevölkerungsschutz-System ist von der Idee geprägt, die in Katastrophen ausgefallenen gesellschaftlichen Strukturen vorübergehend zu ersetzen. Die Verknüpfung zwischen Alltag und Ausnahme-situation findet dabei fast nicht statt. Auf der einen Seite steht der funktionierende Alltag in den Kommunen, auf der anderen stehen die Ressourcen der Katastrophenschützer und Katastrophenschützerinnen und ihrer Organisationen: Essensausgabe, Notstromversorgung, Notunterkunft, Kinderbetreuung oder medizinischer Behandlungsplatz. Die betroffenen Regionen werden so lange unterstützt, bis die Alltagsstrukturen wiederhergestellt sind (Max und Schulze 2022).

In diversen Einsätzen in den letzten Jahrzehnten und in zahlreichen Forschungsprojekten hat das DRK festgestellt, dass die Ersatzvorhaltung nicht mehr vollumfänglich zu der Gesellschaft passt, die Hilfe benötigt. Insgesamt lässt sich beobachten, dass die Bedürfnisse diverser und individueller werden. Es gibt nicht „die Bevölkerung“, sondern Menschen mit ihren Bedürfnissen und Nöten in ihren Sozialräumen.

Um auf die Katastrophen der Zukunft vorbereitet zu sein, müssten Fragen wie die folgenden berücksichtigt werden: Wer lebt in dem betroffenen Gebiet? Wen werden Kommunen, Hilfsorganisationen und Behörden sehr wahrscheinlich in einer Krise oder Katastrophe unterstützen müssen? Im Folgenden soll skizziert werden, warum und wie sich der Bevölkerungsschutz mit seinen bisherigen Konzepten verändern muss. Dabei soll der Fokus auf die veränderten Bedarfe, Fähigkeiten und Vulnerabilitäten der Bevölkerung gerichtet werden.

3. Wieso sich der Bevölkerungsschutz anpassen muss

Ausgangspunkt für die weiteren Überlegungen soll beispielhaft Hochwasser 2013 sein, das weite Teile von Deutschland betraf. Infolge starker und anhaltender Regenfälle zwischen Ende Mai und Anfang Juni kam es in neun mitteleuropäischen Ländern zu schweren Überflutungen. In Deutschland traten zahlreiche Flüsse über ihre Ufer, insgesamt riefen 55 Landkreise den Katastrophenalarm aus. Die Feuerwehren, das THW, die Bundeswehr, die Bundespolizei und die Hilfsorganisationen (z. B. ASB, DLRG, DRK, JUH, MHD) waren zusammen mit Hunderttausenden von Helfenden über mehrere Wochen im Einsatz. In Sachsen wurde nach Überschreiten der Hochwasserstufe vier in Chemnitz, Leipzig und Dresden sowie in sieben weiteren Landkreisen der Katastrophenalarm ausgelöst. Etliche Orte wurden überflutet und mussten evakuiert werden. Bundesweit wurden insgesamt mehr als 80.000 Personen evakuiert (Deutsches Komitee Katastrophenvorsorge e. V. 2015).

Neben den organisierten Helfenden zeigte sich eine enorme Bereitschaft der Bevölkerung, Hilfeleistungen personell und organisatorisch zu unterstützen. Auffällig war dabei der hohe Grad an selbst organisierter Hilfe durch die Nutzung Sozialer Medien (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2014). Bspw. startete ein Dresdner Studierendenclub, der drohte, geflutet zu werden, einen Aufruf bei Facebook und organisierte innerhalb einer Woche mehr als 1.000 Helfende – eine gigantische Leistung innerhalb dieser kurzen Zeit. Um diesen Studierendenclub mit Sandsäcken abzudichten, brauchte man etwa 30 Personen. Die übrigen Hilfwilligen, die ad hoc und auch von außerhalb Dresdens angereist waren, stellten sich den offiziellen Strukturen zur Verfügung, um etwa Sand in Sandsäcke zu schaufeln.

Es waren nicht nur „Spontanhelfende“ im engeren Sinne, sondern ungebundene Helfende, die sich bspw. extra Urlaub nahmen, um nach Dresden, Magdeburg oder Stendal zu fahren und dort zu helfen. Teils waren sie monatelang vor Ort. Sie waren organisiert, ohne an eine Organisation gebunden zu sein (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2015). Die Einbindung dieser Helfenden in Arbeitsabläufe stellte das DRK sowie andere Hilfsorganisationen vor neue Herausforderungen. Anfangs gab es z. B. Bedenken wegen der Versicherung der Helfenden, was relativ schnell gelöst werden konnte. So konnten das Know-how und die Hilfsbereitschaft der Zivilbevölkerung aktiv genutzt werden.

In der Aufbereitung des Einsatzes wurde aus den beteiligten Landesverbänden des DRK berichtet, dass insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen (sowohl ambulant als auch stationär) die Einsatzkräfte vor zum Teil neue, unerwartete fachliche und logistische Herausforderungen stellte. Besonders problematisch war dabei, den Aufenthaltsort und die Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf im Schadensgebiet ausfindig zu machen. Auch die Evakuierungen von Personen mit sehr individuellen Bedarfen stellten hierbei ein großes Problem dar. So handelte es sich etwa um bettlägerige Patientinnen und Patienten, die nur schwer zu transportieren waren. Aus diesen Erfahrungen entstanden mehrere Forschungsprojekte, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

4. Forschungsprojekte weisen auf veränderte Bedarfe der Gesellschaft hin

Das Projekt INVOLVE (Verringerung sozialer Vulnerabilität durch freiwilliges Engagement, 2015–2018)⁸, etwa setzte sich zum Ziel, Impulse für einen zukunftsfähigen Betreuungsdienst zu entwickeln (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2017b). In vier großen Regionalkonferenzen sprachen Fachberaterinnen und Fachberater sowie Mitglieder der Landesverbände und der Kreisebenen über die Betreuungsstrukturen des DRK. Im Rahmen dieser Konferenzen wurde exemplarisch eine Bedarfsanalyse für das allgemeine Szenario Massenunterbringung von Menschen in Ausnahmesituationen durchgeführt.

Während des Projekts verstärkte sich der Eindruck, dass gesellschaftliche Veränderungen wie der demografische Wandel mit neuen Anforderungen an freiwilliges Engagement einhergehen. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung sowie der Lebens- und Arbeitsbedingungen führt zu einer steigenden Lebenserwartung und gleichzeitig zu einem Anstieg von Vulnerabilitäten. So gibt es etwa immer mehr ambulant Pflegebedürftige in Deutschland. Von diesen gut vier Millionen pflegebedürftigen Menschen (Statistisches Bundesamt 2019), werden etwa 80 Prozent zu Hause gepflegt – zu etwa zwei Dritteln durch Angehörige und zu etwa einem Drittel zusammen mit ambulanten Pflegediensten oder allein durch ambulante Pflegedienste.

Hilfsorganisationen wie das DRK gingen jedoch nach wie vor oft von Familien mit zwei Kindern aus, die im Katastrophenfall unterstützt werden sollten. So trafen Helfende im Einsatz im Hochwassergebiet mitunter mit Tausenden Kartons Windeln für Kleinkinder auf zum Beispiel 80-jährige teils pflegebedürftige Menschen, die selbstredend ganz andere Bedarfe haben. Die eigentlich erwarteten Familien mit Kindern waren jedoch in eigenen Autos zu Familie oder Freunden gefahren, die sich nicht in der Katastrophenregion befanden.

Diese Diskrepanz zwischen den Bedarfen der Betroffenen und den existierenden Hilfsangeboten wurde auch bei den qualitativen Interviews für das Forschungsprojekt INVOLVE erhoben (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2017b, 2017a; Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2017c). Auch wurde eine größere Bandbreite an Bedarfen verzeichnet. Die existenziellen Bedürfnisse sind individueller und spezifischer geworden. Die Zunahme von Zivilisationskrankheiten, die unter anderem eine besondere Ernährung erforderlich machen, oder die zunehmende Zahl von häuslich gepflegten Personen sind Beispiele hierfür.

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich folgern, dass aktuelle Hilfeleistungssysteme nicht mehr in der Lage sind, die heutigen Bedarfe der Hilfsbedürftigen adäquat zu decken. Zum einen mögen hier vermittelte Fähigkeiten der Helfenden fehlen und Schulungen nötig werden. Zum anderen liegen dem jedoch überholte Hilfsstrukturen zugrunde. Wo Katastrophenschützerinnen und Katastrophenschützer

⁸ Die im Verlaufe dieses Textes aufgeführten nationalen Forschungsprojekte (INVOLVE, KOPHIS, NeuENV, AUIPK, RESIK) wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms *Forschung für die zivile Sicherheit* gefördert. Das Forschungsprojekt ResOrt wurde im Rahmenprogramm *Geistes-, Kultur und Sozialwissenschaften* des BMBF umgesetzt. Darüber hinaus wurde das europäische Forschungsprojekt BuildERS durch die Europäische Kommission im Programm *Forschung und Innovation Horizont 2020* gefördert. Weiterführende Informationen zu den Projekten und Fördermittelgebern finden sich auf unserer Website www.drk.de/forschung und der Homepage des BMBF unter www.sifo.de, »Projekte A-Z«.

also nicht nachschulen können, ist eine Einbindung von externen Leistungserbringern, beispielsweise Pflegediensten und anderen Expertinnen und Experten, nötig.

Mithilfe der Interviews sowie umfangreicher Workshops wurden gezielt die Bedingungen zur Stärkung von Resilienz der Bevölkerung durch den Betreuungsdienst untersucht. Es konnten drei für diese Fragestellung zentrale Themen herausgearbeitet werden: der Fortbestand freiwilligen Engagements, das Wissen um verschiedene Zielgruppen und ihre spezifischen Bedürfnisse und die Vernetzung und Zusammenarbeit des Betreuungsdienstes mit anderen Akteurinnen und Akteuren. Hierfür wurden erste Ergebnisse ausgearbeitet, z. B. ein Erklärvideo für die Vernetzung des Betreuungsdienstes.⁹

Das anschließende Forschungsprojekt **KOPHIS** (Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken, 2016–2019) zielte auf die Stärkung der Resilienz von Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf und ihren pflegenden Angehörigen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen ab (Krüger 2019). Hier sollte nicht über pflegebedürftige Menschen, ihr soziales Umfeld und ihre betreuenden Dienste gesprochen werden, sondern mit ihnen. Folgende Fragen standen im Zentrum der Arbeit: Wie sind diese auf Krisen und Katastrophen vorbereitet? Die Antwort war ernüchternd: Pflegenden Angehörigen sind bereits mit der Bewältigung ihres Alltags an der Belastungsgrenze. Für Krisenvorkehrungen fehlen ihnen in der Regel die Ressourcen. Das hat zur Folge, dass oft nur wenige Vorkehrungen zur Selbsthilfe getroffen werden.

Das Forschungsprojekt nahm daher häuslich gepflegte Menschen mit ihrem direkten Umfeld, wie Familie, Freunde und Nachbarschaft, in den Blick. Dabei wurden Fragen nach den Auswirkungen sozialer Einbettung und Vernetzung hinsichtlich ihrer Resilienz gegenüber Krisen und Katastrophen untersucht. Zudem wurden neben den Katastrophenschutz-Strukturen und Pflegeinfrastrukturen auch zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure aktiv in den Forschungs- und Entwicklungsprozess eingebunden. Zum einen wurde in der Modellregion Willich in Nordrhein-Westfalen ein Unterstützungsnetzwerk aus Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS), der Pflegeinfrastruktur und zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren, wie z. B. Nachbarschaftsinitiativen oder Seniorenclubs, initiiert. Zum anderen wurden Sensibilisierungs- und Trainingskonzepte sowie Hilfsmaterialien für Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf sowie für ihre Angehörigen entwickelt (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2018).

Die Erkenntnisse des Forschungsprojektes zeigten, dass pflegebedürftige Menschen auffällig oft und überdurchschnittlich stark von den Folgen und Auswirkungen einer Krisen- oder Katastrophensituation betroffen sind. Folgende Faktoren können die Situation bei Personen mit Pflegebedarf bspw. enorm verschärfen: erschwerte Kommunikation, Immobilität und Unselbstständigkeit, Medikamentenversorgung, Stromabhängigkeit der Assistenzsysteme, zeitabhängige Pflegedienstleistungen, wie z. B. die regelmäßige Umlagerung der Pflegebedürftigen zur Dekubitus-Prophylaxe, Ernährung und Nahrungsaufnahme, erhöhte Stressanfälligkeit und Evakuierungsrisiken. Der Katastrophenschutz kann die Pflegeleistung, die ein Pflegedienst im Alltag erbringt, mit seinen derzeitigen Ressourcen nicht ersetzen. Erschwerend kommt hinzu: Katastrophenschutzbehörden und Gesundheitsbehörden sind in der Regel nicht im Austausch miteinander.

⁹ Das Erklärvideo findet sich unter: <https://www.drk.de/forschung/forschungsprojekte/abgeschlossene-projekte/involve/>.

Sehr deutlich wurde das am Anfang der Covid-19-Pandemie, einer gesundheitlichen Katastrophe, die als Krankheitslage in der Hand der Gesundheitsverwaltung lag, während jedoch das Management der Maßnahmen die verschiedenen Katastrophenschutzbehörden übernahmen. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist zudem komplex und besteht neben großen Institutionen aus vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Pflegediensten und anderen Akteurinnen und Akteuren sowie Dienstleistern. All diese Beteiligten zu vernetzen stellt demnach eine Mammutaufgabe dar.

Das Forschungsprojekt **BuildERS** (Aufbau der Resilienz in der europäischen Gemeinschaft, 2019–2022) widmet sich der Vulnerabilität in ihrer Vielschichtigkeit. Das Projekt zielte darauf ab, die vulnerabelsten Personen in einem paneuropäischen Vergleich zu identifizieren und gegenüber möglichen Katastrophenszenarien zu stärken. Im Kontext von Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen gelten Personengruppen als vulnerabel, die bereits im Alltag aus verschiedenen Gründen regelmäßig und längerfristig auf lebensnotwendige Hilfe von anderen Personen angewiesen sind und die nicht auf Ressourcen zur Ereignisbewältigung zurückgreifen können (Petermann et al. 2013).

Doch handelt es sich dabei nicht nur um pflegebedürftige Bettlägerige, was am folgenden Beispiel ersichtlich werden soll. Eine körperlich gesunde Person Ende dreißig würde, anders als eine alte, bettlägerige Person, in der Regel nicht als vulnerabel eingestuft werden. Wenn sie jedoch bereits beim Hochwasser 2002 ihr Haus verloren und danach mit Mühe und Not ihre Existenz wieder aufgebaut hat, stellt das Hochwasser 2013 unter Umständen eine Retraumatisierung dar. Diese Person, die körperlich nicht vulnerabel scheint, ist unter Umständen maximal vulnerabel und auch als solche zu behandeln.

Neben einer Fallstudie zu zurückliegenden Hochwasserereignissen in Dresden stand während des Forschungsprojekts vor allem das Lernen von und mit den Partnerländern bezüglich des Umgangs mit vulnerablen Personen und deren Stärkung im Vordergrund. In diesem Zusammenhang sollte auch während der Ausbildungen von Katastrophenschützerinnen und Katastrophenschützern ein neues Bewusstsein für Vulnerabilität geschaffen werden.

Ein weiteres Forschungsprojekt namens **ResOrt** (Resilienz durch sozialen Zusammenhalt, 2017–2020) beschäftigte sich mit folgenden Fragen: Unter welchen Bedingungen entsteht sozialer Zusammenhalt und welche Rolle spielt er in der Arbeit von Katastrophenschutzorganisationen, Wohlfahrtsverbänden, Nachbarschaftsorganisationen und Kommunalverwaltungen bei der Bewältigung von Krisen und Umbrüchen? Welche (sozialräumlichen) Bedingungen ermöglichen die Stärkung des sozialen Zusammenhalts auf der Ebene von Stadtteilen und Nachbarschaften? Wie kann der soziale Zusammenhalt und damit die gesellschaftliche Resilienz durch die (Zusammen-)Arbeit unterschiedlicher Organisationen gestärkt werden? Das DRK arbeitete dazu mit anderen Institutionen aus der Wohlfahrtsarbeit zusammen, bspw. mit Frauenhäusern. Auf dieser Basis konnten Handlungsempfehlungen für Organisationen erarbeitet werden, wie der soziale Zusammenhalt gestärkt werden kann (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2020).

Unter anderem stellte sich die Zusammenarbeit verschiedener Organisationen als essenziell heraus. Keine einzelne Hilfsorganisation kann allein mit der vielschichtigen Vulnerabilität und Diversität umgehen, mit der wir als Gesellschaft in Krisen und Katastrophen heutzutage konfrontiert sind. Eine Vernetzung von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren ist daher unerlässlich. Expertinnen und

Experten, die sich mit Personen, welche mit vulnerabilitätsbegünstigenden Aspekten konfrontiert sind, auskennen, müssen ins Gespräch mit Hilfsorganisationen und ihren Katastrophenschützerinnen und Katastrophenschützern gebracht werden.

Zusammenfassend bestätigen die Erkenntnisse der vergangenen Forschungsprojekte, dass sich die Gesellschaft und ihre Bedarfe verändert haben. Diese Veränderungen stellen für die derzeitigen Strukturen des Bevölkerungsschutzes eine große Herausforderung dar. Die Vielzahl an individuellen und spezifischen existenziellen Bedürfnissen deckt sich nicht mit den Fähigkeiten der Katastrophenschützerinnen und Katastrophenschützer.

5. Der Sozialraum als zentrale Größe im Bevölkerungsschutz

Die Vorbereitung auf neue Krisen und Katastrophen basiert meist auf Szenarien. In der Regel handelt es sich dabei um Szenarien, die zurückliegen. Doch jede Krise und Katastrophe ist anders als die vorhergehende. Auch während der Covid-19-Pandemie etwa traf jede neue Welle verschiedene Regionen unterschiedlich (Klär-Art 2022). Denn die Altersstrukturen sowie der Impfstatus der Menschen und das Ausmaß der Verbreitung waren unterschiedlich. Vergangene Katastrophen als Leitplanken zu betrachten, um sich an ihnen zu orientieren, Lehren aus ihnen zu ziehen oder spezifische Katastrophenszenarien einzuüben, ist durchaus sinnvoll. Doch um auf zukünftige Krisen und Katastrophen vorbereitet zu sein, erscheint auf Grundlage der unterschiedlichen Forschungsprojekte ein sozialraumorientierter Ansatz unerlässlich.

Der Begriff des Sozialraums entstammt der Theoriediskussionen der sozialen Arbeit. Ein Sozialraum wird dabei sowohl als geografischer und damit materieller Raum, in dem sich der Alltag eines Menschen abspielt, als auch als sozialer Raum, der diesen Alltag mit Leben füllt, als Raum verstanden (Max und Schulze 2022). Dabei geht es darum, sich auf die Netzwerke vor Ort zu konzentrieren, in denen Vertreterinnen und Vertreter örtlicher Strukturen zusammenwirken. Ein Sozialraum kann beispielsweise ein Gebiet sein, aber genauso ein Dorf, ein Stadtteil oder ein Siedlungsgebiet. Die unmittelbare Lebenswelt der dortigen Bevölkerung kann ebenso ein Sozialraum sein, wie ein von der öffentlichen Verwaltung definierter Siedlungsraum. Ebenso kann es sich auch um einen Versorgungsraum mit Angeboten in den Bereichen Bildung, Arbeit, Gesundheit, Soziales, Handel, Sport und Kultur handeln. Dabei kann es Überlappungen geben. Immer geht es jedoch darum, in den Blick zu nehmen, wer in dem Raum wie lebt und welche Bedarfe und welche Herausforderungen, aber ebenso welche Fähigkeiten und Potenziale es dort gibt. Statt von einem fest abgesteckten Gebiet geht man also von einem organisch gewachsenen Sozialraum aus, der sich stetig verändern kann.

Möchte man präventiv handeln und auf kommende Krisen und Katastrophen vorbereitet sein, muss man sich von einem Katastrophenschutz lösen, der lediglich vergangene Szenarien durchspielt, und sich stattdessen eben diese sozialen Räume, in denen die Menschen leben, ansehen. Kommunen, Behörden und Hilfsorganisationen müssen wissen, was sie in einer nächsten Krise tun können, mit welchen Institutionen sie vor Ort zusammenarbeiten sollten und wie sie vorab ihre Helferinnen und Helfer, aber auch die ansässige Bevölkerung sensibilisieren können. Statt auf zurückliegende Ereignis-

nisse zu schielen und sie als Schablone auf zukünftige Krisen legen zu wollen, sollte man sich auf die speziellen Bedarfe konzentrieren, die im jeweiligen Sozialraum vorherrschen.

Gleichzeitig sollten die Fähigkeiten der Expertinnen und Experten im Umgang mit vulnerablen Personen sowie die Hilfsbereitschaft der Zivilbevölkerung genutzt werden. Denn die extreme Diversität in der Bevölkerung bekommen Hilfsorganisationen trotz Zusatzausbildungen und Ersatzvorhaltung nicht abgedeckt. Stattdessen scheint es sinnvoll, eine Brücke zu bauen zwischen Alltag und Katastrophenschutz, denn Katastrophenschutz kann und sollte Alltagssysteme in der Krise unterstützen, was im Folgenden ausgeführt werden soll.

6. Warum Alltagsstrukturen gestützt werden müssen

Am Beispiel der Ernährungsnotfallvorsorge soll dargelegt werden, warum Alltagsstrukturen geschützt werden müssen. Auch hier dient wieder ein Forschungsprojekt (**NeuENV** – Neue Strategien für die Ernährungsnotfallvorsorge, 2012–2015), in dem die bestehenden Konzepte der Ernährungsnotfallvorsorge geprüft wurden, als Grundlage (Menski 2016). Als Ausgangsszenario wurde ein flächendeckender Stromausfall verwendet. Dadurch öffnen sich elektrische Türen nicht mehr, Supermärkte können nicht mehr betreten werden, Kühlketten werden mit der Folge des Verderbens der Waren unterbrochen, aber auch die Kassen funktionieren nicht mehr. Gleichsam sind die Beschaffungssysteme außer Kraft gesetzt und die Bevorratung ist mangelhaft, da die Produkte immer möglichst frisch durch Lastwagen an die Supermärkte geliefert werden.

Behörden und staatliche Institutionen glaubten, dass Hilfsorganisationen in so einem Notfall ersatzweise in der Lage wären, die Bevölkerung mit Lebensmitteln zu versorgen. Das DRK etwa würde mit Feldküchen, den sogenannten „Gulaschkanonen“, für alle kochen können. Rechnet man nun aber das Szenario am Beispiel von Berlin theoretisch durch, so stellt man einfach fest, dass das nicht möglich ist. Auch ein Praxisbeispiel zeigt, dass die Ersatzvorhaltung keine flächendeckende Lebensmittel-Notfallversorgung garantieren kann: Während der Flut 2013 unterstützten im Großraum Magdeburg acht Verpflegungseinheiten die Einsatzkräfte. Hierbei waren knapp 2.000 Helferinnen und Helfer im Einsatz. Das waren etwa so viele Personen, wie Einsatzkräfte versorgt wurden. Eine Notfallversorgung für ganz Deutschland vorzuhalten, ist unter diesen Gesichtspunkten nicht praktikabel.

Das verschärft sich noch, wenn man bei der Versorgung Diversität und multiple Vulnerabilität mit in den Blick nimmt. Wir leben in einer Gesellschaft, in der Diabetes eine Volkskrankheit ist, in der immer mehr Nahrungsmittelunverträglichkeiten diagnostiziert werden, in der sich Menschen bspw. vegan und vegetarisch ernähren und in der verschiedenste Kulturen miteinander leben. Keine Feldküche könnte diese Diversität je abbilden. Wer eine ausdifferenzierte Gesellschaft ernst nehmen möchte und sicherstellen will, dass Menschen, auch in Notzeiten das essen können, was sie essen dürfen und wollen, muss die Aufrechterhaltung des Lebensmitteleinzelhandels als einzig gangbaren Weg befürworten.

Auch in Krisen und Katastrophen sollte daher versucht werden, den Lebensmitteleinzelhandel — den Dorfladen ebenso wie den Supermarkt in der Stadt — möglichst lange offen zu halten, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Störfaktoren dabei könnten der Ausfall der Energiever-

sorgung, der Zusammenbruch der Logistik oder der Wegfall von Personal sein. Hierbei könnten Hilfsorganisationen oder andere Freiwillige unterstützen. Katastrophenschützerinnen und Katastrophenschützer könnten bspw. Aufgaben bei Transport und Lagerhaltung übernehmen oder ausgefallenes Personal im Vertrieb ersetzen. Die Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren auf lokaler Ebene ist dabei hilfreich, um ortsspezifische Kenntnisse zu erlangen und in Notlagen nutzen zu können. Der Aufrechterhaltung Kritischer Infrastruktur kommt ebenfalls eine zentrale Rolle zu. Wieder scheint der Sozialraum die erste und wichtigste planbare Größe für Hilfeleistungssysteme, da dieser die örtlichen Gegebenheiten, die sich unterscheiden und kontinuierlich wandeln können, in den Blick nimmt. Konkret geht es also um die lokal verfügbaren Ressourcen und Fähigkeiten, die für die Krisenbewältigung erforderlich sind, unter Einbezug aller relevanten Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich der Alltagsversorgung. Dazu zählt auch die im jeweiligen Sozialraum befindliche Kritische Infrastruktur (Max und Schulze 2022).

Das Gleiche wie bei der Ernährungsnotfallvorsorge gilt auch für den Bereich der Pflege. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland hat sich innerhalb der zurückliegenden Dekaden gravierend verändert. Etwa gab es eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens und eine kontinuierliche Verschiebung von der stationären hin zu der ambulanten Versorgung der Patientinnen und Patienten. Natürlich ist es wünschenswert, dass Menschen in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden können. Doch die Versorgung in der Krisenbewältigung wird dadurch ungleich komplizierter. Wie bei der Lebensmittelversorgung kann eine Hilfsorganisation wie das DRK nicht ausreichend auf die individuellen Bedürfnisse der wachsenden Anzahl an pflegebedürftigen Menschen eingehen. Auch Schulungen und Ersatzvorhaltung können dieses Problem nicht lösen. Die ambulante Alltagspflege zu ermöglichen und die Pflegenden und Expertinnen und Experten zu ertüchtigen, muss daher das Ziel von Hilfsorganisationen wie dem DRK sein. So können pflegebedürftige Personen in ihren Alltagsstrukturen bestmöglich versorgt werden, da hier beispielsweise pflegerelevante Ausstattung (Beatmungsgeräte etc.) schon vorhanden ist. In diesem Zusammenhang ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass es in den vergangenen Jahrzehnten bedeutsame technische Entwicklungen von Hilfeleistungen gab. Diese Errungenschaften bedeuteten zwar technische Verbesserungen im Bereich der ambulanten und stationären Pflege, bspw. für die Lebensrettung und -erhaltung, gleichzeitig wurden kaum Strategien entwickelt und Strukturen im Hinblick auf Ereignisse, in denen diese technischen Möglichkeiten ausfallen und betreuerische Versorgung durch Störungen beeinträchtigt wird oder gar ganz auszufallen droht, geschaffen.

An diesem Punkt, um entsprechend ambulante wie auch stationäre pflegemedizinische Bedarfe stärker in den Blick zu nehmen, setzten vor vier Jahren die beiden aktuellen Forschungsprojekte **AUPIK** (Aufrechterhaltung von ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen) und **RESIK** (Resilienz und Evakuierungsplanung für sozioökonomische Infrastrukturen im medico-sozialen Kontext) an, beruhend auf den oben erwähnten vorangegangenen Forschungsprojekten sowie auf den Erfahrungen aus dem Hochwasser von 2013. Um besser auf zukünftige Schadensereignisse vorbereitet zu sein, sollten, ähnlich wie bei dem Beispiel der Lebensmittelnotversorgung, Erkenntnisse zu stationärer und ambulanter Pflege in Krisen- und Notsituationen entstehen. Während RESIK auf die Zusammenarbeit von Katastrophenschutz- und Krankenhausstrukturen abzielt, werden im Forschungsprojekt AUPIK Pilot-Konzepte und Bildungsmaterialien erarbeitet, die auf eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit von Katastrophenschutz und ambulanten Pflegestrukturen abzielen.

7. Aktuelle Krisen und Katastrophen und ihre Auswirkungen auf den Bevölkerungsschutz

Drei aktuelle Ereignisse, welche auch den Ausgang einiger Forschungsprojekte bilden, verdeutlichen, wie sich gesellschaftliche Bedarfe verändern und wie schadensanfällig das System des Bevölkerungsschutzes derzeit leider noch ist. Die **Covid-19-Pandemie** hat dabei Schwachstellen offengelegt und Risse in der Versorgungsstruktur größer werden lassen. In Heinsberg etwa war ein Krankenhaus kurz davor geschlossen werden zu müssen, weil die Schutzausrüstung drohte, knapp zu werden (Witting 2020). Ähnlich dramatisch stellte sich die Situation bei den ambulanten Pflegediensten dar: Wie können die zu pflegenden Personen täglich versorgt werden, ohne sie der Gefahr einer Covid-19-Infektion auszusetzen? Gerade während solcher großflächiger Katastrophenereignisse ist Unterstützung von außen, etwa von Hilfsorganisationen wie dem DRK, umso wichtiger.

Oft wurden während der Pandemie einheitliche Lösungen gefordert. Gleichzeitig war und ist die Situation regional in verschiedenen Lebensräumen extrem unterschiedlich. Wer in Brandenburg in einem Sechzig-Seelen-Dorf lebte, musste sich unter Umständen anstrengen, überhaupt Menschen zu treffen. Wer hingegen in Ballungsräumen wie Berlin-Neukölln lebte, konnte auf der Straße fast nie den damals geforderten 1,5-Meter-Abstand einhalten. Im ländlichen Raum verschärften sich derweil andere Probleme, wie die ohnehin rar gesäte ärztliche Versorgung.

Wie beim Hochwasser 2013 gab es auch während der Pandemie eine große Solidarität in der Bevölkerung. Etwa sind Nachbarn für betagte, gefährdetere Menschen einkaufen gegangen. Jüngere, an sich weniger gefährdete Menschen sind zu Hause geblieben und haben ihre Kontakte stark reduziert, um die Pandemie-Wellen abzubremesen. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass die Zivilbevölkerung eigenverantwortlich handelt und sich im Zweifel gegenseitig unterstützt, wie es sich auch während des Hochwassers 2013 beobachten ließ.

Auch während der Pandemie wäre es sehr hilfreich gewesen, wenn Systeme vernetzter gewesen wären. Wie oben erwähnt, war die mangelnde Kommunikation zwischen Gesundheitssektor und Bevölkerungsschutz problematisch. Ebenso war die Vernetzung von Institutionen mit Gruppen vor Ort ausbaufähig. Begegnungsstätten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, religiöse Gruppen und Selbsthilfegruppen verfügen über einen direkten Zugang zu diversen Gruppen und verfügen diesbezüglich über hohe Kompetenzen. Sie hätten bei der Sensibilisierung für die Maßnahmen stärker eingebunden werden können. Nur in einem solchen Netzwerk, das gemeinsam in einem Sozialraum agiert, kann Bevölkerungsschutz in der heutigen Zeit funktionieren. Ein solches eng vernetztes System wäre anwendbar auf verschiedenste Krisenlagen.

Mitunter kann dies auch Unternehmen als eine wichtige Ressource einschließen. Zum Beispiel verfügen große Chemiekonzerne und Telekommunikationsunternehmen meist über gute Risikomanagementmechanismen, da sie wissen müssen, was im Störfall zu tun ist. Doch auch diese Mechanismen sind oft nicht an das staatliche Krisenmanagement gekoppelt und zeigen somit, dass eine Vernetzung und Zusammenarbeit von Alltagsstrukturen und Katastrophenschutz wünschenswert wäre.

Zudem verdeutlichen die Erfahrungen des **Hochwassers 2021** in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, wie wichtig ein solcher Ansatz in Zukunft werden könnte. Die Helfenden trafen vor Ort auf sehr viele alte Menschen. Da es teils weder Strom gab, noch Kommunikation möglich war, wussten die Pflegedienste teilweise über Wochen nicht, wie es diesen pflegebedürftigen Menschen im Katastrophengebiet eigentlich ging. Die Katastrophenschutzinstitutionen und -strukturen waren mit Menschen mit vielfältigen Individualbedarfen konfrontiert und haben ad hoc versucht, mit Pflegediensten und weiteren Expertinnen und Experten zu kommunizieren.

Wesentlich besser wäre man auf die Katastrophe vorbereitet gewesen, wenn die Katastrophenschutzinstitutionen ohnehin in Kontakt mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, mit Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Apotheken stehen würden und wüssten, welche Bedarfe sie vor Ort erwarten. Die präventive Vernetzung wäre auch hier das Mittel der Wahl. Denn Bevölkerungsschützerinnen und Bevölkerungsschützer sollten wissen, unter welchen Bedingungen die Gesundheitsversorgung arbeiten kann und welche Art Unterstützung ihnen diese Arbeit auch in einer Krisenlage ermöglichen kann. Etwa können wafähige Fahrzeuge des DRK Medikamente transportieren oder Helfer zu Pflegebedürftigen bringen.

Ein weiteres Beispiel, welches die veränderten, gesellschaftlichen Bedarfe nachzeichnet und Veränderungsbedarfe des Bevölkerungsschutzes offenlegt, ist die **Geflüchtetenhilfe** im Zusammenhang mit dem Ukraine-Konflikt ab 2022. Hierbei kann man sich den Sozialraum und die damit einhergehenden Individualbedarfe genauer ansehen. In Berlin-Tegel etwa gibt es ein Auffangszentrum, das sich zunehmend zu einer Notunterkunft entwickelt hat und das man als eigenen Sozialraum betrachten kann (Start Ukraine Ankunftszentrum TXL: Großeinsatz für die Berliner Hilfsorganisationen 2023). Die Geflüchteten stammen aktuell zu einem Großteil aus der Ukraine: Es sind vorwiegend junge Frauen mit ihren Kindern sowie ältere Menschen. Es zeigte sich, dass man hier über eine Pflegestation verfügt, die allerdings fast nicht genutzt wird, da die ukrainischen Frauen die Pflege ihrer bedürftigen Nachbarinnen und Nachbarn selbst übernehmen und organisieren. Auch hier lässt sich beobachten, über wie viel Resilienz und Eigeninitiative die Zivilbevölkerung verfügt. Gleichzeitig müssen diese Menschen wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie nicht weiterkommen, sei es eine Katastrophenschutzinstitution, die Feuerwehr oder eine Kirchengemeinde.

8. Sozialraumorientierter Bevölkerungsschutz als zukunftsgerichteter Ansatz

Sozialraumorientierter Bevölkerungsschutz bedeutet sich zu lösen von einem starren System, in dem sich Behörden und Hilfsorganisationen weitestgehend auf feste Leistungen beschränken. Stattdessen scheint es sinnvoll, sich auf ein flexibles Fähigkeiten- und Bedarfsmanagement hinzubewegen, das der Frage nachgeht, was vor Ort konkret gebraucht wird und wer diese Leistung liefern kann. Zusammenarbeit innerhalb dieses Sozialraumes bedeutet also, die situativen Bedarfe und Interessen, aber auch die Kompetenzen der Menschen vor Ort in den Blick zu nehmen, um in Krisen und Katastrophenlagen bedarfsorientiert handeln und die vorhandenen Kompetenzen nutzen zu können.

Konkret geht es um die lokal verfügbaren Ressourcen, die im Krisenfall nötig werden. Dazu zählen Kritische Infrastrukturen, grundlegende Sozialstrukturen wie Pflegedienste oder Schulen und besondere Bedarfe. Der Begriff des Sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes steht für eine Weiterentwicklung hin zu einem Bevölkerungsschutz, der zur Bewältigung von Krisen auf eine engere Zusammenarbeit von Alltags- und Bevölkerungsschutzstrukturen vor Ort sowie auf eine Stärkung des sozialen Zusammenhalts zielt. Dieser soziale Zusammenhalt ist ein entscheidender Faktor für die Erhöhung der Resilienz der Bevölkerung im Krisen- und Katastrophenfall. Eine Sozialraumanalyse, inklusive einer Prüfung der Bedrohungen, der Fähigkeiten sowie der Bedarfe, sollte dabei die Planungsgrundlage für jedes weitere Vorgehen auf Kreis-, Landes- und Bundesebene bilden.

Der Bevölkerungsschutz beruht zu einem Großteil auf freiwillig helfenden Personen. Dieses Ehrenamtssystem funktioniert für klassische Schadensereignisse, die 48 oder 72 Stunden anhalten. Die Menschen müssen Urlaub nehmen, um in einer Katastrophe zu helfen (Kausmann et al. 2019). Zudem ist freiwillige Hilfsarbeit sehr fordernd. In Krisenlagen wie der Covid-19-Pandemie, die über Monate oder Jahre andauern, funktioniert ein solches System nicht durchgängig. Um neue Freiwillige gewinnen zu können, müssen Ehrenamt und Lebensrealität miteinander vereinbar sein. Gleichzeitig müssen die Potenziale von ungebundenen Helferinnen und Helfern erkannt und in die Strukturen des Bevölkerungsschutzes eingebunden werden.

Dies lässt sich an einem konkreten Beispiel, der Evakuierung von bettlägerigen Patientinnen und Patienten, verdeutlichen. Es handelt sich um eine sehr anstrengende Tätigkeit, bei der jeder nur eine sehr begrenzte Anzahl Menschen evakuieren kann, bevor eine körperliche Ermüdung einsetzt. Im Sinne eines flexiblen Bedarfs- und Fähigkeitenmanagement könnten Hilfsorganisationen sich mit Sportvereinen oder Ruderclubs in der Nähe vernetzen, um körperlich gesunde Freiwillige zu finden. Natürlich muss auch Pflegefachpersonal in eine solch verantwortungsvolle Aufgabe eingebunden werden. Ein resilienter und flexibler Bevölkerungsschutz muss möglichst offen überlegen, wer wen wann in einer Schadenslage unterstützen könnte, und versuchen, diese Alltagsstrukturen mit einzubeziehen. Dadurch erschließt sich eine große Ressource. Individualstörungen und regionale Störungen könnten durch vernetztes Handeln relativ schnell überwunden werden.

Statt den Anspruch zu erheben, Alltagsstrukturen vollumfänglich zu ersetzen, was nie möglich sein wird, muss das Ziel also sein, sie möglichst lange aufrechtzuerhalten. Wenn die Strukturen ersetzt werden können und müssen, sollte dennoch versucht werden, möglichst schnell wieder annähernd in Alltagsstrukturen zurückzukehren.

Gerade auf lokaler Ebene sollten folgende drei unterschiedliche Gruppen in Krisenbewältigung mit einbezogen werden: die Selbst- und Nachbarschaftshilfe der Bevölkerung vor Ort, wohlfahrtsstaatlich organisierte Akteurinnen und Akteure und deren Wissen und die Strukturen des Katastrophenschutzes. Je besser die Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren vorbereitet ist und je stärker die Bevölkerung für Risiken sensibilisiert ist, desto besser kann die Bewältigung einer Krise gelingen.

9. Fazit

Krisen und Katastrophenlagen häufen sich, werden komplexer, kaskadieren und überlappen sich nicht selten miteinander. Während des Hochwassers im Ahrtal hat Covid-19 keine Pause gemacht. Extremwetterlagen nehmen zu: Die Dauer sommerlicher Hitzewellen über Westeuropa hat sich seit den 1880er-Jahren verdreifacht und begünstigen beispielsweise Waldbrände wie jene in Brandenburg 2022. Gleichzeitig haben winterliche Starkniederschlagsereignisse zugenommen und neben trockeneren Sommern werden Hochwasserszenarien immer wahrscheinlicher.

Parallel zu veränderten Schadenslagen und gesellschaftlichen Bedarfen muss sich auch der Bevölkerungsschutz entlang sich immer mehr verändernden Rahmenbedingungen mit entwickeln, wie beispielhaft an den oben aufgeführten Forschungsprojekten und Katastrophenlagen gezeigt wurde. Man muss sich mit neuen Strukturen und Strategien beschäftigen, verstehen, was Menschen für ihren Alltag brauchen, und lernen, sie dabei zu unterstützen, diesen Alltag aufrechtzuerhalten – im Sinne einer zeitgemäßen Bedarfsorientierung. Der Sozialraumorientierte Bevölkerungsschutz kann hier nicht nur selbst als ein dynamischer, sich immer wandelnder und dadurch anpassungsfähiger und resilienter Prozess verstanden werden, sondern auch als Ansatz dienen, auf die rasanten Veränderungen, mit denen die Gesellschaft konfrontiert ist, einzugehen. Durch die Einbindung lokal verfügbarer Ressourcen und Fähigkeiten kann dieser zukünftig Hilfeleistungssysteme dazu befähigen, die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV)/Bundesamt für Justiz (BfJ): Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes. Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz – ZSKG. Online verfügbar unter www.gesetze-iminternet.de/zsg/BJNR072610997.html, zuletzt geprüft am 06.08.2020.

Deutsches Komitee Katastrophenvorsorge e. V. (Hg.) (2015): Das Hochwasser im Juni 2013. Bewährungsprobe für das Hochwasserrisikomanagement in Deutschland. Bonn: DKKV (Schriftenreihe des DKKV, 53).

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (Hg.) (2014): Die Rolle von ungebundenen HelferInnen bei der Bewältigung von Schadensereignissen. Teil 1. Schriften der Sicherheitsforschung – Band 1. Unter Mitarbeit von Claudia Schorr, Alena Biegert, Thomas Weber, Matthias Max und Matthias Schulze. Berlin: DRK Service GmbH.

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (Hg.) (2017a): Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst. Teil 2: Die Sicht der DRK-Einsatzkräfte: Dokumentation der vier Regionalkonferenzen Betreuungsdienst. Unter Mitarbeit von Anne Moll, Elsa Schmersal, Max Matthias und Matthias Schulze. Berlin: DRK-Service GmbH (4).

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2017b): Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst. Teil 3: Die Sicht der DRK-Leistungskräfte: Dokumentation der Fachberaterntagung Betreuungsdienst. Unter Mitarbeit von Andreas Baudisch, Anne Moll, Annette Händlmeyer, Dr. Heidi Oschmiansky, Louisa Schneider, Matthias Schulze und Matthias Max. Berlin: DRK-Service GmbH (4).

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2015): Die Rolle von ungebundenen HelferInnen bei der Bewältigung von Schadensereignissen. Teil 2: Die Perspektive der DRK-Einsatz- und Führungskräfte. Berlin: DRK-Service GmbH.

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2017c): Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Bedingungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst. Berlin: DRK-Service GmbH.

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2018): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis. Berlin: DRK-Service GmbH.

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (Hg.) (2020): Resiliente Nachbarschaften. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu sozialem Zusammenhalt und Teil 1: Nachbarschaftshilfe in Krisen und Katastrophen. Unter Mitarbeit von Alena Bieger, Elsa Schmersal, Christoph Dahremöller, Matthias Schulze und Matthias Max. Deutsches Rotes Kreuz e. V. Berlin: DRK Service GmbH (8).

- Klär-Arlt, Kathrin (2022): Resilienzfaktoren für ein agiles und robustes Gesundheitssystem der Zukunft. Unter Mitarbeit von Dr. Harald Katzmaier, Sarah Weissengruber, Lisa Bertel, Arash Bakhtiari und Christian Gulas. Hg. v. Pfizer Pharma GmbH. Online verfügbar unter https://www.landdergesundheits.de/sites/default/files/2022-06/Resilienzfaktoren_f%C3%BCr_ein_agiles_und_robustes_gesundheitssystem_der_zukunft_pflzer.pdf, zuletzt geprüft am 02.03.2023.
- Kausmann, Corinna; Burkhardt, Luise; Rump, Boris; Kelle, Nadiya; Simonson, Julia; Tesch-Römer, Clemens (2019): Zivilgesellschaftliches Engagement. In: Holger Krimmer (Hg.): Datenreport Zivilgesellschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 55–91.
- Krüger, Marco (2019): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. 1st ed. Bielefeld: transcript Verlag (Gesellschaft der Unterschiede, 46). Online verfügbar unter <https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=5742126>.
- Max, Matthias; Schulze, Matthias (2022): Hilfeleistungssysteme der Zukunft. Analysen des Deutschen Roten Kreuzes zur Aufrechterhaltung von Alltagssystemen für die Krisenbewältigung. 1. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag.
- Menski, Ute (Hg.) (2016): Neue Strategien der Ernährungsnotfallvorsorge. Ergebnisse aus dem Forschungsverbund NeuENV. Berlin: Freie Universität Berlin, Forschungsforum Öffentliche Sicherheit (Schriftenreihe Sicherheit, Nr. 18).
- Petermann, Thomas; Bradke, Harald; Lüllmann, Arne; Poetzsch, Maik; Riehm, Ulrich (2013): Was bei einem Blackout geschieht. Folgen eines langandauernden und großflächigen Stromausfalls. 2. Aufl. Berlin: Edition Sigma (Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, 33).
- Start Ukraine Ankunftszentrum TXL: Großeinsatz für die Berliner Hilfsorganisationen (2023). Online verfügbar unter <https://www.drk-berlin.de/aktuelles/presse-service/meldung/start-ukraine-ankunftszentrum-txl-grosseinsatz-fuer-die-berliner-hilfsorganisationen.html>, zuletzt aktualisiert am 02.03.2023, zuletzt geprüft am 02.03.2023.
- Statistisches Bundesamt (2019): Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg475716, zuletzt aktualisiert am 21.08.2019, zuletzt geprüft am 02.02.2023.
- Witting, Volker (2020). Corona: Intensivmediziner in Heinsberg. Helden in der Corona-Krise. In: Deutsche Welle vom 21.04.2020. <https://www.dw.com/de/corona-intensivmediziner-in-heinsberg/a-53199726>, zuletzt geprüft am 09.03.2023

Organisatorische Maßnahmen ambulanter Pflegedienste zur Förderung der Widerstandsfähigkeit gegen Krisen und Katastrophen

*Angelina Kibler, Michael Köhler, Sanne Lessinnes, Micheal Ewers,
Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft*

1. Einleitung

Im Rahmen des AUIPK-Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ wurden Herausforderungen ambulanter Pflegedienste beim Umgang mit Krisen und Katastrophen identifiziert und erste Ansatzpunkte vorgestellt, wie die Vorsorge auf derartige Ereignisse in der häuslichen Versorgung künftig besser gelingen kann. Bis dato fehlt es ambulanten Pflegediensten an organisatorischen Vorsorgemaßnahmen oder gezielten Konzepten, wie sie den wachsenden Risiken für Krisen und Katastrophen jedweder Art begegnen können. Initiativen wie die „Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen“ 2022–2030 (BMI 2022) oder die S2k Leitlinie zur Katastrophenmedizin (Doppelfeld/Klein 2022) bieten zwar eine Orientierung für die Entwicklung auch von organisationsbezogenen Maßnahmen. Aus den vorliegenden Erkenntnissen zur Situation ambulanter Pflegedienste wird aber deutlich, dass für deren Übertragung und Implementierung noch Unterstützung benötigt wird. Im Rahmen des AUIPK-Projekts wird diese allenfalls in Ansätzen und punktuell geleistet werden können. Zumindest aber sollen erste konkrete Maßnahmen angedacht und pilotiert werden, die ambulanten Pflegediensten und ihren Mitarbeitenden dabei helfen sollen, sich krisenfester aufzustellen.

Im Projekt wurde der Fokus auf die Entwicklung von zwei konkreten Maßnahmenkonzepten und ihre Evaluation gelegt. Zum einen wurde ein Muster für einen organisatorischen Katastrophenschutzplan konzipiert, an dem sich Leitungspersonen in den ambulanten Pflegediensten orientieren können. Mit diesem Muster soll es ihnen ermöglicht werden, einen an ihre spezifische Situation und die Bedingungen ihres Pflegedienstes angepassten Plan zu entwickeln. Damit wird nicht zuletzt auf den Umstand reagiert, dass ambulante Pflegedienste laut den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität und Qualitätssicherung sowie der Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (MuG) (§ 113 SGB XI) seit dem 1. Januar 2023 angehalten sind, Krisenkonzepte vorzulegen. Sie werden bereits seit längerer Zeit international als eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Krisen- und Katastrophenmanagement auch in diesem Versorgungsbereich angesehen. Als weitere Maßnahme wurden erste Überlegungen zur Gestaltung von Materialien für die innerbetriebliche Weiterbildung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste erstellt. Sie sind modular und handlungsorientiert gestaltet und sollen Mitarbeitende mit unterschiedlichen Qualifikationen und heterogenen Lernvoraussetzungen für das Thema Katastrophenvorsorge sensibilisieren. Bei der Entwicklung wurden die in den ambulanten Diensten bestehenden Anforderungen und Möglichkeiten berücksichtigt. Beide hier vor-

gestellten Maßnahmen konkretisieren die im AUIPK-Projekt entwickelten Ansatzpunkte zur Stärkung der Resilienz ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden gegenüber Krisen- und Katastrophen, darunter beispielsweise „Ressourcen überprüfen“, „Bildungsbedarf angehen“ oder „sozialräumliche Perspektiven und lokale Vernetzung ausbauen“.

Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung des Konzepts für den organisatorischen Katastrophenschutzplan vorgestellt, zudem werden einige Eindrücke aus den Rückmeldungen der im Evaluationsprozess durchgeführten Befragungen mit Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste dargestellt. Die Überlegungen zum Weiterbildungsangebot für Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste werden hier nur kurz angerissen. Sie werden inklusive der sie stützenden didaktischen Orientierungen in einer gesonderten Publikation aufbereitet und zudem in Form eines Demonstrators zu einem späteren Zeitpunkt über die AUIPK-Projektwebseite zugänglich gemacht.

2. Entwicklung eines Konzepts für den organisatorischen Katastrophenschutzplan

Das Konzept für den Katastrophenschutzplan soll in erster Linie Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste dabei unterstützen, ihre Verantwortlichkeit für Katastrophenvorsorge zu stärken und erste Vorbereitungsmaßnahmen auf Organisationsebene zu etablieren. Grundlage für die Erstellung eines ersten Entwurfs war eine umfassende Literaturrecherche und -auswertung zur Katastrophenvorsorge in der häuslichen Pflege („home care“). Neben einschlägiger Fachliteratur zu Katastrophen- und Krisenmanagement und zu Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege sowie pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen wurden auch (inter-)national zu diesem Thema verfügbare Handreichungen, Broschüren, Flyer und Webseiten herangezogen, die sich mit Fragen einer organisatorischen Vorbereitung auf Krisen- und Katastrophen befassen. So wurden beispielsweise empfohlene Maßnahmen für Pflegedienste aus anderen Projekten und Publikationen (z. B. Schulze et al. 2019; Blättner/Georgy/Grewe 2011; Wyte Lake et al. 2015, 2020) einbezogen sowie bereits vorhandene Handbücher zur Katastrophenvorbereitung in der häuslichen Versorgung (z. B. HCA 2012; Carr et al. 2008) oder zum Schutz Kritischer Infrastrukturen (Bundesministerium des Innern 2011) genutzt. Auf dieser Grundlage wurden zwei Dokumente erarbeitet: zum einen das Konzept für den organisatorischen Katastrophenschutzplan selbst und zum anderen ein Begleitheft oder Werkzeugsatz (Toolkit) mit ausgewählten Instrumenten und Checklisten zur Erstellung des organisatorischen Katastrophenschutzplans. Beides wird zu einem späteren Zeitpunkt über die AUIPK-Projektwebseite zum freien Herunterladen und zur eigenständigen Anpassung an die jeweiligen organisatorischen Bedingungen zur Verfügung gestellt.

Das erarbeitete Muster eines Katastrophenschutzkonzepts thematisiert zentrale Planungsbereiche für den organisatorischen Katastrophenschutz. Einführend werden neben allgemeinen Hinweisen wie z. B. zu den Zielen, relevanten Begriffen, rechtlichen Hintergründen oder zur Anwendung des Konzeptes auch wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie allgemeine Vorkehrungen zur Krisen- und Katastrophenvorsorge erläutert.

- Der Abschnitt zur Entwicklung einer besonderen Aufbauorganisation für den Krisen- und Katastrophenfall verweist auf die notwendige Auseinandersetzung mit den verschiedenen Rollen der Mitarbeitenden innerhalb des Krisenmanagements sowie auf den Aufbau und die Aufgaben eines Krisenstabs. Die Ausführung und die Umsetzbarkeit dürften maßgeblich von Größe und Aufbau des jeweiligen Pflegedienstes abhängen und müssten folglich individuell geprüft werden.
- Anschließend wird die Notwendigkeit einer Gefahrenanalyse für den eigenen Pflegedienst thematisiert. Sie stellt eine wichtige Maßnahme zur Förderung des Risikobewusstseins aufseiten der Leitungspersonen dar und bildet zudem den Ausgangspunkt für die spezifische Maßnahmenentwicklung in der Katastrophenplanung. Konkret werden hier die Eintrittswahrscheinlichkeiten von Katastrophen, das mögliche Ausmaß der Gefährdung und die eigene Vorbereitung auf die jeweilige Katastrophe eingeschätzt.
- Daraufhin folgt im nächsten Planungsbereich die Entwicklung einer besonderen Ablauforganisation für die Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Dabei werden verschiedene Maßnahmen aufgeführt, die zur Sicherstellung der (Weiter-)Versorgung der pflegebedürftigen Personen notwendig sind, u. a. die interne und externe Krisenkommunikation, die Patientenklassifizierung zur Priorisierung der Versorgung bei geringen Kapazitäten, die (Not-)Einsatzplanung der Mitarbeitenden, die Materialbeschaffung und Materialbevorratung. Ebenso beinhaltet dieser Planungsbereich spezifische Maßnahmen für eine ggf. erforderliche Evakuierung pflegebedürftiger Personen und für die Information und Schulung von Mitarbeitenden der Pflegedienste. Auch Aspekte der Information, Beratung und Anleitung (Eduktion) pflegebedürftiger Personen sowie ihrer pflegenden Angehörigen zum Thema Katastrophenvorbereitung und -bewältigung sind berücksichtigt.
- Im letzten Planungsbereich wird auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Evaluierung des Katastrophenschutzplans und der darin vorgesehenen bzw. umgesetzten Maßnahmen hingewiesen. Es wird empfohlen, dass sowohl die regelmäßige Überprüfung der Dokumente als auch die wiederholte Einübung der Maßnahmen sowohl organisationsintern wie auch organisationsübergreifend mit anderen Akteurinnen und Akteuren in der Region erfolgen sollten.

Der Konzeptentwurf verfolgt den Allgefahrenansatz und soll ambulante Pflegedienste dabei unterstützen, alle Gefahrenarten (z. B. Unwetterkatastrophen, technische Störungen, Pandemien) im Rahmen des Risiko- und Krisenmanagements zu berücksichtigen. Das Konzept wurde so konzipiert, dass die jeweiligen Planungsbereiche und die darin umzusetzenden Maßnahmen zur Katastrophenvorbereitung und -bewältigung an die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen des Pflegedienstes angepasst werden können. Daher wird im Konzept auch darauf verwiesen, dass insbesondere Regelungen der Bundesländer und Kommunen berücksichtigt werden sollten. Das bereits erwähnte Begleitheft umfasst verschiedene Instrumente wie z. B.

- ein Tool zur Gefahrenanalyse,
- eine Checkliste für ein Katastrophenmanagement-Assessment,
- Handlungsempfehlungen zur sozialraumorientierten Vernetzung und Vorschläge für potenzielle Partnerinnen und Partner,

- eine Vorlage für eine Notfallkontaktliste,
- Materiallisten zur Bevorratung und
- Informationen über die Durchführung von Evaluierungen der Maßnahmen.

Beide Dokumente sind unabhängig voneinander nutzbar, sollen aber idealerweise gemeinsam genutzt werden. Das Konzept bietet dabei den Rahmen mit allen zu berücksichtigenden Planungsbereichen, das Begleitheft liefert einen wichtigen Beitrag zur praktischen Umsetzung einzelner Maßnahmen. Bei der Entwicklung des Konzeptes für einen organisatorischen Katastrophenschutzplan wurden alle recherchierten Inhalte zur Vorsorge von Krisen und Katastrophen vollständigshalber berücksichtigt. Es ist aber denkbar, dass Pflegedienste die Dokumente ressourcenorientiert nutzen und anfangs nur Teile des Konzeptes umsetzen.

3. Evaluation und Weiterentwicklung des organisatorischen Katastrophenschutzplans

Der erste Entwurf für den organisatorischen Katastrophenschutzplan wurde basierend auf den bereits gewonnenen Erkenntnissen aus dem AUIK-Projekt in mehreren projektinternen Überarbeitungsschleifen angepasst, um ihn schließlich im Rahmen einer Evaluation gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern aus der ambulanten Pflege weiterzuentwickeln. Ziel war es, den Katastrophenschutzplan hinsichtlich seiner Nützlichkeit für die Praxis und Praktikabilität in der Anwendung zu evaluieren und ggf. anzupassen. Die Evaluation wurde in Form eines mehrschrittigen, partizipativen Prozesses durchgeführt. Bis auf eine Person, die die Funktion als Qualitätsbeauftragte innehatte, nahmen Pflegedienstleitungen oder Geschäftsführende ambulanter Pflegedienste an den Diskussionen teil. Nahezu alle berichteten über eine längere Berufserfahrung als Leitungspersonen in der ambulanten Pflege. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügten bereits über Vorerfahrungen mit verschiedenen Extremereignissen wie z. B. starkem Schneefall oder Evakuierung wegen Bombenräumung. Zudem hatten einige von ihnen in der Vergangenheit bereits eigenständig erste betriebliche Maßnahmen zum Katastrophen- und Krisenmanagement in ihren Pflegediensten erarbeitet und etabliert.

Das Konzept für den Katastrophenschutzplan wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zusammen mit dem Begleitheft (Toolkit) vorab zugesendet, damit diese sich mit den Materialien vertraut machen und auf die Diskussionen vorbereiten konnten. Sie wurden gebeten, den Fokus auf u. a. folgende Aspekte zu legen:

- Relevanz für alltägliche, praktische Arbeit
- inhaltliche Gestaltung
- Verständlichkeit
- Vollständigkeit
- Nützlichkeit im beruflichen Alltag oder Anwendbarkeit
- Praktikabilität der Materialien im Berufsalltag

Abschließend wurden offen gebliebene Aspekte sowie sonstige Wünsche und Anregungen diskutiert. Das erhobene Datenmaterial wurde schließlich ausgewertet und aufbereitet. Die auf diesem Weg

.....

gewonnenen Erkenntnisse wurden in einem weiteren Schritt zur Weiterentwicklung des Konzeptes für den organisatorischen Katastrophenschutzplan genutzt. Im Folgenden werden die Anpassungen dargestellt, die auf Grundlage der Rückmeldungen vorgenommen wurden.

In den Diskussionen mit den Praktikerinnen und Praktikern aus der ambulanten Pflege wurde insgesamt deutlich, dass die restriktiven Ressourcen in der ambulanten Pflege kaum Spielraum für die Förderung einer angemessenen Katastrophenvorsorge erlauben – weder in den Betrieben selbst noch bei den zu versorgenden Pflegebedürftigen. Ähnliche Einschränkungen werden auch mit Blick auf andere Herausforderungen berichtet, etwa bei den Themen Gesundheitskompetenz (Schaeffer/Vogt 2022) oder Patientensicherheit (Ewers/Lehmann 2018; Lehmann/Ewers 2022). Zur Akzeptanzerhöhung des Konzepts gehört daher der Einsatz zeitlicher, personeller und finanzieller Ressourcen. Dies gilt es mitzudenken, sowohl aufseiten der Leitungspersonen gegenüber ihren Mitarbeitenden als auch auf der Seite der Verantwortlichen in der Gesetzgebung.

Größtenteils stimmten die Teilnehmenden darin überein, dass die Inhalte des Konzeptes überwiegend vollständig und nachvollziehbar für die Katastrophenvorsorge in der ambulanten Pflege seien. Der Umfang des Konzeptes scheint daher angemessen, jedoch wurde vorgeschlagen, zu überlegen, wie eine Umsetzung in der Praxis erleichtert werden kann. Sinnvoll erschien es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Planungsbereiche nach ihrer Priorität oder Relevanz zu ordnen. Dies sollte den mit der Katastrophenvorsorge beauftragten Personen der ambulanten Pflegedienste eine bessere Orientierung geben, um effizienter damit zu arbeiten und Entscheidungen leichter zu treffen. Demnach wurden bei der Weiterentwicklung des Konzeptes Planungsmaßnahmen mit besonders hoher Priorität kenntlich gemacht (z. B. in der Checkliste zur Bewertung des Katastrophenmanagements). Der Aufbau des Konzeptes wurde bausteinartig konzipiert, damit sukzessive auch alle weiteren aufgeführten Planungsbereiche im Rahmen der vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden können. Weiter wurde das Konzept an einigen Stellen anwendungsorientierter gestaltet, beispielsweise mithilfe von Flussdiagrammen (z. B. Ablauf Krisenkommunikation) oder Schritt-für-Schritt-Anleitungen (z. B. Schlussfolgerungen aus der Gefahrenanalyse). Dabei wurde allenfalls der grobe Ablauf dargestellt, um ggf. spezifische Anpassungen der unterschiedlichen Pflegedienste zu ermöglichen. Dieses Ziel der möglichen individuellen Anpassung wurde insgesamt bei der Weiterentwicklung des Konzeptes verfolgt. Zudem wurde von einigen Praktikerinnen und Praktikern diskutiert, wie eine einfachere Anwendung durch die Möglichkeit der digitalen Form erzielt werden kann. In diesem Zusammenhang wurde jedoch auch die Zuverlässigkeit von digitalen Plänen oder Instrumenten in Ereignisfällen (z. B. in Stromausfällen) kritisch hinterfragt. Aus diesem Grund wird in dem Konzept hervorgehoben, dass neben digitalen Versionen die wichtigsten Dokumente zusätzlich in Papierformat im Pflegedienst vorgehalten werden sollten.

Da bei Extremereignissen Pflegedienste häufig sich selbst überlassen seien und nicht auf sofortige Hilfeleistung durch Dritte hoffen könnten, wird die Relevanz einer vorzeitigen Vorbereitung der Pflegedienste mit Hilfe eines entsprechenden Planes in den Gruppendiskussionen deutlich. Es besteht dahingehend eine Übereinstimmung, als dass Pflegedienstleitungen eine Schlüsselrolle bei der Vorbereitung der ambulanten Pflegedienste auf Krisen und Katastrophen einnehmen und Vorbereitungsmaßnahmen mithilfe eines Katastrophenschutzplanes für ihre Dienste treffen sollten. Die

teilnehmenden Leitungspersonen bestätigten diese Verantwortung zum Erhalt des Betriebes und der Aufrechterhaltung der Versorgung von Pflegebedürftigen in Krisen- und Katastrophenfällen. Neben der Erfüllung eines Versorgungsauftrages gegenüber den pflegebedürftigen Personen und der Gewährleistung der Patientensicherheit fühlen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer insbesondere für den Schutz ihrer Angestellten verantwortlich. In diesem Zusammenhang wurden die Bedeutung des Arbeitsschutzes und die Notwendigkeit der Entwicklung entsprechender Maßnahmen für den Ereignisfall unterstrichen (z. B. Verhalten bei Sturm). Das Thema Arbeitsschutz der Angestellten wurde daher hinsichtlich der notwendigen Information und Schulung der Betroffenen über Arbeitssicherheit in Krisen und Katastrophen in dem Konzept ergänzt.

Für die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung sollte eine Vernetzung mit anderen Verantwortlichen aus der Gesundheitsversorgung und des Katastrophenschutzes schon vorab erfolgen, um so die Versorgungsverantwortung gemeinsam zu teilen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer betonten, dass Pflegedienste sich in Gefahr sähen, ihren Versorgungsauftrag ohne Unterstützung bei Großschadensereignissen nicht ausreichend erfüllen zu können. Die Vernetzungsaktivitäten sollten daher aus Sicht der Befragten im Konzept stärker hervorgehoben werden. Bei der Weiterentwicklung des Konzeptes wurden aufgrund dessen Aufgaben, Unterstützungsmöglichkeiten und Grenzen potenzieller Vernetzungspartnerinnen und -partner umfassender beschrieben sowie mögliche Vernetzungsaktivitäten vorgestellt, mit denen Unklarheiten über Verantwortlichkeiten geklärt werden könnten.

Die Forderung der Leitungspersonen nach mehr Klarheit bei den Verantwortlichkeiten und den Aufgabebereichen bei der Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen ist aufgrund der gegebenen Strukturen in diesem Bereich allerdings schwierig. So wird beispielsweise die Aufklärungsarbeit von Pflegebedürftigen sowie von ihren Angehörigen zur Katastrophenvorsorge von den teilnehmenden Leitungspersonen als eine Aufgabe betrachtet, die nicht alleine von Pflegediensten geleistet werden kann. Diese Aufgabe könnte nach deren Aussage auch an geeignete Behörden oder an andere Institutionen (z. B. Pflegestützpunkte) übertragen werden. Grundsätzlich vertraten die Pflegedienstleitungen die Meinung, dass Pflegedienste mit den vielfältigen Aufgaben der Vorsorge, des Managements und der Bewältigung von Katastrophen nicht alleingelassen werden sollten. Hinsichtlich der allgemeinen Gestaltung des Konzeptes sollte daher deutlicher sichtbar gemacht werden, dass die Krisenvorsorge eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, zu der ambulante Pflegedienste einen Teil beitragen, dass sie aber nicht alleinig für die Umsetzung aller Maßnahmen verantwortlich sind. Es erschien daher hilfreich, konkrete Hinweise an geeigneten Stellen hinzuzufügen, wo Aufgaben aufgeteilt (z. B. bei der Patientenedukation) oder durch Kooperationen (z. B. bei der Materialvorratshaltung oder Anschaffung von Notstromaggregaten) verteilt werden können.

Positiv untermauert wurde, dass die beiden Dokumente durchaus das Potenzial haben, ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden für Krisen und Katastrophen zu sensibilisieren und bei der Umsetzung erster Vorbereitungsmaßnahmen zu unterstützen. Widersprüchlichkeiten gab es hingegen bei der Umsetzbarkeit im Kontext verschiedener Katastrophenszenarien im Sinne des Allgefahrenansatzes. Einerseits wurden in den beiden Dokumenten gute Ansätze gesehen, um sich auf verschiedene Szenarien vorzubereiten. Andererseits bestehe durch eine einseitige Konzentration auf einzelne Szenarien die Gefahr, dass bestimmte notwendige Maßnahmen nicht geplant werden.

Die Berücksichtigung von übergreifenden Maßnahmen bei der Planung, die auf eine Vielzahl möglicher Szenarien vorbereiten, wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als sinnvoll erachtet. Außerdem wurde betont, dass eine konkrete Planung mit entsprechenden Maßnahmen grundsätzlich von den realen Gegebenheiten im Arbeitsalltag der ambulanten Pflege abweichen könnte. Insbesondere die Personalstruktur, aber auch die Struktur der pflegebedürftigen Personen sowie deren gesundheitlicher Zustand seien flüchtig und veränderten sich fortwährend. Die Umsetzung einiger Maßnahmen ließe sich daher schwer realisieren, z. B. die Erstellung einer Liste aller pflegebedürftigen Personen zur Priorisierung der Versorgung, eine Personaleinsatzplanung für den Notfall oder die Bereitstellung von Personal für den Krisenstab. Um diesen Aspekt zu berücksichtigen, wurde der Plan dahingehend angepasst, idealerweise auf alle möglichen Gefahren vorzubereiten. Zwar ist die Gefahrenanalyse zur Identifizierung prioritärer Gefahren essenziell, um auch notwendige spezifische Maßnahmen für spezifische Szenarien in den Blick zu haben, eine Fokussierung auf Kernthemen (Was hilft bei allen Krisen?), die auf eine Vielzahl an Gefahren vorbereiten, erschien bei der Weiterentwicklung des Konzeptes jedoch zielführend. Ebenso wurde die Problematik der Fluktuation von Pflegebedürftigen sowie von Mitarbeitenden im Konzept ergänzt, beispielsweise bei der Dienstleistungsplanung für Mitarbeitende in Krisen und Katastrophen.

Neben den genannten Aspekten wurden weitere Themen wie beispielsweise Materialvorratshaltung, die Vollständigkeit und die Nachvollziehbarkeit der Inhalte, die Gestaltung der beiden Dokumente, aber auch Ideen zur Weiterentwicklung des Katastrophenschutzplanes in den Diskussionsrunden thematisiert. Weitere Anpassungen, die basierend auf diesen Evaluationsergebnissen im Konzept für den organisatorischen Katastrophenschutzplan vorgenommen wurden, sind u. a. folgende:

- Erstellung eines szenariobasierten Fallbeispiels zur Sensibilisierung (Stromausfall):
Was passiert wann und was bedeutet das für den ambulanten Pflegedienst?
Darauf aufbauend Erarbeitung von ersten Handlungsschritten.
- Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden: Aufklärung darüber, was Mitarbeitende brauchen, damit sie im Ereignisfall arbeiten können;
- Patiententracking: Wie findet man nach einer Evakuierung Pflegebedürftige wieder auf?
- Alternative Kommunikationswege, wenn übliche Kommunikationswege ausfallen sollten.

4. Didaktische Überlegungen zur Weiterbildung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste

Im AUPIK-Projekt wurden auch didaktische Überlegungen zur Gestaltung der innerbetrieblichen Weiterbildung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste angestellt. Als grundlegende normative Orientierung wurde dabei das internationale Rahmenwerk zu den Kernkompetenzen der Katastrophpflege des Internationalen Weltbundes der Pflegenden herangezogen (ICN, 2019). Dies ist mit gewissen Risiken verbunden. Denn zum einen bezieht sich das Rahmenwerk auf internationale Ausbildungsstandards der professionellen und zumeist hochschulisch qualifizierten Pflege, die nicht ohne Weiteres auf die deutsche Situation übertragen werden können. Über die tatsächlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in Fragen der Katastrophpflege in Deutschland liegen keine fundierten Erkenntnisse

vor, ebenso ist unklar, ob das ICN-Rahmenwerk in der Vergangenheit als Grundlage für die Vermittlung entsprechender Kompetenzen in der Ausbildung genutzt wurde oder aktuell genutzt wird. Erschwerend kommt hinzu, dass in ambulanten Diensten üblicherweise verschiedene Berufsgruppen tätig sind, die über heterogene Lern- und Bildungsvoraussetzungen verfügen. Für die meisten von ihnen werden selbst die in dem Rahmenwerk beschriebenen Basiskompetenzen als zu anspruchsvoll und weitreichend anzusehen sein. Wird das Rahmenwerk hier dennoch als didaktische Orientierung genutzt, dann vor allem in Ermangelung anderer, auf die hiesigen Bedingungen in der ambulanten Pflege oder auf Pflegende mit anderen Qualifikationen ausgerichteten Bildungskonzepte zur Vorsorge, dem Management und der Bewältigung von Katastrophen. Allenfalls könnten Bildungskonzepte für ehrenamtliche Katastrophenhelfer herangezogen werden, denen es dann allerdings an einer pflegespezifischen Ausrichtung fehlen würde.

Bei der Entwicklung der Bildungsmaterialien wurden zudem die spezifischen Anforderungen und Bedingungen in der ambulanten Pflege berücksichtigt. Neben der heterogenen Belegschaft wird hier insbesondere auf die engeren zeitlichen und ökonomischen Kontextbedingungen hinzuweisen sein. Länger andauernde oder aufwendige Schulungskonzepte, eventuell sogar unter Nutzung von Planspielen oder Simulationen, sind in diesem Rahmen kaum umsetzbar. Auch die Freistellung von Mitarbeitenden für längere oder intensivere Selbstlernphasen dürften für die meisten ambulanten Dienste nur schwer realisierbar sein. Insofern wurde auf das Konzept von medial gestützten Schnell-Lern-Lektionen (Quick-Learn-Lessons; siehe hierzu CDC 2014) gesetzt, bei dem die Lernenden in einem engen Zeitfenster (ca. 15 bis 20 Minuten) mit grundlegenden Informationen und Handlungsorientierungen in Kontakt kommen. Die entsprechenden Schnell-Lern-Lektionen sind modular aufgebaut, richten sich entweder an alle oder nur an ausgewählte Mitarbeitergruppen (z. B. Pflegefachpersonen, Führungskräfte) und können entweder einzeln oder auch in Kombination miteinander absolviert werden. Die Schnell-Lern-Lektionen können individuell absolviert oder auch als Grundlage für eine Kurzschulung im Sinne des sogenannten „Lunch-and-Learn“- oder „Brown-Bag“-Meetings genutzt werden.

Insgesamt wurden vier solcher Schnell-Lern-Lektionen entworfen. Sie zielen darauf ab,

- die Notwendigkeit der Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen zu verstehen,
- sich durch Wissen im Raum des Katastrophenschutzes zu orientieren,
- die juristischen und gesellschaftlichen Anforderungen an die ambulante Pflege einzuordnen und
- erste Maßnahmen zum Schutz von Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden zu ergreifen.

Eine der Schnell-Lern-Lektionen wird im Rahmen des AUPIK-Teilprojekts „Medienentwicklung, Information, Schulung“ medial aufbereitet und dann auf der AUPIK-Webseite zur Verfügung gestellt. Sie soll als Orientierung für die Gestaltung weiterer – ggf. auch weitreichenderer – Bildungsangebote für Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste dienen. Dabei wird empfohlen, die Zusammenarbeit mit Personen mit pflegepädagogischer Expertise zu suchen, um den Erfolg der Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten.

Tab. xx: Schnell-Lern-Lektionen, Inhalte und Zielgruppen des didaktischen Konzepts

Schnell-Lern-Lektionen	Zielgruppe und Inhalt
SLL I: ...und wenn der Strom ausfällt – auf jedes Risiko vorbereitet	Alle Mitarbeitenden Sensibilisierung gegenüber Krisen und Katastrophen
SLL II: Gut zu wissen – Informationen zum Katastrophenschutz	Alle Mitarbeitenden Finden, Verstehen und Einordnen grundlegender Informationen zum Katastrophenschutz
SLL III: Katastrophen ohne Nebenwirkungen – Verantwortung der Pflege	Pflegefachpersonen Eigene Herausforderungen bei der Arbeit in Katastrophen professionell bewältigen
SLL IV: Kompetent durch die Katastrophe – von der Planung bis zur Bewältigung	Mitarbeitende mit Management- und Leitungsaufgaben Organisation und Vorbereitung der Einrichtung auf Katastrophen

5. Fazit

Bislang gibt es hierzulande kaum organisatorische Maßnahmen, mit denen sich ambulante Pflegedienste auf Krisen und Katastrophen vorbereiten können. Im AUPIK-Projekt wurden basierend auf vorausgegangenen Forschungsaktivitäten erste Überlegungen für entsprechende Maßnahmen angestellt – darunter einerseits eine Mustervorlage für einen Katastrophenschutzplan, andererseits ein didaktisches Konzept für Schnell-Lern-Lektionen für Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste. Im Rahmen von Gruppendiskussionen mit Expertinnen und Experten aus der ambulanten Pflege konnten wichtige Erkenntnisse für die Anwendbarkeit und Nützlichkeit des konzipierten organisatorischen Katastrophenschutzplans mit Begleitheft (Toolkit) und für die Weiterentwicklung in der ambulanten Pflege eruiert werden. Die Bildungsmaterialien werden in Form eines Demonstrators weiterentwickelt und gesondert evaluiert. Insgesamt haben die bisherigen Aktivitäten gezeigt, dass die ambulanten Pflegedienste diesen Maßnahmen mit Interesse begegnen, dass sie aber erwartungsgemäß auch stets auf ihre engen Spielräume und Möglichkeiten hinweisen, wenn es um die Entwicklung und Etablierung organisatorischer Maßnahmen der Krisen- und Katastrophenvorsorge geht. Damit ist bereits angedeutet, dass die Stärkung der Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen und Katastrophen noch erheblicher Anstrengungen und Diskussionen bedarf, die weit über das AUPIK-Projekt und seine Möglichkeiten hinausreichen. Dennoch konnten in diesem begrenzten Rahmen erste Impulse gesetzt werden, diese Diskussionen aufzunehmen, die Rolle der ambulanten Pflegedienste im Hinblick auf Krisen und Katastrophen zu spezifizieren und ihnen dann die notwendigen Ressourcen an die Hand zu geben, um sich künftig aktiv an der Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisen und Katastrophen zu beteiligen.

Literaturverzeichnis:

Blättner, Beate/Georgy, Sascha/Grewe, Henry Annette (2013): Sicherstellung ambulanter Pflege in ländlichen Regionen bei Extremwetterereignissen. In: Roßnagel, Alexander (Hg.), Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens. Kassel: University Press, S. 267–296.

BMI – Bundesministerium des Innern (Hg.) (2011): Schutz Kritischer Infrastrukturen – Risiko- und Krisenmanagement. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Berlin: BMI.

Carr, Mary et al. (2008): Emergency preparedness packet for home health agencies. Washington: The National Association for Home Care & Hospice.

CDC – Center for Disease Control and Prevention (2014): Quick-Learn Design Toolkit. CDC Learning Connection. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/training/development/pdfs/design/e-learning-toolkit-508.pdf>, zuletzt geprüft am 27.02.2023.

Doppelfeld, Silke/Klein, Stefanie (2022): DGP-Delegierte beteiligt an der AWMF S2k-Leitlinie „Katastrophenmedizinische präklinische Behandlungslinien“, in: Pflege & Gesellschaft, 27 (2), S. 189–191.

Ewers Michael/Lehmann Yvonne (2018): Technikabhängige Pflegebedürftige in der Langzeitpflege. Versorgungspfade, Versorgungsqualität und Patientensicherheit, in: Nadine-Michèle Szepan/Wagner Franz Wagner (Hg.), Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart, S. 135–153.

HCA – Home Care Association of New York State (2012): Home care emergency preparedness. A Handbook to Assist Home Care Providers in Emergency Preparedness Planning. New York: HCA. <http://homecareprepared.org/wp-content/uploads/2019/08/HCAEmergencyPrepHandbook2012.pdf>, zuletzt geprüft am: 14.12.22.

ICN – International Council of Nurses (2019). Core Competencies in Disaster Nursing. Version 2.0. Geneva: ICN. Zugriff am 17. November 2022 unter https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 27.02.2023.

Lehmann Yvonne/Ewers Michael (2020): Sicherheitsdimensionen in der Hilfsmittelversorgung häuslich beatmeter Patienten (SAVENT) – Studienprotokoll, in Pflegewissenschaft, 22(3), S. 144–157.

Schaeffer, Doris/Vogt, Dominique (2022): Gesundheitskompetente Organisationen. Zweiter Teilbericht – Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Schulze, Katja et al. (Hg.) (2019): Manual zur Stärkung der ambulanten Pflege im Katastrophenfall. Arbeitsmaterial Nr. 5. 2. überarbeitete Auflage. Berlin: KFS, <http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung/publikationen/index.html>, zuletzt geprüft am: 14.12.2022.

Wyte-Lake, Tamar et al. (2015): Disaster Planning for Home Health Patients and Providers: A Literature Review of Best Practices, in Home Health Care Management & Practice, 27 (4), S. 247–255.

Wyte-Lake Tamar et al. (2020): Preparedness and response activities of the US Department of Veterans Affairs (VA) home-based primary care program around the fall 2017 hurricane season, in: BMC Public Health, 20 (1), S. 1796.

6. Ausblick und Zusammenfassung

*Matthias Max, DRK e. V. – Generalsekretariat
Marco Krüger, Universität Tübingen,
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften*

1. Einleitung

Von März 2020 bis Juni 2023 untersuchte das Forschungsprojekt AUIPK die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen. Dabei wurde einerseits der gegenwärtige Status quo analysiert. Andererseits war es das Ziel, Konzepte zur Stärkung der Krisenresilienz der ambulanten pflegerischen Infrastrukturen zu entwickeln. Denn die Versorgung einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Personen stellt Gesellschaft, Politik, Pflegesektor, Behörden und Hilfsorganisationen bereits im Alltag vor Herausforderungen. In Krisen und Katastrophen verschärft sich diese Situation. Auch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) stellte im letzten Jahrzehnt durch eigene Einseitigevaluierungen sowie Forschungsprojekte wiederholt fest, dass Hilfsangebote und Bedarfe immer weniger zusammenpassen.

Während sich die Gesellschaft – etwa durch den demografischen Wandel und technische Entwicklungen – rasant verändert hat, haben sich die Katastrophenschutzstrukturen und deren Bewältigungsstrategien nicht im gleichen Tempo mit entwickelt. Darüber hinaus sind auch die immer komplexeren und vernetzteren Systeme der alltäglichen Versorgung von zunehmenden Störungen betroffen, haben dafür aber nicht immer eigene Bewältigungsstrategien hervorgebracht. So sind weder ambulante Pflegeinfrastrukturen noch die des Katastrophenschutzes auf die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in Krisensituationen gut vorbereitet.

Um sich diesem komplexen Thema für die ambulanten Pflegeinfrastrukturen sowie den Strukturen des Katastrophenschutzes anzunehmen und neben einer genauen Analyse auch Lösungswege und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, war eine transdisziplinäre Betrachtung unerlässlich. Daher wurde AUIPK von verschiedenen Partnerinnen und Partnern aus Wissenschaft und Praxis sowie aus Pflege und Katastrophenschutz getragen. Das Konsortium setzte sich zusammen aus dem Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Universität Tübingen, dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dem ebenfalls in Berlin angesiedelten Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und dem Vincentz Network in Hannover. Doch nicht nur die heterogene Zusammensetzung des Konsortiums war bemerkenswert und spiegelte bereits einen Teil des Forschungsvorhabens – die Initiierung eines Dialogs zwischen Katastrophenschutz und Pflege – wider. Auch die unvorhergesehenen Umstände der Forschung waren bemerkenswert, startete das Projekt doch in den ersten Monaten der Coronapandemie.

2. Covid-19-Pandemie, Ahrtal-Hochwasser und Geflüchtetenhilfe

In der Tat sollte das Projekt AUIPK eigentlich die Folgen eines flächendeckenden Stromausfalls in den Mittelpunkt stellen. Das Konsortium wählte das Szenario eines Stromausfalls als Rahmen der Projektforschung. Dieses Szenario wurde in weiten Teilen des Projektverlaufs durch die Eindrücke der Pandemie flankiert.

So wurde die Forschung weiterhin und wie geplant mit Blick auf die Erfordernisse von Patient*innen, die auf Medizintechnik angewiesen sind, bearbeitet. Dennoch spielte insbesondere die Coronapandemie eine wichtige Rolle in den Interviews. Direkt mit dem Projektstart im März 2020 waren alle Projektbeteiligte auf vielfältige Weise mit der Pandemie und ihren Auswirkungen konfrontiert. Diese stellte keine klassische Katastrophe dar, wie etwa ein Hochwasserereignis oder ein Stromausfall. Es handelte sich stattdessen um eine flächendeckende gesamtgesellschaftliche Krise, die das Thema des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in den Mittelpunkt rückte und auch noch über die Projektlaufzeit hinaus Gegenstand gesellschaftlicher Aufarbeitungsprozesse ist, wie unter anderem die Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ im Landtag von Baden-Württemberg zeigt.

Gerade durch die Erfordernisse der Pandemiebearbeitung erhielt die pflegerische Versorgung vermehrt Aufmerksamkeit. Insofern wurden viele Themen, zu denen AUIPK forschte, nun auch in der breiten Öffentlichkeit diskutiert. Es gab Debatten über die Rahmung von Systemrelevanz und kritischer Infrastruktur. Die Frage, wer als systemrelevant galt, unterlag im Laufe der Zeit Änderungen. Angehörige des Gesundheitssektors standen dabei aber stets im Mittelpunkt, schließlich war das Gesundheitssystem vermutlich der am stärksten belastete gesellschaftliche Bereich. Es wurde öffentlich und breit darüber gesprochen, dass zu wenig Pflegefachpersonen verfügbar sind. Pfleger*innen gerieten an ihre Grenzen. Menschen in Pflegeheimen durften über längere Zeiträume keinen Besuch empfangen. Pflegefachpersonen hatten Sorgen, ihre Patient*innen mit einem potenziell tödlichen Virus anzustecken. Viele dieser strukturellen Probleme waren mitnichten neu, doch wurden sie durch die Pandemie verschärft und traten in die breite Öffentlichkeit. Auch zeigte sich dabei die gesellschaftliche Diversität deutlich. Städtische Ballungsräume hatten mit anderen Problemen zu kämpfen als ländliche Gegenden. Verschiedene soziodemografische Gruppen, wie Kinder oder Menschen mit Pflegebedarf, traten in den Fokus. Gleichzeitig zeigten sich viele Menschen sehr hilfsbereit und umsichtig, gingen für andere einkaufen oder blieben zu Hause, um Verbreitungsketten zu brechen und die Pandemie einzudämmen.

Bereits während der Pandemie wurden erste Lehren gezogen und Anpassungsversuche unternommen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) setzte in seiner Neuausrichtung 2021 einen Fokus auf den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz und etablierte das Konzept der Pflegehilfskräfte (BBK, 2021). Die Pandemie veränderte demnach die gesellschaftliche Wahrnehmung ebenso wie die von Behörden und Organisation mit Sicherheitsaufgaben.

Auch andere Großschadenslagen der letzten Jahre prägten AUIPK, darunter das Hochwasser im Ahrtal 2021, ein verheerendes Katastrophenereignis, das hohe Opferzahlen und den Ausfall zahlreicher Infrastrukturen verursachte (Mdi Rheinland-Pfalz, 2022). Katastrophenschützer*innen hatten in dieser Lage unter anderem die Herausforderung, ambulant pflegebedürftige Menschen zu verorten und zu ver-

sorgen. Gleichzeitig hatten Pflegedienste Probleme, ihre Patientinnen und Patienten zu erreichen. Hier verstärkte sich der Eindruck, dass integrierte Lösungsansätze zwischen Pflege und Katastrophenschutz nötig sind, um auch in Katastrophen eine funktionierende pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Auch verdeutlichte sich in der Versorgung von Menschen, die infolge des russischen Angriffs auf die Ukraine nach Deutschland flohen, wie unterschiedlich Krisen und Bedarfe sein können. So waren auch unter den Geflüchteten Menschen, die auf pflegerische Unterstützung angewiesen waren und versorgt werden mussten. Wie in der Coronapandemie zeigte sich sowohl während des Hochwassers 2021 als auch in der Geflüchtetenhilfe eine große Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung und ein großes Engagement unterschiedlicher zivilgesellschaftlicher Akteur*innen. Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass eine routinierte Zusammenarbeit zwischen den Strukturen des Katastrophenschutzes und der pflegerischen Langzeitversorgung höchstens punktuell etabliert ist.

3. Alltag stärken, resilientere Strukturen schaffen

In der Betrachtung der unterschiedlichen realen Ereignisse schien sich, neben vielen neuen Erkenntnissen für das Projekt, der Ansatz von AUIPK zu bekräftigen. Demnach gilt es prioritär Alltagsstrukturen zu stärken und resilienter zu machen, aber auch Versorgungskapazitäten für Menschen mit Pflegebedarf in Form von angepassten Betreuungsplätzen zu schaffen. Nur wenn die Alltagsversorgung weniger prekär und stattdessen resilienter wird, kann auch die Handlungsfähigkeit in Ausnahmesituationen verbessert werden. Innerhalb der pflegerischen Versorgungsstrukturen befinden sich pflegende Angehörige und Pflegedienste oft bereits im Alltag an der Belastungsgrenze. Für die Vorbereitung auf Krisen oder gar Katastrophen fehlen dadurch mitunter die Ressourcen. Gerade diese alltägliche Belastung stellt jedoch ein Problem dar, wenn es um die Stärkung der pflegerischen Versorgung in Krisenzeiten geht. In diesem Sinne gilt es Kapazitäten und Handlungsspielräume für die Krise bereits im Alltag zu schaffen (Krüger, 2019; Holling, 1973). Der Bevölkerungsschutz sollte sich demnach von einer reinen Ersatzvorhaltung lösen und hin zu einer Stütze der Alltagsstrukturen in Krisensituationen entwickeln.

4. Institutionalisierung und Vernetzung

Der Pflegesektor ist eher schwach institutionalisiert und verfügt nur über eine vergleichsweise leise politische Stimme. Diesen Punkt führt Christine Vogler, die Präsidentin des Deutschen Pflegerates e. V., in ihrem Gastbeitrag aus. Sie schreibt über Defizite und Potenziale der Pflege und betont, wie wichtig eine Institutionalisierung und Standardisierung in diesem Bereich ist – nicht zuletzt in der Weiterbildung der Pflegenden. Lediglich in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen gibt es aktuell Pflegekammern, die zur weiteren Selbstorganisation der Branche beitragen können. Zusammen mit den bereits bestehenden Verbänden könnte die Pflege so eine besser sichtbare Akteurin in der Gesundheitspolitik werden.

Über eine erfolgreiche Institutionalisierung kann schließlich auch eine profunde Vernetzung pflegerischer und anderer Akteur*innen vollzogen werden. Dabei ist es geboten, Verantwortlichkeiten auszuhandeln und die jeweiligen Akteur*innen entsprechend ihrer Verantwortlichkeiten mit Ressourcen auszustatten. Als Basis dieser Arbeit könnte eine Bestandsaufnahme des Sozialraums dienen: Welche Bedarfe und Fähigkeiten sind aufgrund der soziodemografischen Zusammensetzung der Bevölkerung in einer Krise zu erwarten? Welche zivilgesellschaftlichen Akteur*innen gibt es, die über besondere Fähigkeiten verfügen oder Zugang zu diesen Menschen haben? Welche Pflegedienste und welche Hilfsorganisationen sind dort angesiedelt? Welche Firmen gibt es und wie könnte man diese in einer Krise nutzen? Kurz: Welche Bedarfe gibt es in dieser Nachbarschaft und welche Ressourcen und Fähigkeiten versammeln sich dort, die diese Bedarfe decken könnten?

Unternehmen stellen mitunter eine wichtige Ressource dar. Vor allem große Unternehmen verfügen oft über etablierte Risikomanagementmechanismen sowie über materielle und personelle Ressourcen, die auch in Krisenzeiten helfen können. Unternehmen in einen Austausch mit dem staatlichen Krisenmanagement zu bringen kann gewinnbringend sein, um die vorhandenen gesellschaftlichen Ressourcen besser zu koordinieren und damit effizienter einzusetzen. Die Kooperation mit Pflegediensten, die ihrerseits mehrheitlich privatwirtschaftlich organisierte Unternehmen sind (Destatis, 2022), ist hierfür ein Beispiel.

Die Vernetzung des staatlichen Katastrophenschutzes mit zivilgesellschaftlichen Akteur*innen und Unternehmen ist eine vielversprechende Möglichkeit, um besser für kommende Krisen und Katastrophen gerüstet zu sein. Die Verantwortlichkeit für eine erfolgreiche Krisenbewältigung kann dabei nicht allein auf einer Behörde lasten. Je nach Bedarf und Befähigung können Hilfsorganisationen, Unternehmen, aber auch andere gesellschaftliche Akteur*innen einen Teil beitragen; auch das bereits vor der nächsten Krise. Ein breiter gesellschaftlicher Diskurs kann hierbei helfen, die richtige Balance zu finden, damit man sich Verantwortung weder diffus gegenseitig zuschiebt noch einseitig auf die Bevölkerung überträgt, wie einige Kritiker*innen des Resilienzkonzepts befürchten (Kaufmann, 2013; Joseph, 2013, 2018).

5. Politische Prozesse

All diese Lehren folgen dem eigentlichen Grundsatz der Resilienz. Demnach gilt es die Voraussetzungen für einen strukturierten gesellschaftlichen Anpassungsprozess an bisher unbekannte zukünftige, disruptive Ereignisse zu schaffen (Bourbeau, 2018). Die Erhöhung der gesellschaftlichen Resilienz ist dabei voraussetzungsvoll und muss politisch gefördert werden (Krüger, 2022). Obwohl Deutschland relativ spät in den internationalen Resilienzdiskurs eingestiegen ist (Joseph, 2018), nimmt die Resilienzdebatte nun auch hierzulande an Fahrt auf. So hat die Bundesregierung im Juli 2022 eine „Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen“ herausgegeben (BMI, 2022), die die Umsetzung des Sendai-Rahmenwerks für Katastrophenvorsorge der Vereinten Nationen (2015–2030) darstellt (UNDRR, 2015). Diese ressortübergreifende Strategie betrachtet den Bevölkerungsschutz aus der Vogelperspektive – und betont auch die Bedeutung der Pflege für die gesellschaftliche Resilienz. Die Ergebnisse aus AUIPK sind insofern ein konkreter Umsetzungsansatz für die in der Resilienzstrategie formulierten Ziele.

Darüber hinaus bildeten sich zwei Enquetekommissionen, die sich mit einer besseren zukünftigen Katastrophenbearbeitung befassen. Bereits im Spätsommer 2021 beschloss der Landtag Rheinland-Pfalz in Reaktion auf die Flutkatastrophe 2021 die Einrichtung einer Enquetekommission (Landtag Rheinland-Pfalz, 2021). Wie bereits erwähnt wurde auch in Baden-Württemberg, hier jedoch in Reaktion auf die Bearbeitung der Coronapandemie, im Februar 2022 eine Enquetekommission gegründet (Landtag von Baden-Württemberg, 2202). Diese Entwicklungen sind Beispiele für den festgestellten politischen Handlungsbedarf. Die Ergebnisse des Projekts AUPIK bieten hierfür Ansätze.

Auch die regulatorischen Bestimmungen in der ambulanten Pflege haben in der Konsequenz der vergangenen Jahre diesen Trend aufgenommen. So wurden die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege Ende 2022 angepasst und hinsichtlich der pflegerischen Versorgung in Krisen erweitert. So umfassen sie auch Regelungen zur Vorbereitung auf Krisensituationen, wie etwa die Erstellung eines Krisenkonzepts. Auch hier sind die Ergebnisse von AUPIK unmittelbar anschlussfähig.

6. Lösungsansätze und politische Handlungsempfehlungen

Während in vorangegangenen Forschungsprojekten vor allem Bedarfe definiert wurden, versucht AUPIK operative Ansätze für den Bereich der Pflege aufzuzeigen. Die Bedarfe wurden durch reale Ereignisse wie die COVID-19-Pandemie, das Hochwasser an Ahr und Erft sowie die Geflüchtetenhilfe im Zuge des russischen Angriffs auf die Ukraine für die breite Öffentlichkeit sichtbar. AUPIK versucht dabei Möglichkeiten aufzuzeigen, die aus dem Alltag heraus, von den Bedarfen her gedacht wurden und sich zumindest teilweise auch in den aktuellen Strukturen von Pflege und Katastrophenschutz umsetzen lassen. In der Anwendung kann es dadurch gelingen, die Handlungsgrenzen von Pflegestrukturen und Katastrophenschutz zeitnah auszuweiten und aufeinander zu bewegen. Beispiele hierfür sind exemplarische Blitzschulungen für Pflegefachpersonen sowie Arbeitshilfen für ambulante Pflegedienste und Hilfsorganisationen. Diese können die bestehenden Systeme handlungsfähiger und damit resilienter machen. Dennoch lassen sich bei Weitem nicht alle Maßnahmen in den Grenzen der aktuellen Systeme realisieren. Daher wurden in AUPIK politische Handlungsempfehlungen formuliert, die die gesellschaftlichen Kapazitätsgrenzen verschieben sollen. Neben der sozialräumlichen und institutionellen Vernetzung beziehen sich die Handlungsempfehlungen auf die Institutionalisierung von Präventionsmaßnahmen, das Schaffen gegenseitigen Verständnisses auf allen Seiten sowie die verantwortungsadäquate Verfügbarkeit von Ressourcen (für eine genauere Betrachtung siehe Kapitel 9).

7. Fazit

Die multiplen Krisen und Katastrophen der letzten Jahre haben gezeigt, wie nötig eine breite Diskussion über gesellschaftliche Resilienz ist. Um resiliente Infrastrukturen zu schaffen, bedarf es stabiler sowie bedarfsorientierter Netzwerke und institutionalisierter Kooperationen aus allen relevanten privaten und öffentlichen gesellschaftlichen Segmenten. Hierfür sind organisatorische Schnittstellen ebenso wichtig wie gegenseitiges Verständnis und Ressourcen. Wie ein erster Schritt

dorthin für Gesundheitsinfrastrukturen aussehen kann, zeigen die Ergebnisse und Produkte von AUIPIK praxisnah auf.

In jedem Fall zeigen die Forschungsergebnisse von AUIPIK auf, dass eine gelingende Ausnahmebewältigung in aller Regel auf stabilen Alltagsstrukturen, Vorbereitung und Wissen fußt. Gerade die Debatten in der Coronapandemie haben gezeigt, wie wichtig gesellschaftliche Fürsorgebeziehungen in der Organisation einer Notfallversorgung sind. Ebenso wurde die unterschiedliche Sichtbarkeit verschiedener Bedarfe sowie deren in Teilen bestehende Unvereinbarkeit offenbar. Krisen und Katastrophen treffen Gesellschaften, aber nicht alle Teile in gleichem Maße. Gesellschaftliche Resilienz ist dabei das Resultat einer profunden Bedarfsanalyse und der Gewährung von entsprechenden Handlungsfähigkeiten. Angesichts der Diversität und Komplexität der Gesellschaft ist dies eine anspruchsvolle Aufgabe, deren Lösung nur gemeinsam gelingen kann.

Literaturverzeichnis:

- BBK (2021): Stärkung des Bevölkerungsschutzes durch Neuausrichtung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/neuausrichtung.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am: 23.09.2022.
- BMI (2022): Deutsche Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen. Umsetzung des Sendai Rahmengerichts für Katastrophenvorsorge (2015–2030) – Der Beitrag Deutschlands 2022–2030, https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Sendai-Katrima/deutsche-strategie-resilienz-lang_download.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt geprüft am: 30.11.2022.
- Bourbeau, Philippe (2018): A Genealogy of Resilience. *International Political Sociology*, 12(1), S. 19–35.
- Destatis (2022): Pflegestatistik 2021: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html, zuletzt geprüft am: 13.09.2023.
- Holling, Crawford (1973): Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics*, 4, S. 1–23.
- Joseph, Jonathan (2013): »Resilience as Embedded Neoliberalism: A Governmentality Approach«, in: *Resilience*, 1 (1), S. 38–52.
- (2018): *Varieties of Resilience. Studies in Governmentality*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaufmann, Mareile (2013): »Emergent self-organisation in emergencies. Resilience rationales in interconnected societies«, in: *Resilience*, 1 (1), S. 53–68.
- Krüger, Marco (2019): Building Instead of Imposing Resilience: Revisiting the Relationship Between Resilience and the State. *International Political Sociology*, 13(1), S. 53–67.
- Krüger, Marco (2022): Visibilising the neglected: The emancipatory potential of resilience. *European Journal of International Security*. (online first), S. 1–20.
- Landtag Rheinland-Pfalz (2021): Einsetzung einer Enquete-Kommission „Konsequenzen aus der Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz: Erfolgreichen Katastrophenschutz gewährleisten, Klimawandel ernst nehmen und Vorsorgekonzepte weiterentwickeln“, <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/948-18.pdf>, zuletzt geprüft am: 13.09.2023.
- Landtag von Baden-Württemberg (2022): Einsetzung einer Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“, https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP17/Drucksachen/1000/17_1816_D.pdf, zuletzt geprüft am: 14.09.2023.
- Mdl Rheinland-Pfalz (2022): Ein Jahr Wiederaufbau in Rheinland-Pfalz, <https://wiederaufbau.rlp.de/fileadmin/wiederaufbau/2022/07-Juli/Ein-Jahr-Wiederaufbau-in-RLP.pdf>, zuletzt geprüft am 13.09.2023.
- UNDRR (2015): Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030, https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, zuletzt geprüft am: 03.02.2021.

HERAUSGEBER:

MATTHIAS MAX IST SEIT 2011 IM DEUTSCHEN ROTEN KREUZ (DRK) GENERALSEKRETARIAT TÄTIG UND LEITET DAS TEAM RISIKOMANAGEMENT, SICHERHEITSFORSCHUNG UND INNOVATIONSTRANSFER. IN SEINER FUNKTION ARBEITET ER AN DEN SCHNITTSTELLEN DER BEREICHE BEVÖLKERUNGSSCHUTZ/ÖFFENTLICHE SICHERHEIT, WIRTSCHAFT, WISSENSCHAFT UND POLITIK.

DR. MARCO KRÜGER WAR DER KOORDINATOR DES FORSCHUNGSVERBUNDS AUIPK. AM INTERNATIONALEN ZENTRUM FÜR ETHIK IN DEN WISSENSCHAFTEN LEITET ER DEN FORSCHUNGSSCHWERPUNKT SICHERHEITSETHIK. IN SEINER FORSCHUNG UNTERSUCHT ER FRAGEN DER GESELLSCHAFTLICHEN RESILIENZ SOWIE DER AUSWIRKUNGEN VON SICHERHEITSHANDELN.

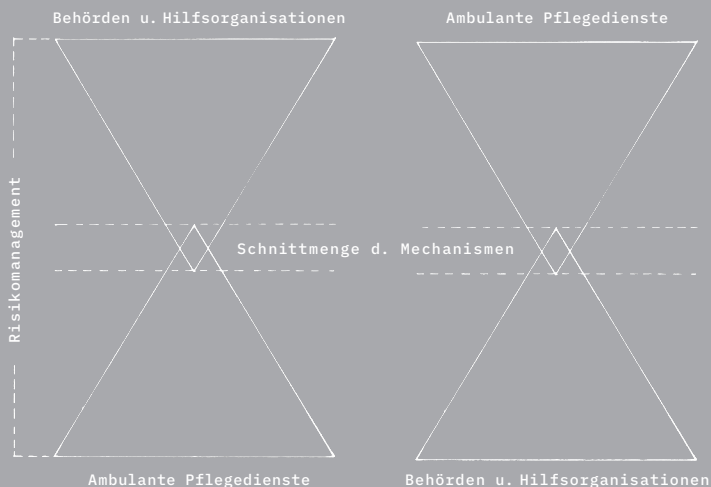


FIG. A

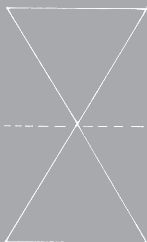


FIG. B



FIG. C