

Perspektiven auf die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophenfällen

Theoretische Beiträge aus dem Katastrophenschutz, den Sicherheitsstudien und der Pflegewissenschaft

Marco Krüger, Michael Ewers, Heidi Oschmiansky (Hrsg.)



Working Paper 1

Materialien zur Ethik in den Wissenschaften, Band 18

herausgegeben vom

Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) Universität Tübingen

2021

ISBN: 978-3-935933-16-2

Zitierhinweis: Krüger, Marco / Ewers, Michael / Oschmiansky, Heidi (Hrsg.) (2021):

Perspektiven auf die Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophenfällen.

Theoretische Beiträge aus dem Katastrophenschutz, den Sicherheitsstudien und der Pflegewissenschaft,

AUIPIK Working Paper 1, in: IZEW (Hrsg.): Materialien zur Ethik in den Wissenschaften, Band 18, Tübingen.

BEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

SIFO.de

Zusammenfassung

Eine steigende Anzahl von Personen wird von einem ambulanten Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit (mit-)versorgt. Der aktuellen bundesdeutschen Pflegestatistik zufolge belief sich diese Zahl im Jahr 2019 auf 980.000 Menschen (Destatis 2020a). Dennoch spielen Überlegungen zur Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur im deutschen Katastrophenschutz gegenwärtig höchstens eine untergeordnete Rolle. Aber auch die ambulanten Pflegedienste selbst sind kaum im Bereich der Katastrophenvorsorge aktiv. Die aktuelle Pflegesituation ist von einer engen Taktung der Arbeiten und einem personellen Ressourcenmangel geprägt, sodass die Bewältigung von schwerwiegenden und anhaltenden Alltagsstörungen den Pflegediensten erhebliche Schwierigkeiten bereitet (Blättner et al. 2013). Strukturelle Faktoren, wie der geringe Anteil an Vollzeitbeschäftigten (28%) und examiniertem Pflegefachpersonal (43%), kommen erschwerend hinzu (Destatis 2020b). Der ambulante Pflegesektor ist als sehr kleinteiliger Markt mit über 14.000 mehrheitlich privatwirtschaftlichen und überwiegend Unternehmen mit vergleichsweise wenigen Beschäftigten schwer zu überblicken (Destatis 2020b). Diese strukturellen Faktoren und der Mangel an zentralen Ansprechpartner*innen erschweren die Kooperation zwischen Akteur*innen des Bevölkerungsschutzes und der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung.

Die politischen Konzepte zum Schutz kritischer Infrastrukturen verschärfen in ihrer Grundausrichtung diese Problematik auf zwei Weisen. Erstens sind sie von der Annahme geleitet, dass kritische Infrastrukturen der Aufrechterhaltung des Gemeinwesens dienen. Was das Gemeinwesen konkret prägt, bleibt jedoch zumeist vage. Durch die Fokussierung auf ein abstraktes Gemeinwesen drohen jedoch insbesondere Bedarfe ohnehin marginalisierter Bevölkerungsgruppen, wie etwa häuslich gepflegter Personen, aus dem Blick zu geraten. Zweitens werden kritische Infrastrukturen in der Regel als Versorgungsadern der Bevölkerung betrachtet. Aus dieser Perspektive gilt es Menschen mit den als notwendig definierten Gütern und Dienstleistungen zu versorgen. Ein solcher Ansatz geht zunächst von der Versorgung des einzelnen Individuums aus. Das Gemeinwesen ist somit die Summe seiner Mitglieder, wobei die Beziehungen zwischen den Mitgliedern kaum oder gar nicht betrachtet werden (ausführlicher dazu: Kapitel 5).

Das vorliegende Working Paper bündelt gegenwärtige sozialwissenschaftliche Forschungsverständnisse zum Schutz (kritischer) Infrastrukturen (Kapitel 5), den (inter-)nationalen Fachdiskurs des Bevölkerungsschutzes zum Schutz häuslich gepflegter Personen in Katastrophensituationen (Kapitel 3) sowie die aktuellen pflegewissenschaftlichen Diskurse zur Patientensicherheit und zum *Disaster Nursing*, also zu Rolle und Aufgaben von Pflegenden in allen Schritten des Katastrophenmanagements (Kapitel 4). Dabei analysiert es mehrperspektivisch die bestehenden Potenziale und Problemstellungen zur Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophenfällen. Als Ergebnis der Analyse werden drei zentrale Forschungsdesiderate für die weitere Forschung im Projekt AUIPIK identifiziert (Kapitel 6):

- 1) Es ist zu analysieren, welches Infrastrukturverständnis im Bevölkerungsschutz vorherrscht und welche Auswirkungen sich aus diesem Verständnis für die Krisenfestigkeit der ambulanten Pflegeinfrastruktur ergeben. Dem Ansatz der Fürsorgeethik (*ethics of care-Ansatz*) folgend, sollten dabei auch alternative Verständnisse von Infrastruktur konzipiert und in den Untersuchungsprozess einbezogen werden, um strukturelle soziale Faktoren zur Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur zu identifizieren.
- 2) Zudem gilt es Potenziale, Bedarfe und Maßnahmen zu bestimmen, um auf organisationaler und individueller Ebene die Kompetenzen der Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden im Umgang mit Krisen und Katastrophen zu stärken.
- 3) Schließlich sind die Potenziale und Bedarfe des Katastrophenschutzes zu bestimmen, um darauf aufbauend Maßnahmen zur Unterstützung von ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisen und Katastrophen auf organisationaler und individueller Ebene zu erarbeiten.

AUPIK – Ein kurzer Überblick

Das Projekt *Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen* (AUPIK) wird unter der Konsortialleitung des Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) an der Universität Tübingen in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz Generalsekretariat (DRK), der Vincentz Network GmbH & Co KG und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt.

AUPIK wird von März 2020 bis Februar 2023 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Bekanntmachung „Zivile Sicherheit – Sozioökonomische und soziokulturelle Infrastrukturen – Themenschwerpunkt: Erhöhung der Resilienz des Gesundheits- und Pflegewesens“ gefördert. Weitere Informationen finden sich unter: www.aupik.de.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	2
AUPIK – Ein kurzer Überblick.....	3
1. Zur Krisenfestigkeit der ambulanten Pflegeinfrastruktur	5
<i>Matthias Brejora, Michael Ewers, Heidi Oschmiansky, Marco Krüger, Yvonne Lehmann, Sanne Lessinnes, Marianne Schüsseler, Anne Thiele, Tim Walter, Katharina Wezel</i>	
2. Häusliche und gemeindebasierte Pflege in Krisen und Katastrophen.....	6
<i>Yvonne Lehmann und Michael Ewers</i>	
2.1 Ambulante Pflegedienste als Akteure	6
2.2 Ambulante Pflegedienste in Krisen und Katastrophen.....	8
3. Zusammenarbeit von Katastrophenschutz und ambulanten Pflegediensten (DRK).....	9
<i>Heidi Oschmiansky, Marianne Schüsseler und Marcel Ditt</i>	
3.1 Fachdiskurs über pflegebedürftige Menschen im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz.....	9
3.2 Erkenntnisse aus Forschungsprojekten	12
3.3 Einsatzerfahrungen in Deutschland.....	14
3.3.1 Bombenevakuierung Frankfurt 2017: Betreuung von Pflegebedürftigen in Notsituationen	14
3.3.2 Schneelage in Bayern 2019: Lokalisierung und Erreichbarkeit häuslich gepflegter Menschen... ..	14
3.3.3 Stromausfall Berlin 2019	15
3.4 Erkenntnisse und Praxisbeispiele aus der weltweiten Rotkreuz-Bewegung.....	15
3.4.1 Britisches Rotes Kreuz: Prioritätenregister.....	15
3.4.2 Amerikanisches Rotes Kreuz: Bedarfsorientierte Katastrophenvorsorge	16
3.4.3 PrepAGE: Resilienzerhöhung bei älteren Menschen in der EU	16
3.4.4 Australisches Rotes Kreuz: Katastrophensicher durch die Zusammenarbeit von sozialen Diensten und Katastrophenschutz.....	16
3.4.5 SAMETS-Leitfaden – Notunterkunft für Menschen mit speziellen Bedürfnissen.....	17
3.4.6 Zwischenfazit	17
4. Sicherheit und Katastrophenvorsorge aus pflegerischer Perspektive	19
<i>Yvonne Lehmann, Anne Thiele und Michael Ewers</i>	
4.1 (Patienten-)Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege	19
4.1.1 Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung.....	20
4.1.2 Patientensicherheit im Kontext von Krisen und Katastrophen	21
4.2 Katastrophenvorsorge durch Pflegenden und ambulante Pflegedienste.....	22
4.2.1 Resilienzförderung gegenüber Krisen und Katastrophen auf individueller Ebene.....	24
4.2.2 Resilienzförderung gegenüber Krisen und Katastrophen auf organisatorischer Ebene	25
4.2.3 Anknüpfungspunkte aus den Diskursen zu Disaster Nursing für das AUIK-Projekt.....	27
5. Die ambulante Pflege als kritische Infrastruktur?.....	27
<i>Marco Krüger und Katharina Wezel</i>	
5.1 Was macht Infrastrukturen kritisch?	28
5.2 Zur Beachtung und Nichtbeachtung von Infrastrukturen	30
5.3 Zum Begriff der Resilienz im Mehrebenensystem.....	32
6. Diskussion und Schlussfolgerungen	33
<i>Matthias Brejora, Michael Ewers, Heidi Oschmiansky, Marco Krüger, Yvonne Lehmann, Sanne Lessinnes, Marianne Schüsseler, Anne Thiele, Tim Walter, Katharina Wezel</i>	
7. Literatur.....	36

1. Zur Krisenfestigkeit der ambulanten Pflegeinfrastruktur

Matthias Brejora, Michael Ewers, Heidi Oschmiansky, Marco Krüger, Yvonne Lehmann, Sanne Lessinnes, Marianne Schüsseler, Anne Thiele, Tim Walter, Katharina Wezel

Die häusliche (Langzeit-)Pflege ist ein zentrales Angebot der Gesundheits- und Sozialversorgung für eine große und durch den demografischen Wandel stetig wachsende Zahl an Menschen. Von den mehr als 4,1 Millionen Menschen, die im Jahre 2019 in Deutschland als pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) erfasst waren, lebten 3,3 Millionen Menschen zu Hause (Destatis 2020: 19). Frühere Krisen und Katastrophen haben gezeigt, dass die Strukturen des Katastrophenschutzes nur bedingt auf den Umgang mit (dieser großen Zahl an) pflege- und hilfsbedürftigen Menschen eingestellt sind (Deutsches Rotes Kreuz 2018a). Aufgrund dieser Erfahrungen wurde ein Prozess initiiert, der auf die stärkere Berücksichtigung von Menschen mit Langzeitpflegebedarf im Handeln von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) abzielt (Krüger/Max 2019; Deutsches Rotes Kreuz 2018a, 2018b).

So groß die Zahl häuslich gepflegter Menschen ist, so unterschiedlich sind ihre Pflegebedarfe und ihre jeweiligen Betreuungsarrangements. Während viele Personen von ihren An- und Zugehörigen gepflegt werden, erfahren formelle Dienstleistungsangebote durch ambulante Pflegedienste eine zunehmende Verbreitung. Sie nehmen einen immer größeren Stellenwert in der Langzeitversorgung ein. Im Jahre 2019 wurden insgesamt 982.604 Personen – und damit über 150.000 Menschen mehr als noch im Jahre 2017 – entweder ausschließlich oder unter Beteiligung eines ambulanten Pflegedienstes zu Hause versorgt (Destatis 2018: 18, 2020: 19). Der Alltag der Pflegedienste ist dabei von enger Taktung und vollen Tagesplänen bestimmt. Häufig wird nur wenig Spielraum gesehen, um über Störungen des ohnehin angespannten Alltags, geschweige denn über ausgewachsene Katastrophenlagen, nachzudenken.

Während also die Akteur*innen des Katastrophenschutzes gerade erst beginnen, sich mit den Bedarfen pflegebedürftiger Menschen auseinanderzusetzen, beschränken sich die Aktivitäten der meisten Pflegedienste auf die Bewältigung des Alltags unter den ihnen zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen. Das Forschungsprojekt *Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (AUPIK)* setzt an dieser Problemstellung an. Es zielt auf die Stärkung der Widerstands- und Anpassungsfähigkeit (Resilienz) der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophen ab. Es sollen Wege erarbeitet werden, um eine Unterversorgung häuslich versorgter Pflegebedürftiger und aufgrund ihrer Lebenssituation vulnerabler Menschen in Krisen und Katastrophenlagen zu vermeiden.

Das vorliegende Working Paper dokumentiert den ersten Schritt des Forschungsverbunds auf diesem Weg. Es trägt übersichtsartig die aktuellen Forschungsstände und Fachdiskurse im Katastrophenschutz, in den Sicherheitsstudien und der Pflegewissenschaft zusammen, diskutiert Vorannahmen und identifiziert Leerstellen sowie mögliche Schnittstellenprobleme zwischen Katastrophenschutz und Pflegeinfrastruktur. Das Working Paper ist das Ergebnis eines transdisziplinären Forschungsprozesses; es richtet sich gleichermaßen an Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen. In diesem Sinne soll es den Dialog zwischen den Akteur*innen in den Sicherheits- und Pflegestrukturen verstärken. Hierzu umreißt das nachfolgende Kapitel zunächst die Rolle von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Versorgung von Personen mit Pflegebedarf, wobei auch Herausforderungen thematisiert werden, mit denen ambulante Pflegedienste bei der Bewältigung von Schadensereignissen konfrontiert sind. Während dieses Kapitel die Bewältigung von Krisen und Katastrophen aus der pflegerischen Perspektive heraus betrachtet, befasst sich das dritte Kapitel mit dem aktuellen Stand des Fachdiskurses zum Umgang mit pflegebedürftigen Menschen sowie zur Unterstützung der ambulanten Pflegeinfrastruktur im Katastrophenschutz. Hierzu stützt sich das Kapitel auf bestehende Praxisbeispiele und Erfahrungen aus dem Bereich des Katastrophenschutzes. Anschließend nimmt das vierte Kapitel den Katastrophenschutzdiskurs in der häuslichen pflegerischen Versorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht in den Blick, wobei sowohl (Patienten-)Sicherheitsaspekte als auch die Rolle und Aufgaben von Pflegenden im Katastrophenmanagement, einschließlich der Katastrophenvorsorge (Disaster Nursing), betrachtet werden. Schließlich fragt das fünfte Kapitel nach der Bedeutung von Pflegediensten aus einer

infrastrukturellen Perspektive. Das Kapitel stellt Ansätze zum Schutz kritischer Infrastrukturen vor und befasst sich mit der Frage nach den Annahmen und Zielsetzungen, aufgrund welcher bestimmte Infrastrukturen als kritisch betrachtet werden.

Die zusammengetragenen Erkenntnisse werden anschließend miteinander in Bezug gesetzt. So soll aus dem Nebeneinander der Perspektiven ein Dialog initiiert werden, der die weiteren Forschungsarbeiten im Verbundprojekt AUPIK prägt. Dies erscheint aus zwei Gründen angezeigt: einerseits im Kleinen als theoretische Vorarbeit und Grundlage für die empirischen Arbeiten im Forschungsverbund AUPIK; andererseits, um im größeren Kontext die in den jeweiligen Perspektiven herrschenden Vorannahmen sichtbar zu machen, zu hinterfragen und zu diskutieren. Dies ist schließlich ein erster Schritt, um die häusliche Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf auch in Krisen und Katastrophenfällen zu verbessern.

2. Häusliche und gemeindebasierte Pflege in Krisen und Katastrophen

Yvonne Lehmann und Michael Ewers

In diesem Abschnitt werden der Fachdiskurs zur häuslichen und gemeindebasierten Pflege und die in Krisen- und Katastrophenlagen aufkommenden Probleme in diesem Versorgungssegment skizziert. Damit dienen die Ausführungen als einer von mehreren Ausgangspunkten zur Identifikation von Annahmen, Widersprüchen, Leerstellen und Forschungsdesideraten im Kontext des AUPIK-Projekts.

2.1 Ambulante Pflegedienste als Akteure

In vielen Ländern werden pflegebedürftige Personen aller Altersgruppen mit unterschiedlichen Gesundheitsproblemen und Bedarfslagen in häuslichen und gemeindebasierten Arrangements betreut; so auch in Deutschland. Hier traf dies Ende 2019 auf rund vier von fünf (80 % bzw. 3,3 Millionen) Personen zu, die als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft wurden (Destatis 2020a). Ihre Versorgung erfolgt oftmals in einem Arrangement aus informeller Hilfe durch An- und Zugehörige und formeller Hilfe durch professionelle Dienstleister. Dabei spielen ambulante Pflegedienste eine zentrale Rolle. Sie unterstützten Ende 2019 rund 980.000 (30 %) der häuslich versorgten Pflegebedürftigen (Destatis 2020a). Dabei ist in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Die Zahl der Menschen, die durch ambulante Pflegedienste betreut werden, wird auch perspektivisch weiter steigen. Gründe hierfür sind zum einen in den veränderten Altersstrukturen und einer deutlichen Zunahme alter und hochaltriger Menschen, zum anderen in dem weiteren Bedeutungszuwachs chronischer Krankheiten und von Multimorbidität zu suchen. Zu berücksichtigen sind aber auch Werteverstärkungen und soziale Entwicklungen, wie etwa die Veränderung von Familienstrukturen sowie die sogenannte Ambulantisierung, d. h. die zunehmende Auslagerung von Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor – oftmals bedingt durch wissenschaftliche, technische und auch ökonomische Entwicklungen (Schaeffer/Ewers 2001). Dies führt dazu, dass neben klassischen Angeboten der sozialen und pflegerischen Langzeitversorgung zunehmend auch anspruchsvolle Leistungen der Gesundheitsversorgung – darunter z. B. komplexe Medikationen (einschließlich Infusionen), Beatmung und Dialyse – in der Häuslichkeit erbracht werden (Schaeffer/Ewers 2001; Ewers/Lehmann 2018). Auch hierfür werden ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden benötigt.

Im Sinne der deutschen Sozialgesetzgebung (insb. SGB XI) besteht die Aufgabe *ambulanter Pflegedienste* und ihrer Mitarbeitenden vorrangig darin, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Langzeitversorgung zu Hause zu unterstützen sowie Hilfe im Alltag zu bieten, damit nahe Angehörige z. B. Beruf und Pflege sowie Betreuung organisieren können (familienergänzendes Modell). Hierfür erstreckt sich das Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste über verschiedene Bereiche, v. a.:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen wie Körperhygiene, Ernährung und Förderung der Bewegungsfähigkeit;
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, wie Hilfen bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte;
- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie beispielsweise Medikamentengaben, Verbandswechsel, Versorgung von Sonden;
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen;
- Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie
- Hilfen bei der Haushaltsführung, wie Mahlzeitenzubereitung oder Reinigen der Wohnung (BMG 2019).

Dieses Kernangebot ambulanter Pflegedienste hat sich aber – entlang von veränderten Bedarfsprofilen und aufgrund unterschiedlicher Anreizstrukturen – in den letzten Jahrzehnten zunehmend ausdifferenziert. Häufig finden sich inzwischen auf einzelne Patientengruppen oder Bedarfslagen ausgerichtete spezialisierte Dienstleistungsangebote und ambulante Spezialpflegedienste, wie z. B. für häusliche Intensivpflege (oft auch als außerklinische Beatmungspflege bezeichnet), Kinder(intensiv)pflege, ambulante psychiatrische Pflege (APPV), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie die Versorgung in Wohngemeinschaften etwa für Menschen mit Demenz oder mit Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien (z. B. Beatmung). Durch veränderte Vergütungsmodelle und andere Anreizsysteme werden zudem immer neue Angebote und Organisationsformen in diesem Versorgungsbereich etabliert. Während sich der Großteil davon an marktwirtschaftlichen Dienstleistungsmodellen orientiert, wird vereinzelt auch versucht, soziale und lokale Gemeinschaften stärker in die Verantwortung zu nehmen (insbesondere für die Langzeitversorgung vorwiegend älterer Menschen) und eine sozialräumliche Verschränkung formeller und informeller Hilfeangebote herbeizuführen (Klie 2018).

Dies deutet auf Entwicklungen hin, die international unter der Überschrift *Home & Community Care* oder auch *Community Health Care* intensiver diskutiert werden. Gesundheitliche und soziale Versorgungsleistungen sollen vorrangig dort erbracht werden, wo die Menschen leben, nämlich in der Häuslichkeit und Gemeinde. Dafür sollen Angebote der primären Gesundheitsversorgung (Primary Care) und der pflegerischen Langzeitversorgung (*Long-Term Care*) mit sozialen Betreuungsangeboten kombiniert und im Sinne der Gemeindeggesundheitspflege (*Community Health Nursing*) sozialräumlich ausgerichtet werden (ICN 2014). Die Bedeutung (kostenintensiver) akutstationärer oder anderer institutioneller Formen der Gesundheits- und Sozialversorgung werden dagegen zurückgefahren und auf wenige zentrale Angebote beschränkt. Die im Kontext der *Home & Community Care* tätigen Pflegefachpersonen¹ zielen mit ihren Aktivitäten nicht allein auf Einzelpersonen, sondern auch auf deren Familien, d. h. sie erbringen nicht nur unmittelbar personenbezogene (abrechenbare) Dienstleistungen. Darüber hinaus sind sie koordinierend und integrierend tätig und bündeln unterschiedlichste Gesundheits- und Sozialdienste in der Gemeinde (ebd.). Ziel ist es, die gesundheitliche und soziale Situation des Einzelnen sowie von sozialen Gemeinschaften als Ganzes zu verbessern, vorausschauend zu arbeiten, und stabilisierend auf soziale und gesundheitliche Hilfeleistungen einzuwirken (ICN 2014; DBfK 2019).

Solche meist in öffentlicher Verantwortung entwickelten sozialräumlichen Modelle und Strukturen für eine häusliche und gemeindebasierte Gesundheits- und Sozialversorgung für unterschiedliche Nutzergruppen mit heterogenen Bedarfslagen erweisen sich womöglich als resilient(er), d. h. widerstandsfähig(er) gegenüber Krisen und Katastrophen, als die hierzulande verbreitete, an marktwirtschaftlichen Dienstleistungsvorstellungen orientierte und in ihrer Reichweite begrenzte ambulante Pflegeinfrastruktur. Hinreichend erforscht ist das bislang jedoch nicht. So werden von dem AUIK-Projekt unter Rückgriff auf internationale Erfahrungen u. a. auch weiterführende Erkenntnisse in dieser Hinsicht erwartet.

1 Mit „Pflegefachpersonen“ sind selbstständig und eigenverantwortlich handelnde Angehörige der Profession „Pflege“ gemeint, die eine mind. 3-jährige staatlich anerkannte Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben. Dazu gehören in Deutschland (Kinder-)Krankenschwestern und -pfleger, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger*innen, Altenpflege*innen sowie die seit 2020 ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männer.

2.2 Ambulante Pflegedienste in Krisen und Katastrophen

In Krisen und Katastrophen sind auf regelmäßige pflegerische Versorgung und medizinische Betreuung in ihrem persönlichen Lebensumfeld angewiesene Menschen besonderen Risiken ausgesetzt. Die Gewährleistung ihrer Versorgung stellt Pflege- und Rettungsdienste sowie Katastrophenschutzorganisationen vor erhebliche Herausforderungen (Blättner et al. 2013). Dies lässt sich insbesondere durch die dezentrale, kleinteilige und zersplitterte Anbieterstruktur in der ambulanten Pflege und der damit einhergehenden Unübersichtlichkeit dieses Versorgungsbereichs erklären.

Zum Jahresende 2019 waren in Deutschland rund 14.700 Pflegedienste tätig, die im Schnitt 67 Pflegebedürftige betreuten (Destatis 2020b). Bei den überwiegend privat getragenen Diensten (66,5 %) handelt es sich zumeist um Klein- und Kleinstbetriebe. Deren Prozesse und Leistungen sind dabei einerseits sozialrechtlich stark reglementiert, andererseits ökonomischen Notwendigkeiten unterworfen (Büscher/Krebs 2018). Die Strukturen der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung – wie die der Gesundheitsversorgung allgemein – sind zudem für einen beinahe reibungslos funktionierenden Alltag konzipiert. Für die Bewältigung erheblicher Alltagsstörungen sind in den eng getakteten, auf Effizienz ausgerichteten Strukturen und Prozessen kaum Reserven an Zeit und personellen Kapazitäten vorhanden. Länger anhaltende und schwerwiegende Alltagsstörungen bereiten den Pflegediensten aufgrund des Ressourcenmangels folglich erhebliche Schwierigkeiten (Blättner et al. 2013). Dabei könnten sich eine Reihe von Strukturmerkmalen der Dienste als zusätzlich erschwerend erweisen, z. B. der geringe Anteil von lediglich 28 % Vollzeitbeschäftigten und der hohe Frauenanteil von über 86 %. Hinzu kommt, dass nur (noch) rund 43 % der Mitarbeitenden Pflegefachpersonen (Altenpflegende, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegende) sind; mehr als die Hälfte sind anders und meist geringer (vielfach auf Helfer- oder Assistenzniveau) qualifiziert (Destatis 2020b). Darüber hinaus wird die ambulante Pflege heute als dynamischer Wachstumsmarkt und Wettbewerbsbranche charakterisiert (Szepan 2018; Kämmer/Link 2019). Sie gilt als von Konkurrenz und Verdrängung geprägt (Kämmer/Link 2019), was eine Kooperation von Pflegediensten untereinander sowie mit anderen Akteuren der Gesundheits- und Sozialversorgung in einer Gemeinde oder Region erschwert. Auch fehlt es an Anreizen, übergeordnete, nicht refinanzierbare, auf soziale und lokale Gemeinschaften ausgerichtete Verantwortlichkeiten zu übernehmen. Eben dies könnte sich im Krisen- oder Katastrophenfall aber als notwendig erweisen.

Ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden können je nach Schadensereignis auf unterschiedlichste Weise gefordert sein. In Krisen und Katastrophen (z. B. Extremwetterlagen wie Schneesturm oder Hochwasser, langandauernde Stromausfälle) besteht eine zentrale Herausforderung darin, die große Anzahl der in der Häuslichkeit auf Hilfe und Pflege angewiesenen Personen hinreichend weiter zu versorgen. Möglicherweise können die Pflegedienste ihre Patient*innen nicht mehr alle erreichen, was vor allem für jene mit erheblichen Selbstversorgungseinschränkungen und Bedarf an kaum aufschiebbaren therapeutischen Maßnahmen (z. B. Insulininjektionen) schnell prekär werden kann. Bei einem Ausfall der Stromversorgung können z. B. Heizungen sowie pflegerelevante, womöglich lebenswichtige Hilfsmittel (z. B. Beatmungs- und Absaug- oder Heimdialysegeräte) nicht mehr genutzt werden. Hinzu kommt, dass die Kraftstoffversorgung ausfallen und die telefonische Erreichbarkeit sowohl von Mitarbeitenden, aber auch von Patient*innen und Personen in ihrem persönlichen Umfeld nicht mehr gegeben sein könnte. Im Falle einer Epidemie (Pandemie) könnte der Krankenstand des Personals die pflegerische Versorgung gefährden (Sauer 2020). In solchen Situationen stellt sich u. a. die Frage, welche Personen genau welche Form von Hilfe benötigen und wer ihre (Weiter-) Versorgung unterstützen kann. Zu bedenken ist, dass sich die Betroffenen (insbesondere jene ohne soziales Umfeld) womöglich nicht bemerkbar machen können und ihre Versorgungssituation von BOS nicht erfasst ist (Sauer 2020).

Ambulante Pflegedienste müß(t)en also Vorsorge leisten sowie lokal und regional gut vernetzt sein, um solchen Herausforderungen in Zusammenarbeit mit BOS, Rettungsdiensten sowie Angehörigen und aktiven zivilgesellschaftlichen Akteur*innen zu meistern. Dies scheint derzeit kaum gegeben. Insofern besteht Forschungs- und Entwicklungsbedarf, um die Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastruktur – mit besonderem Blick auf die ambulanten Pflegedienste selbst – zu stärken (Oschmiansky/Händlmeyer 2019); ein Desiderat, welches in Deutschland bislang weitgehend unbearbeitet ist und das im AUPIK-Projekt aufgegriffen wird.

3. Zusammenarbeit von Katastrophenschutz und ambulanten Pflegediensten (DRK)

Heidi Oschmiansky, Marianne Schüsseler und Marcel Ditt

Pflegebedürftige Menschen in Krisenereignissen und die für ihre Unterstützung erforderliche Zusammenarbeit von Katastrophenschutzorganisationen mit ambulanten Pflegediensten und ihren Mitarbeitenden haben bis vor wenigen Jahren im Bevölkerungsschutz kaum eine Rolle gespielt. Mit dem von 2015 bis 2018 umgesetzten Forschungsprojekt INVOLVE wurde erstmals der Fachdienst „Betreuungsdienst im Zivil- und Katastrophenschutz“ im Rahmen der zivilen Sicherheitsforschung in den Blick genommen und damit auch Fragestellungen zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen und der Zusammenarbeit von Akteur*innen im Katastrophenschutz und anderen Bereichen. Die Bevölkerungsgruppe der pflege- und hilfebedürftigen Menschen in Krisen und Katastrophen war erstmals in dem von 2016 bis 2019 durchgeführten Forschungsprojekt KOPHIS zentrales und alleiniges Forschungsthema. Im Folgenden wird dargelegt, wie sich der bevölkerungsschutzrelevante Fachdiskurs in jüngerer Zeit verändert hat, welche Erkenntnisse aus Forschungsprojekten vorliegen, welche Erfahrungen Einsatzkräfte in Krisen und Katastrophen diesbezüglich gemacht haben und welche Erkenntnisse und Praxisbeispiele aus der internationalen Rotkreuz-Welt bekannt sind. Dabei werden insbesondere die ambulanten Pflegeinfrastrukturen berücksichtigt sowie Möglichkeiten, diese in Großschadensereignissen oder Katastrophen aufrecht zu erhalten. Die hier angeführten Einblicke dienen als Grundlage für die Identifikation von Schnittstellen zur Unterstützung der Pflegeinfrastrukturen durch die Strukturen des Katastrophenschutzes.

3.1 Fachdiskurs über pflegebedürftige Menschen im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz

Lange Zeit wurde die Bevölkerungsgruppe der pflegebedürftigen Menschen in Konzepten und Diskursen des Katastrophen- bzw. Bevölkerungsschutzes kaum berücksichtigt. Generell stand bei Krisen- und Katastrophenereignissen die medizinische Versorgung von verletzten Menschen durch den Sanitätsdienst im Vordergrund. Menschen, die nicht verletzt, aber auf Hilfe und Betreuung angewiesen sind und bei Schadensereignissen² vom Betreuungsdienst des Katastrophenschutzes versorgt werden, fanden weniger Beachtung. Der Betreuungsdienst galt jedoch in Zeiten des Kalten Krieges als verteidigungsrelevant, und der Bund, der für den Zivilschutz zuständig war (und ist), investierte in Betreuungsdienstseinheiten (Krüger 2018). Dies änderte sich nach dem Ende des Kalten Krieges; vor allem beim Betreuungsdienst wurden in den 1990er Jahren Strukturen, Material und Kräfte abgebaut (Kirchbach 2018). Die Terroranschläge auf die USA 2001 führten zu einer Zäsur in der deutschen Innen- und Sicherheitspolitik (Abou-Taam 2011) und im Katastrophenschutz gewannen Fragen nach der Betreuung einer größeren Anzahl von Menschen wieder an Bedeutung. Parallel wurde in den 2000er Jahren der soziale und demografische Wandel bei Einsatzlagen immer sichtbarer mit Blick auf die steigende Zahl an älteren Menschen, die zu Hause gepflegt werden und oft allein leben, also in einem Krisenereignis keine unmittelbare Unterstützung haben. Diese Erkenntnisse haben sich ab 2002 in verschiedenen Dokumenten und Konzepten, wie zum Beispiel der Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung von 2002 (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2010), dem Grünbuch Öffentliche Sicherheit von 2008 (Reichenbach et al. 2008) und der Konzeption für zivile Verteidigung von 2016 (Bundesministerium des Innern 2016), niedergeschlagen. Allerdings werden in diesen Dokumenten Pflegeheime, weitere Senioreneinrichtungen und/oder ältere Menschen oder pflegebedürftige Menschen zwar erwähnt, die bei Krisenereignissen zu berücksichtigen seien, jedoch eher am Rande und ohne nähere Ausführungen. Pflegebedürftige Menschen, die häuslich versorgt werden, finden in diesen Konzepten kaum Beachtung.

Der thematische „Durchbruch“ mit Blick auf pflegebedürftige Menschen als besonders gefährdete Zielgruppe im Bevölkerungsschutz kam mit dem Fachkongress von 2017 der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ), dessen Schwerpunktthema der Betreuungsdienst war (Bundesamt

2 In diesem Abschnitt wird der Begriff „Schadensereignis“ synonym zu dem Begriff „Krisenereignis“ verwendet.

für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2018). In mehreren Vorträgen und Workshops wurde auf die steigende Zahl der häuslich gepflegten Menschen in Schadenslagen hingewiesen, die eine Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten erfordere und besondere Anforderungen an die Qualifikation der Einsatzkräfte aus dem Katastrophenschutz stelle. So führte der damals amtierende Präsident des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz (BBK), Christoph Unger, an, dass mit Blick auf den demografischen Wandel und die Zunahme älterer und pflegebedürftiger Menschen eine Weiterentwicklung des Betreuungsdienstes hin zu einem Fachdienst erforderlich sei, der durch die Vernetzung mit weiteren Akteuren die Bedarfe dieser Zielgruppe stärker berücksichtigt. Hierfür seien unter anderem Ansätze bezüglich der Zusammenarbeit, wie zum Beispiel mit den Pflegediensten der Wohlfahrtsorganisationen, erforderlich (Unger 2018). Auch Hans-Peter von Kirchbach von der Johanniter Unfallhilfe betonte in seinem Vortrag, dass es eines anderen Verständnisses von Betreuung bedürfe und die Fähigkeiten auf die Begleitung und Betreuung besonders schutz- und pflegebedürftiger Personen hin erweitert werden müssen. Hier könne die Forschung, wie z.B. das Projekt KOPHIS, neue Erkenntnisse bringen. Das wiederum verlange eine Zusammenarbeit unter anderem auch mit ambulanten Pflegediensten. Unter dem Stichwort „Vernetzung“ führte von Kirchbach aus, dass sich zum einen die Organisationen innerhalb ihrer eigenen Strukturen vernetzen sollten, und verwies dabei auf die DRK-Strategie „Komplexes Hilfeleistungssystem“, die in diesem Kapitel weiter unten beschrieben wird. Zum anderen sollten sich Organisationen vor Ort vernetzen, unter anderem die Träger von Rettungs-, Betreuungs-, Pflege- und sozialen Diensten, da keine Organisation alleine über die notwendigen Mittel zur Bewältigung von Schadenslagen verfügen würde. Hierfür sollten lokale Unterstützungsnetzwerke geschaffen werden (Kirchbach 2018). Schließlich wurde in einem der insgesamt sieben Workshops des Fachkongresses das Thema „Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsorganisationen“ vertiefend diskutiert. Es wurde von Teilnehmenden des Workshops betont, dass bei erforderlichen Evakuierungen bereits im Vorfeld eine möglichst umfassende Kooperation mit allen Beteiligten aus dem Bereich der Wohlfahrt gewährleistet sein müsste. Denn gerade im Bereich der ambulanten Altenpflege würden kaum verlässliche Zahlen über Prävalenz und Verteilung spezifischer Behandlungsbedarfe (z.B. Heimbeatmungen, Demenzerkrankte) in der Region existieren. Dies würde regelmäßig zu Versorgungsschwierigkeiten bei Evakuierungen führen und umso bedrohlicher werden, je umfassender das Ereignis sei, wie z.B. bei einem größeren Stromausfall. Den Teilnehmenden des Workshops war aber auch bewusst, dass durch die extreme Arbeitsverdichtung kaum noch Redundanzen zur Kompensation bei den ambulanten Diensten sowie zeitliche Kapazitäten vorhanden seien, um sich mit umfassenden Katastrophenplänen auseinander zu setzen. Hier sei den Teilnehmenden des Workshops zufolge die Politik gefordert, die - ähnlich wie bei der Krankenhausplanung - eine analoge Form der Notfallversorgung den ambulanten und stationären Einrichtungen vorschreiben müsse. Nur so würden personelle und materielle Ressourcen von den Kostenträgern refinanziert werden. Ein zusätzlicher Nutzen würde sich ergeben, wenn auch in Einrichtungen der Behinderten- und Altenhilfe für den Notfall geübt werden würde. Denkbar sei auch eine Unterstützung der lokalen Einrichtungen für die Vorbereitung auf Schadensereignisse mit Notfallplänen durch die Hilfsorganisationen (Strate 2018).

Auch das im Jahr 2020 veröffentlichte Grünbuch „Öffentliche Sicherheit“ des Zukunftsforums Öffentliche Sicherheit e.V. – einer fraktionsübergreifenden Initiative von Abgeordneten des Deutschen Bundestages – befasst sich mit den Themen „Pflege“ und „Vernetzung“ (Zukunftsforum öffentliche Sicherheit e.V. 2020). In dem Grünbuch wird angeführt, dass das Gesundheitswesen den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz nur unzureichend berücksichtigt. Damit das Gesundheitswesen bei einem Ereignis wie der Corona-Pandemie nicht kollabiert, wird ein effektives Zusammenwirken aller im Gesundheitswesen und in der Gefahrenabwehr beteiligten Akteure gefordert. Hier werden auch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen mit aufgezählt, und es wird eine Maßnahmenplanung, die koordiniert umzusetzen, fortzuschreiben und in regelmäßigen gemeinsamen Übungen zu trainieren sei, als zwingend erforderlich angeführt. An anderer Stelle wird jedoch betont, dass (nur) stationäre Pflegeeinrichtungen einzubeziehen seien, wenn eine Verlagerung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser begrenzt werden soll. Die Einbeziehung der ambulanten Pflegedienste wird hier ebenso wenig angeführt wie die Aufrechterhaltung der ambulanten pflegerischen Versorgung als möglicher Lösungsansatz. Mit Blick auf eine Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen und der Gefahrenabwehr werden mehrere Schnittstellenprobleme im Grünbuch benannt: Es wird erstens angeführt, dass „fachlich und regulatorisch unterschiedliche Welten“ bei einer Zusammenarbeit

von Akteur*innen aus den zwei Bereichen „Gesundheitswesen“ und „Gefahrenabwehr“ aufeinanderstoßen würden, die auf ihre Eigenständigkeit bedacht seien. Zweitens wird angeführt, dass die etablierten Maßnahmenplanungen, Führungsorganisationen und Handlungsabläufe sich im Bereich der Gefahrenabwehr auf die Bewältigung klassischer Großschadensereignisse bezögen und auf ein Gesundheitswesen träfen, dessen Ressourcen ausschließlich auf die Bewältigung des Alltags ausgerichtet seien. Eine koordinierte Zusammenarbeit finde auf kommunaler Ebene drittens zwischen dem Gesundheitswesen und der Gefahrenabwehr kaum statt, auch weil entsprechende gesetzliche Regelungen fehlten, die die Akteur*innen verpflichteten, Maßnahmenplanungen durchzuführen, fortzuschreiben und zu trainieren sowie deren Finanzierung sicher zu stellen. Daher sei die Etablierung ergänzender gesetzlicher Regelungen erforderlich, die entsprechende Übungen, zum Beispiel auch für private Akteur*innen und Landrät*innen mit den Katastrophenabwehrleitungen, verpflichtend machten. Die Finanzierung der Einrichtungen des Gesundheitswesens über die Abrechnung einzelner Leistungen mit den Krankenkassen orientiere sich nur am Alltag. Darüberhinausgehende Finanzierungsbedarfe unter anderem für entsprechendes Training seien nicht vorgesehen. Daher müsse die Finanzierung neu geregelt werden (Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e.V.: 32-42).

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) wurde im Herbst 2020 vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat beauftragt, konkrete Vorschläge zur Stärkung des Risiko- und Krisenmanagements im Bevölkerungsschutz vorzulegen. Von Seiten des Bundes ist dabei auch die Neuausrichtung des BBK als zentrale Behörde des Bundes im Bevölkerungsschutz eine Bedingung. In dem entsprechenden Konzept zur Neuausrichtung des BBK wird unter anderem die Wiederaufnahme der Ausbildungsförderung von Pflegehilfskräften auf Grundlage des Zivil- und Katastrophenschutzgesetzes (ZSKG), §24, angeführt. Auf Basis dieser rechtlichen Grundlage soll die Ausbildung der Bevölkerung zu Pflegehilfskräften ermöglicht werden, die von den anerkannten Hilfsorganisationen durchgeführt werden soll. Aufbauend auf dieser Ausbildung sowie der ebenfalls im §24 ZSKG angeführten Ausbildung in Erster Hilfe mit Selbstschutzzinhalten soll auf lange Sicht eine darüberhinausgehende breit angelegte Ausbildung der Bevölkerung angestrebt werden, auf Basis derer Personen als Spontanhelfer*innen vielseitig im Bevölkerungsschutz eingesetzt werden könnten (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat; Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2021). Von der Präsidentin des Deutschen Roten Kreuzes, Gerda Hasselfeldt, wurde begrüßt, dass das BBK den Vorschlag des DRK zur Ausbildung der Bevölkerung zu Pflegeunterstützungskräften auf Basis des ZSKGs aufgreifen will. Aus Sicht des DRK könnten die freiwilligen Pflege-Basiskurse, für die das DRK einen Vorschlag erarbeitet, einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Familien oder Pflegediensten in Krisen wie einer Pandemie leisten. Das Ziel könnte die Ausbildung von einem Prozent der Bevölkerung sein (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2021).

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als größte Hilfsgesellschaft, Akteur des Nationalen Krisenmanagements und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege am bevölkerungsschutzrelevanten Diskurs beteiligt und hat mit seiner verbandsweiten Dach-Strategie zum „Komplexen Hilfeleistungssystem“ schon früh Impulse im bevölkerungsschutzrelevanten Diskurs gesetzt (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2018a). In dem im Jahre 2006 herausgegebenen und im Jahr 2018 überarbeiteten Strategiekonzept wurde der Bedarf an und das Potenzial einer strukturierten Zusammenarbeit aller im Roten Kreuz Tätigen beschrieben. Als Kernkompetenz des DRK im Alltag kann die gesundheitliche und soziale Versorgung und Betreuung im weitesten Sinne angeführt werden. Hierzu gehören der Rettungsdienst, der Sanitäts- und Betreuungsdienst, die Berg- und Wasserrettung, die ambulante und stationäre Krankenversorgung, die ambulante und stationäre Pflegeversorgung sowie andere Aufgaben der Gesundheitsversorgung. Die Zielstellung der Strategie „Komplexes Hilfeleistungssystem“ besteht darin, die unterschiedlichen Dienste, Einrichtungen und Angebote fachübergreifend miteinander zu vernetzen, sodass sie bei Katastrophen ein flexibles und vernetztes Hilfeleistungssystem unter einheitlicher Führungssystematik bilden. Zudem soll der Zivil- und Katastrophenschutz in den alltäglich wahrgenommenen Aufgabenfeldern berücksichtigt werden. Neben der verbandsinternen Vernetzung fordert die Dach-Strategie „Komplexes Hilfeleistungssystem“ auch eine engere Zusammenarbeit mit dem Bund und den Ländern im Bereich des Bevölkerungsschutzes, aber auch mit anderen Organisationen, wie zum Beispiel der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege.

Auch das Grünbuch „Der DRK-Betreuungsdienst der Zukunft“ (Deutsches Rotes Kreuz e.V. Bundesleitung der Bereitschaften 2018) behandelt u.a. das Thema von Pflegebedürftigen in Krisen und Katastrophen. Das Grünbuch wurde 2018 von der Bundesleitung der Bereitschaften vom Deutschen Roten Kreuz, also dem Sanitäts- und dem Betreuungsdienst sowie der Rettungshundearbeit, herausgegeben. Im Grünbuch werden Erkenntnisse aus vergangenen Praxiserfahrungen, dem Pilotprojekt Betreuungsdienst und Forschungsprojekten aus der Sicherheitsforschung für die Praxis aufbereitet. Es wird postuliert, dass das Klientel des Betreuungsdienstes einerseits um die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen in Schadenslagen erweitert werden sollte. Zur Aufrechterhaltung der Hilfeleistungssysteme wird mit Blick auf den Gesundheits- und Sozialsektor und die Pflege angeführt, dass dort zukünftig der Betreuungsdienst unterstützend „andocken“ können soll. Dies stellt keinen Anspruch an einen Ersatz jener Strukturen dar, sondern meint die Unterstützung bestehender Hilfsnetzwerke. Diese Möglichkeit entspricht einer Aufrechterhaltung von Hilfeleistungssystemen, die im Fokus von AUIPK stehen. Auch wird auf die wachsende Ambulantisierung im Gesundheitssektor als Herausforderung für den Betreuungsdienst hingewiesen. Sollte die Aufrechterhaltung nicht möglich sein, wird ebenfalls angeführt, dass der Betreuungsdienst in der Lage sein sollte, unabhängig vom Sanitätsdienst das ärztlich-medizinische Versorgungssystem in einer Schadenslage unterstützen zu können, indem auch eine ärztlich-medizinische Grundversorgung am Betreuungsplatz übernommen wird. Hierfür sind zusätzliche personelle und materielle Ressourcen sowie andere Einsatzkonzepte und Strukturen erforderlich. Diese sollten das veränderte Rollenverständnis des Betreuungsdienstes als Mittler*in und Organisator*in der Hilfe zur Selbsthilfe denn als reiner Versorger widerspiegeln. Beispielsweise müsste die Ausbildung modularisiert werden und der Betreuungsdienst müsste auf die Übernahme von Aufgaben der Gesundheitsversorgung vorbereitet werden.

In der DRK-Strategie zum Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz aus dem Jahr 2019 werden die Ausführungen zur Vernetzung des DRK mit Organisationen aus dem Gesundheitsbereich gefordert (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2019). So soll dieser Strategie zur Folge eine Vernetzung mit den regional gebildeten oder sich noch bildenden Versorgungsnetzen im Gesundheitswesen und deren Strukturen angestrebt werden, um Unterstützungsbedarfe sowie Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu ermitteln, zu planen und zu üben. Dafür sollen alle Möglichkeiten genutzt werden, sich an Gremien zu beteiligen, wie beispielsweise dem Gemeinsamen Landesgremium zu Sozialgesetzbuch V. Für die Vernetzungstätigkeiten soll jeder Landesverband eine geeignete Arbeitsstruktur oder einen Steuerkreis bilden.

3.2 Erkenntnisse aus Forschungsprojekten

In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt INVOLVE (Initiate Volunteerism to counter Vulnerability) ging es um die Frage, wie soziale Vulnerabilität durch freiwilliges Engagement verringert werden kann (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2017). Mit Blick auf AUIPK lassen sich zwei wichtige Erkenntnisse und Ergebnisse aus INVOLVE festhalten: Zum einen haben Diskussionen auf den Regionalkonferenzen und der Fachberatertagung verdeutlicht, dass Katastrophenschützer*innen – sowohl Einsatzkräfte als auch Leitungskräfte – Einsatzerfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigen in Krisensituationen gemacht haben und im Umgang mit dieser Betroffenengruppen daher Kompetenzen, wie pflegerische Grundkenntnisse, und die Vorhaltung entsprechenden Materials, als sinnvoll und notwendig erachten. Zum anderen wurde in INVOLVE die hohe Bedeutung einer engen Zusammenarbeit des Katastrophenschutzes auch mit Akteur*innen des Gesundheitswesens deutlich. Dies wurde von den am Forschungsprozess beteiligten Akteur*innen aus der Praxis – Einsatz- wie Leitungskräften – angeführt.

In dem vom BMBF zwischen 2016 und 2019 geförderten Forschungsprojekt KOPHIS (Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken) wurden Lösungsansätze zur Stärkung der Resilienz im Krisenfall dieser besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe entwickelt (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2018b,c). Die Stärkung der Resilienz von pflege- und hilfsbedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen sollte in dem Forschungsprojekt zum einen durch die Förderung ihrer Selbst- und der Nachbarschaftshilfe, zum anderen durch eine Vernetzung der relevanten Akteur*innen in der Modellregion aus den Bereichen Katastrophenschutz, Pflege und Zivilgesellschaft, wie Nachbarschaftsinitiativen, Kirchengemeinden, Seniorenvereine etc.

gefördert werden. Dabei wurde im Projekt ein partizipativer Ansatz gewählt, der die Zielgruppe durchgängig bei der Umsetzung des Projektes einbezog und eine adressatengerechtere Erarbeitung von Hilfsmaterial für die Selbst- und Nachbarschaftshilfe ermöglichte. Die Vernetzung der Akteur*innen vor Ort wurde im Rahmen von mehreren Runden Tischen gefördert. Zu diesen wurden die Akteur*innen der Bereiche Katastrophenschutz, Pflege und Zivilgesellschaft eingeladen, es wurden mit ihnen die Herausforderungen der Krisenbewältigung für die Zielgruppe diskutiert, gemeinsam potentielle Lösungsansätze entwickelt und die Etablierung eines dauerhaften Unterstützungsnetzwerkes über das Projektende hinaus angeregt. Im Austausch mit Vertreter*innen aus dem Katastrophenschutz, der Pflege und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen im Rahmen von KOPHIS wurde deutlich, dass der Pflegebereich nicht ausreichend auf Katastrophen vorbereitet ist, im Krisenfall nur begrenzt zu Hause versorgte Pflegebedürftige betreuen kann und, dass es an einer systematischen, strukturierten Zusammenarbeit zwischen Katastrophenschutz und Pflege mangelt (Würth/Knopp 2019). Auf Basis von Erkenntnissen aus dem Projekt INVOLVE, aus der Quartiers- und Sozialraumdebatte der Altersforschung (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2020c: 15f.) sowie aus den in KOPHIS gewonnenen praktischen Vernetzungserfahrungen wurde der Begriff des sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes entwickelt. Dieser Begriff umfasst zum einen die Analyse der vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Krisenbewältigung vor Ort sowie die Erhebung der konkreten lokalen Bedarfe, z.B. der Betroffenen. Zum anderen zielt der Begriff auf eine engere Zusammenarbeit von Alltags- und Katastrophenschutzstrukturen sowie auf eine Stärkung des sozialen Zusammenhalts (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2019c: 28). Eine Kontaktaufnahme und Vernetzung der möglichen Beteiligten ist hierfür die Vorbedingung. Eine zentrale Erkenntnis aus KOPHIS war, dass es essenziell für eine Vernetzungsstrategie und die Etablierung eines entsprechenden Netzwerkes vor Ort ist, die Kommunalebene als wichtigsten Akteur im Katastrophenschutz für das Anliegen zu gewinnen. Zudem konnten in KOPHIS weitere Erkenntnisse über pflegebedürftige Menschen in möglichen Katastrophensituationen generiert werden. So ergaben die qualitativen und quantitativen Erhebungen, dass es bei der heterogenen Gruppe der pflegebedürftigen Menschen eine große Spannweite mit Blick auf ihre Bedarfe in einer Krise oder Katastrophe ebenso gibt wie hinsichtlich ihrer Bewältigungspotentiale und möglich erscheinenden Bewältigungsstrategien (Schulze et al. 2019). Für den Katastrophenschutz ergeben sich aufgrund der oft erhöhten Vulnerabilität dieser Zielgruppe besondere Herausforderungen hinsichtlich der Kommunikation, den Versorgungsbedürfnissen und der Lokalisierung möglicher Betroffener, wenn sie häuslich versorgt werden (Oschmiansky/Händlmeyer 2019: 161f.)

Das von 2017 bis 2020 durchgeführte und vom BMBF geförderte Forschungsprojekt ResOrt (Resilienz durch sozialen Zusammenhalt – die Rolle von Organisationen) befasste sich mit der Rolle des sozialen Zusammenhaltes bei der Bewältigung von Krisen und Umbrüchen (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2020a,b). In dem Projekt wurde, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der vorangegangenen Projekte der DRK-Forschung, der Ansatz des sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes weiterentwickelt. Hierbei wurde u.a. auf das Konzept der „community resilience“ zurückgegriffen, das in der internationalen Arbeit der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung für die Bewältigung von Krisen von zentraler Bedeutung ist. Mit dem Begriff der „community resilience“ ist die Fähigkeit einer lokalen Gemeinschaft gemeint, sich auf Krisen und Katastrophen vorzubereiten, ihre Folgen zu bewältigen und sich schnell von ihnen zu erholen. Dabei wird das Prinzip der Partizipation besonders betont. Dieser Ansatz wurde in ResOrt für die Weiterentwicklung des Begriffs des sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes nutzbar gemacht: Konkrete Maßnahmen mit Blick auf die Bewältigung von Krisen und Katastrophen sollten entsprechend nicht allein für bzw. mit bestimmten Zielgruppen umgesetzt werden, sondern es sollte zum Nutzen aller der gesamte Sozialraum einbezogen werden.

Für die AUIK-Fragestellung nach einer engeren Zusammenarbeit von Katastrophenschutz- und Pflegebereich zur Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen ist das in ResOrt entwickelte Pilotkonzept „Resiliente Nachbarschaft“ besonders interessant. Das Konzept umfasst Handlungsanleitungen bestehend aus sieben Schritten, mit mehreren Workshops für die Vernetzung von lokalen Behörden, anderen Organisationen des Katastrophenschutzes, der Wohlfahrt, der Sozialen Arbeit und der nachbarschaftlich verankerten Zivilgesellschaft.³

3 Neben der schriftlichen Fassung der Handlungsanleitung, die auch ergänzendes Material beinhaltet, umfasst das Vernetzungskonzept auch Videos („Resiliente Nachbarschaften“) in einer Kurz- und einer Langfassung, mit und ohne Untertitel (www.drk.de/forschung/fuer-die-praxis/videos/, Aufruf am 10.6.21)

3.3 Einsatzerfahrungen in Deutschland

Im Folgenden werden die praktischen Einsatzerfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigen in Krisen und Großschadensereignissen in Deutschland beschrieben. Dadurch lassen sich Herausforderungen im Umgang mit Pflegebedürftigen in vergangenen Einsätzen illustrieren und erste interessante Erkenntnisse im Hinblick auf zu entwickelnde Lösungsansätze ableiten.

3.3.1 Bombenevakuierung Frankfurt 2017: Betreuung von Pflegebedürftigen in Notsituationen

In Frankfurt am Main kam es aufgrund eines Bombenfundes aus dem Zweiten Weltkrieg am 3. September 2017 zu den größten Evakuierungsmaßnahmen in der Geschichte der Bundesrepublik. Die 1,8 Tonnen schwere Weltkriegsbombe wurde zuvor bei Bauarbeiten im Zentrum von Frankfurt gefunden, woraufhin die Evakuierung von über 60.000 Personen aus dem betroffenen Gebiet veranlasst wurde. Ebenfalls betroffen waren zwei Krankenhäuser, zehn Alten- und Pflegeheime, das Polizeipräsidium sowie der Hessische Rundfunk (Süddeutsche Zeitung 2017). Um die großflächigen Evakuierungsmaßnahmen durchzuführen, waren über 1.100 Einsatzkräfte von Polizei, Feuerwehr und verschiedenen Hilfsorganisationen zusammen im Einsatz. Aus den zwei betroffenen Krankenhäusern wurden mehrere hundert Betten bereits am Tag zuvor geräumt und die Patient*innen auf die umliegenden Krankenhäuser verteilt. Besonders betroffen von den Evakuierungsmaßnahmen waren die über 6.000 pflegebedürftigen Menschen aus dem Gebiet, die auf Hilfe bei der Evakuierung und zum Teil bei der Versorgung angewiesen waren. Die Stadt Frankfurt stellte als Notunterkünfte die Jahrhunderthalle, eine Konzert- und Kongresshalle und die ehemalige Ballsporthalle bereit. Insgesamt hatten die Hallen eine Kapazität für bis zu 6.500 Menschen, wobei sich dort bis zum Vormittag am Tag der Evakuierung nur etwa 300 Personen eingefunden hatten (Jordans 2017). In der Halle gab es neben Feldbetten auch ein Verpflegungsangebot für den Tag.

Trotz des für die Evakuierung idealen Wetters und der Vorlaufzeit für Planungen, stellte die Evakuierung für die Einsatzkräfte mit Blick auf pflegebedürftige und mobilitätseingeschränkte Menschen eine enorme Herausforderung dar. Sie wurden über einen Zeitraum von ca. 13 Stunden betreut. Der DRK-Bezirksverband Frankfurt am Main betonte insbesondere die Herausforderung, sich mit dem Pflegepersonal der evakuierten Einrichtungen abzustimmen. Allein in der Jahrhunderthalle waren nach Angaben eines DRK-Experten die Bewohner*innen von fünf Altenheimen sowie eine größere Anzahl an zu Hause gepflegten, evakuierten Menschen untergebracht. Insgesamt waren es knapp 500 Menschen. Zu der Gruppe häuslich gepflegter Menschen gehörten auch fünf bis sechs Heimbeatmete, die mit ihren Pflegebetten von der Feuerwehr evakuiert worden waren und in der Halle von einem Arzt betreut wurden. Zu ihnen gehörten weiterhin auch Menschen, die von ausländischen Helfer*innen im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung begleitet wurden, die sonst bei den Pflegebedürftigen wohnen und die häufig wenig Deutsch verstehen. Es wurde auch von Schwerstpflegebedürftigen berichtet, die auf Feldbetten untergebracht, dort versorgt und zum Beispiel mehrfach beim Positionswechsel zur Vermeidung von Druckstellen unterstützt werden mussten. Manche von ihnen wurden von pflegenden Angehörigen begleitet. Auch der zum Teil unregelmäßige Rücktransport der pflegebedürftigen Menschen stellte die Einsatzkräfte vor große Herausforderungen. Denn die Anbieter von Fahrdiensten für behinderte Menschen stellten den Dienst um 23.00 Uhr ein und die Einsatzwagen der Hilfsorganisationen waren nicht für den Transport von Rollstühlen vorgesehen (DRK-Experte 2020).

3.3.2 Schneelage in Bayern 2019: Lokalisierung und Erreichbarkeit häuslich gepflegter Menschen

Im Januar 2019 wurde aufgrund der heftigen Schneefälle im südlichen Oberbayern in fünf Landkreisen der Katastrophenfall ausgerufen. Besonders betroffen von der Schneelage waren pflegebedürftige Menschen, die auf regelmäßige und dauerhafte ambulante pflegerische und/oder medizinische Versorgung in ihrem Haus oder ihrer Wohnung angewiesen waren. Denn verschneite Straßen waren zum Teil unpassierbar und ambulante Pflegedienste und soziale Dienste, wie z. B. Menüservicedienste, hatten erhebliche Schwierigkeiten, diese Menschen zu erreichen, insbesondere, wenn diese in abgeschnittenen Ortschaften oder auf abgelegenen Höfen leben. Mit Blick auf die zurückliegende Schneelage gaben Befragte des DRK aus dem Bereich Katastrophenschutz an, dass es trotz der allgemein positiven Bewertung der Einsätze im Januar 2019 Verbesserungspotenziale und Handlungserfordernisse aus ihrer Sicht gäbe. So sollten unter anderem

die spezifischen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen stärker berücksichtigt und entsprechende Fachkenntnisse im Katastrophenschutz aufgebaut werden. Für Heimbeatmete sollten Evakuierungspläne erarbeitet und Lösungen zur Lokalisierung von Pflegebedürftigen entwickelt werden. Zudem wäre ein besserer Austausch zwischen der ehrenamtlichen Wohlfahrt und Sozialarbeit und dem Katastrophenschutz innerhalb des Roten Kreuzes im Rahmen der Katastrophenvorsorge wichtig (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2020c).

3.3.3 Stromausfall Berlin 2019

Im Stadtteil Berlin-Köpenick war die Stromversorgung am 19. und 20. Februar 2019 infolge einer Kappung von Stromkabeln bei Bauarbeiten für insgesamt 31 Stunden unterbrochen. Betroffen waren rund 30.000 Haushalte bzw. etwa 80.000 Menschen sowie etwa 2.000 Gewerbebetriebe. Ein Vertreter der Feuerwehr wies mit Blick auf die Betroffenheit von zu Hause gepflegten Menschen darauf hin, dass anders als bei Senioreneinrichtungen oder Krankenhäusern die zu Hause gepflegten Menschen in einem Schadensereignis weniger im Fokus stehen und, dass ein noch größeres Schadensereignis in diesem Zusammenhang zu erheblichen Problemen hätte führen können. Beim Stromausfall in Berlin-Köpenick war auch mindestens eine von einem Anbieter organisierte Wohngemeinschaft für Menschen mit Intensivpflegebedarf betroffen. Der Betreiber konnte noch rechtzeitig, bevor das Telefonnetz zusammenbrach, alarmieren und die Einrichtung wurde durch die Feuerwehr geräumt. Die Bewohner*innen wurden in verschiedene Krankenhäuser und in eine andere Einrichtung gebracht.

Es ist nicht bekannt, wie viele Menschen, die auf künstliche Beatmung, auf Heimdialyse oder auf eine andere, von der Stromversorgung abhängige, medizinische Behandlung angewiesen sind und individuell häuslich versorgt werden, vom Stromausfall in Berlin-Köpenick 2019 betroffen waren. Für sie ist ein solcher Stromausfall besonders gefährlich. Denn bei ihnen besteht keine behördliche Meldepflicht und dem Katastrophenschutz liegen daher keine offiziellen Informationen mit Blick auf die Anzahl, den Wohnort und die spezifischen Bedarfe der Betroffenen vor. Eine Lokalisierung der möglichen Betroffenen und damit eine schnelle und gezielte Hilfeleistung durch den Katastrophenschutz ist so nicht möglich. Dagegen konnte die Feuerwehr, die laufend während der Phase II (zwei bis acht Stunden nach dem Stromausfall) vulnerable Personen identifizierte, Patient*innen mit Kunstherzen, die ebenfalls als besonders gefährdet gelten, dank der Hilfe des Deutschen Herzzentrums lokalisieren (ebd.)⁴.

3.4 Erkenntnisse und Praxisbeispiele aus der weltweiten Rotkreuz-Bewegung

Auch international liegen innerhalb der weltweiten Rotkreuz-Bewegung Erkenntnisse zum Thema Vernetzung und pflege- und hilfebedürftige Menschen in Katastrophen vor, die für AUIPK nutzbar sind. Im Folgenden werden relevante Beispiele erläutert.

3.4.1 Britisches Rotes Kreuz: Prioritätenregister

Britische Energieversorgungsunternehmen sind durch die Energieregulierungsbehörde dazu verpflichtet, ein sogenanntes Prioritätenregister zu führen (Priority Service Register). Dies ist eine Liste mit Kund*innen, die aufgrund von spezifischen Vulnerabilitäten eine Abhängigkeit von strombetriebenen medizinischen Geräten haben und aufgrund ihres besonderen Bedarfs priorisiert werden. In der Liste werden Name, Adresse und der Grund der Vulnerabilität aufgeführt. Eine Eintragung in die Liste ist seitens der Verbraucher*innen freiwillig. Wird dies gewünscht, so ist das Unternehmen verpflichtet, sie über das richtige Verhalten im Falle eines Stromausfalls zu informieren. Einige Energieversorger arbeiten zusätzlich mit externen Organisationen zusammen, wie insbesondere auch dem Britischen Roten Kreuz, das Einblick in das Register erhält. So können Einsatzkräfte des Roten Kreuzes registrierte Personen im Falle eines Stromausfalls aufsuchen, um beispielsweise mit Taschenlampen oder heißen Getränken auszuhelfen. Außerdem können sich die Mitarbeitenden vor Ort einen Überblick über Bedarfe und Vulnerabilitäten verschaffen, damit gezielte Hilfeleistungen durch das Rote Kreuz erbracht werden können (Ofgem 2013, 2019; Gas and Electricity Markets Authority 2019).

⁴ Die Feuerwehr bemühte sich, auch Angehörige von vulnerablen Patientengruppen zu ermitteln. Bei vier der Kunstherzpatient*innen konnten Angehörige ermittelt werden, die die Betroffenen im häuslichen Umfeld betreuten. Bei der Identifizierung von vulnerablen Patientengruppen führen Erkunder*innen der Feuerwehr auch Adressen an, wenn die identifizierten Patient*innen nicht telefonisch erreicht werden konnten (Ahrens 2019).

3.4.2 Amerikanisches Rotes Kreuz: Bedarfsorientierte Katastrophenvorsorge

Auch in den USA gibt es die Möglichkeit, ähnlich wie in Großbritannien, sich in ein Register für vulnerable Personen aufnehmen zu lassen, üblicherweise bei der Polizei oder der Feuerwehr. So kann sichergestellt werden, dass vulnerable Personen schnell lokalisiert werden können und sie entsprechende Hilfe bekommen. Sollte eine Person besondere Bedarfe hinsichtlich der Stromversorgung haben (z.B. aufgrund von Medizintechnik) gibt es ebenfalls die Möglichkeit, sich beim Stromanbieter registrieren zu lassen. Es erfolgt jedoch keine systematische Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und dem Katastrophenschutz. Daher ruft das Rote Kreuz Pflegebedürftige dazu auf, sich zu informieren, ob ihr eigener Pflegedienst auch Dienste für Notfallsituationen anbietet, wie beispielsweise im Falle einer Evakuierung (American Red Cross/US Department of Homeland Security 2004: 10).

3.4.3 PrepAGE: Resilienzerhöhung bei älteren Menschen in der EU

Im Rahmen des europäischen Forschungsprojektes PrepAGE (Enhancing disaster management preparedness for the older population in the EU = Verbesserung von Katastrophenvorsorge und -management für die ältere Bevölkerung in der EU) erfolgte eine umfassende Literaturanalyse von der Universität Innsbruck, die gemeinsam mit dem Österreichischen, Britischen, Bulgarischen, Kroatischen und Lettischen Roten Kreuz publiziert wurde. In der Analyse wurden auch Menschen, die zu Hause gepflegt werden, als besonders vulnerabel in Katastrophensituationen identifiziert. Ein Lösungsansatz bzw. eine Empfehlung ist, die intersektoralen Partnerschaften zwischen dem Gesundheitsbereich sowie dem Katastrophenschutz zu stärken. Außerdem wird empfohlen, dass Pläne zur Vorbereitung auf Katastrophen in der Zusammenarbeit von diesen beiden Akteur*innen erstellt werden (University of Innsbruck 2014: 91). Es wird ebenfalls eine Registrierung vulnerabler Personen empfohlen, auf die im Katastrophenfall zurückgegriffen werden kann (wie es z. B. in Australien, Großbritannien oder in den USA bereits praktiziert wird). Weiterhin wird empfohlen, dass alle an der Katastrophenbewältigung beteiligten Akteur*innen eine Fortbildung über die Bedürfnisse älterer Menschen absolvieren sollten. Dies betrifft speziell auch Pflegekräfte und Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes sowie Personal, das in Notunterkünften arbeitet (ebd.: 72). Dies könnte einen interessanten Ansatz darstellen, um das Vorgehen der Akteur*innen besser aufeinander abzustimmen und so eine Zusammenarbeit zu erleichtern.

3.4.4 Australisches Rotes Kreuz: Katastrophensicher durch die Zusammenarbeit von sozialen Diensten und Katastrophenschutz

Das Projekt "Disaster Ready" ist ein Projekt, das 2013 vom Australischen Roten Kreuz initiiert wurde, um die Kooperation zwischen sozialen Diensten und Organisationen aus dem Katastrophenschutz zu stärken (Australian Red Cross 2016). Dazu wurden als Referent*innen Organisationen des Katastrophenschutzes, wie die Polizei, das Gesundheitsamt, die Feuerwehr und der Rettungsdienst und teilnehmende Mitarbeitende sozialer Dienste, wie z. B. Kranken- und Altenpflegende sowie Fachkräfte aus Behinderteneinrichtungen, eingeladen. Durch die gegenseitige Präsentation der eigenen Fähigkeiten und Bedarfe anhand zweier konkreter Szenarien (Waldbrand, Überschwemmung), sollten Missverständnisse über die jeweiligen Fähigkeiten der Akteure*innen beseitigt werden. Dadurch sollten die sozialen Dienste für Katastrophenvorsorge sensibilisiert werden. Nach dem Workshop wurde von den sozialen Diensten unter Hilfestellung des Australischen Roten Kreuzes innerhalb von drei Monaten ein Katastrophenschutzplan erstellt. Am Ende der dreimonatigen Bearbeitungszeit wurde zudem eine Umfrage durchgeführt, um festzustellen, welche konkreten Schritte unternommen und welche Fortschritte gemacht wurden. Die Ergebnisse sind nicht öffentlich zugänglich (Richardson 2020). Das Konzept des Workshops demonstriert die Relevanz der Vernetzung und die Kommunikation der Akteur*innen aus dem Katastrophenschutz und der sozialen Dienste, insbesondere auch ambulanter Pflegedienste. Damit liegt der Fokus v.a. auf der Verbesserung des Katastrophen-Managements von Pflegediensten, die bei der Konzeption ihrer Notfallpläne vom Katastrophenschutz unterstützt werden. Inwiefern diese Pläne die Zusammenarbeit mit dem Katastrophenschutz im Vorfeld sowie in einem Einsatz beinhalten, ist nicht bekannt. Im Workshop wurde nicht explizit thematisiert, wie der Katastrophenschutz in Krisen und Katastrophen ambulante Pflegedienste unterstützen könnte, um die Patient*innen solange

wie möglich zu Hause zu pflegen. Ebenso wenig wurde angesprochen, wie ihnen bei einer potenziellen Evakuierung geholfen werden könnte. Dies verdeutlicht noch einmal den bestehenden Forschungsbedarf.

3.4.5 SAMETS-Leitfaden – Notunterkunft für Menschen mit speziellen Bedürfnissen

Auch aufgrund vorliegender Erfahrungen ist absehbar, dass die dezentrale Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ihrer Häuslichkeit nicht in jedem Fall aufrechterhalten werden kann. Ein weiterer Schwerpunkt in AUIPIK ist daher die Konzeption eines Betreuungsplatzes bzw. einer Notunterkunft, in der auch die Bedarfe von Pflegebedürftigen berücksichtigt werden können. Aus diesem Grund wird hier ein Konzept für Notunterkünfte vorgestellt. Das europäische SAMETS-Projekt (social affairs management emergency temporary = Management sozialer Belange im Zusammenhang mit Notunterkünften) liefert wertvolle Anregungen zur Gestaltung einer Notunterkunft für vulnerable Gruppen, u. a. auch für pflegebedürftige Menschen. Der SAMETS-Leitfaden stellt konkrete Anforderungen in allen Bereichen der Notunterkunft vor: Dies sind die Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten (Essen, Waschen etc.), das Vorhandensein von Technologien und Mobilitätshilfen, Kommunikationswege für Menschen mit Sehbehinderung, eingeschränktem Hörvermögen oder verminderten kognitiven Fähigkeiten, spezielle Nahrungsmittel und Medikamente, eine klar gekennzeichnete Infrastruktur und psychosoziale Betreuung. Es wird außerdem betont, dass für die Betreuung und medizinische Versorgung von älteren und/oder körperlich beeinträchtigten Menschen speziell geschultes Personal benötigt wird (ANPAS, ASBÖ, ASB, ASSR, Weisses Kreuz 2016).

Der SAMETS-Leitfaden gibt wichtige Aufschlüsse darüber, wie eine Notunterkunft für ältere und körperlich beeinträchtigte Menschen, die häufig auch zu der Gruppe der Pflegebedürftigen gehören, geplant werden sollte. Es wird jedoch nicht in Betracht gezogen, dass ambulante Pflegedienste auch in der Notunterkunft, in Zusammenarbeit mit dem Katastrophenschutz agieren könnten. Leitlinien dazu sollen in AUIPIK erarbeitet werden.

3.4.6 Zwischenfazit

Pflegebedürftige Menschen, insbesondere wenn sie in ihrer Häuslichkeit betreut werden, wurden lange Zeit im bevölkerungs- bzw. katastrophenschutz-relevanten Diskurs kaum thematisiert. Dabei zeigen Einsatz Erfahrungen in Deutschland bis heute, dass diese Bevölkerungsgruppe oft besonders gefährdet und vulnerabel in Großschadenslagen ist und ihre Versorgung alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellt, nicht zuletzt, weil es an einer geplanten, strukturierten Zusammenarbeit von Katastrophenschutz und Pflegebereich mangelt.

Das Deutsche Rote Kreuz hat mit seiner Strategie „Komplexes Hilfeleistungssystem“ schon im Jahr 2006 den Mehrwert und den Bedarf an einer vernetzten Zusammenarbeit über Bereichsgrenzen des Katastrophenschutzes und der Wohlfahrt und Sozialarbeit hinweg zur Bewältigung von Großschadensereignisse betont. In einem breiteren bevölkerungsschutzrelevanten Diskurs wurde verstärkt jedoch erst in der zweiten Hälfte der 2010er Jahre auch eine strukturierte Zusammenarbeit von Organisationen aus dem Bevölkerungsschutz und dem Gesundheitswesen gefordert, damit unter anderem auch häuslich gepflegte Menschen in Krisen und Katastrophen besser versorgt werden können. Die im Diskurs angeführten Anregungen und Forderungen könnten ambulante Pflegedienste für Krisenereignisse stärken und so gegebenenfalls eine längere Aufrechterhaltung der ambulanten pflegerischen Versorgung in Krisenereignissen fördern. Allerdings müssten dafür auch die angeführten Hindernisse berücksichtigt werden, die eine Zusammenarbeit erschweren, so z.B. die extreme Arbeitsverdichtung im Pflegebereich und fehlende Kapazitäten für eine Auseinandersetzung mit Katastrophenszenarien, der Mangel an gesetzlichen Regelungen für eine Zusammenarbeit sowie die fehlende Finanzierung einer Teilnahme an gemeinsamen Veranstaltungen oder Übungen. Insbesondere die im Grünbuch „Öffentliche Sicherheit“ angeführten Handlungsempfehlungen dürften, wenn sie umgesetzt werden würden, eine strukturiertere Zusammenarbeit des Katastrophenschutzes und des Pflege- und Gesundheitsbereichs wesentlich erleichtern. So wird zum Beispiel im Grünbuch gefordert, dass eine optimierte gesundheitliche Versorgung für alle Menschen als ressortübergreifendes Ziel verankert werden sollte. Dabei wird auf den Mangel an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal hingewiesen, der konsequent anzugehen wäre. Hierfür fordert das Grünbuch eine angemessene Vergütung, bessere Arbeitsbedingungen und

gute Ausbildungsstrukturen (Zukunftsforum öffentliche Sicherheit e.V. 2020: 42). Diese letztgenannten Forderungen sind richtig, jedoch relativ unspezifisch und mit Blick auf den enormen Fachkräftemangel vermutlich nicht ausreichend. Zu fragen wäre außerdem, welche Konsequenzen sich für den Bevölkerungsschutz und die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Krisen und Katastrophen ergeben, wenn diese Forderungen nicht mittelfristig umgesetzt werden.

Die in den Dokumenten zum bevölkerungsschutz-relevanten Diskurs genannten Ansätze zielen ausschließlich auf eine engere Zusammenarbeit zwischen den Organisationen des Katastrophenschutzes, dem Wohlfahrtsbereich und weiteren Akteur*innen, um vulnerable Zielgruppen in Schadensereignissen besser versorgen zu können. Der in dem Forschungsprojekt AUIK verfolgte Lösungsansatz, wonach eine Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur durch den Katastrophenschutz gegebenenfalls zu einer besseren Versorgung von häuslich gepflegten Menschen in Schadensereignissen beitragen und eventuell auch andere Strukturen des Gesundheitsbereiches, wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, entlasten kann, wird in keinem der Dokumente erwähnt. Allerdings wird im Grünbuch der Bundesleitung der Bereitschaften vom DRK zum Betreuungsdienst der Zukunft angeführt, dass die Aufrechterhaltung von Hilfeleistungssystemen durch den Betreuungsdienst als Mittler angestrebt werden sollte. Das Forschungsprojekt AUIK stellt eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes dar.

In den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekten INVOLVE und KOPHIS wurde unter anderem das Fehlen einer gezielten Zusammenarbeit der beiden Bereiche Katastrophenschutz und ambulante Pflege als ein zentrales Problem identifiziert, und die Entwicklung entsprechender Konzepte zur Zusammenarbeit empfohlen. Mit dem in KOPHIS durchgeführten Runden Tischen in einer Modellregion wurde ein möglicher Lösungsansatz zur Vernetzung im Sozialraum bereits praktisch getestet. Auf Basis dieser Forschungsprojekte sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde in KOPHIS und ResOrt der Begriff der Sozialraumorientierung für den Bevölkerungsschutz adaptiert und weiterentwickelt. Während in KOPHIS die Stärkung einer Zielgruppe in Krisen und Katastrophen im Fokus stand, bezogen sich die theoretischen Ausführungen in ResOrt auf die Stärkung der Gemeinde/des Quartiers als Ganzes. In KOPHIS und ResOrt wurden demnach zwei unterschiedliche Spielarten eines sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes ausgeführt. Das Forschungsprojekt AUIK lässt sich eher in Richtung KOPHIS verorten, da das Projekt vor allem auf die Zusammenarbeit von Akteur*innen und Organisationen aus dem Katastrophenschutz und der Pflege zielt und zivilgesellschaftliche Akteure weniger berücksichtigt werden. Dennoch sind die Anregungen aus ResOrt für AUIK weiterführend, da mit dem in ResOrt entwickelten Pilotkonzept zur Stärkung von Vernetzung und Katastrophenvorsorge im Sozialraum eine Handlungsanleitung vorliegt. Dieses Konzept kann für den in AUIK geplanten Runden Tisch „Ambulante Pflege unter Krisenbedingungen“ in der Modellregion Anregungen für eine engere Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche bieten.

Mit Blick auf die Internationalen Fachdiskurse lassen sich für das Forschungsprojekt AUIK drei relevante Themenschwerpunkte identifizieren: 1) Die notwendige interorganisationale Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur*innen, 2) die Anforderungen an eine dezentrale Unterbringung, falls eine ambulante Versorgung von vulnerablen Personengruppen nicht mehr gewährleistet werden kann und 3) die Registrierung von vulnerablen Personengruppen. Generell geht zudem aus den internationalen Fachdiskursen hervor, dass Personen, die Zuhause gepflegt werden, als besonders vulnerabel in Katastrophenszenarien identifiziert werden, weshalb eine Zusammenarbeit zwischen beteiligten Akteur*innen angestrebt werden sollte. In dem Projekt Disaster Ready des Australischen Roten Kreuzes wurde durch einen interorganisationalen Austausch über Fähigkeiten und Bedarfe angestrebt, eine Kooperation zwischen sozialen Diensten und Katastrophenschutz zu stärken. Für den Fall, dass eine dezentrale Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann, liefert das europäische SAMETS-Projekt wertvolle Anregungen zur Gestaltung einer Notunterkunft für vulnerable Gruppen. Der im Projekt entwickelte Leitfaden stellt dabei konkrete Anforderungen an alle Bereiche einer Notunterkunft. Insbesondere wird darin betont, dass für die Betreuung und medizinische Versorgung von älteren und/oder körperlich beeinträchtigten Menschen speziell geschultes Personal benötigt wird. Das europäische Forschungsprojekt PrepAge postuliert zusätzlich eine Registrierung vulnerabler Personen, um diese in Katastrophen schnell lokalisieren zu können. Eine solche Registrierung gibt es mitunter bereits in

Großbritannien: Dort sind Energieversorgungsunternehmen durch die Energieregulierungsbehörde dazu verpflichtet, ein Prioritätenregister zu führen. In diesem Register sind Personen geführt, die z.B. aufgrund besonderer Vulnerabilitäten eine Abhängigkeit von strombetriebenen Geräten haben und deshalb priorisiert werden. Eine Verpflichtung auf Seiten der Nutzer*innen gibt es jedoch nicht. Eine ähnliche Form der Registrierung besteht ebenfalls bereits in den USA, wobei es dort die Möglichkeit gibt, sich bei der Polizei oder Feuerwehr in ein Register für vulnerable Personen aufnehmen zu lassen, ebenfalls mit dem Ziel, in Katastrophenszenarien zeitnah lokalisiert werden zu können. Die hier skizzierten internationalen Beispiele nehmen zwar Bezug zum Thema pflegebedürftige Personen in Katastrophensituation, die Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen durch die Zusammenarbeit von Katastrophenschutz, Pflege und weiteren Akteur*innen wird jedoch nicht explizit als Ziel verfolgt.

4. Sicherheit und Katastrophenvorsorge aus pflegerischer Perspektive

Yvonne Lehmann, Anne Thiele und Michael Ewers

In diesem Abschnitt wird eine pflegewissenschaftliche Perspektive eingenommen. Aus Sicht dieser Gesundheitsdisziplin werden relevante Aspekte für das AUIPK-Projekt umrissen. Dabei wird zum einen an den Diskurs über (Patienten-)Sicherheit in der pflegerischen Versorgung und an vorliegende Arbeiten aus der darauf gerichteten pflegerischen Versorgungsforschung⁵ angeknüpft (z. B. Ewers et al. 2017a, b; Lehmann/Ewers 2020a, b). Zum anderen werden Erkenntnisse über das Selbst- und Aufgabenverständnis der Pflege bei der Vorbereitung auf Krisen- und Katastrophensituationen sowie bei ihrer Bewältigung erörtert. Dies erfolgt v. a. mit Blick auf die ambulante Pflege bzw. die häusliche und gemeindebasierte Versorgung (ausführlicher dazu: Ewers/Lehmann 2021).

4.1 (Patienten-)Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege

Sicherheit ist ein zentraler Bezugspunkt der gemeinsamen Forschung im Konsortialprojekt AUIPK, das im Rahmen der zivilen Sicherheitsforschung gefördert wird. Verstanden als Abwesenheit existenzieller Bedrohungen, die zentrale Werte von Individuen und Gesellschaften gefährden könnten, ist Sicherheit ein grundlegender gesellschaftlicher Wert und eine der wesentlichen Voraussetzungen für das Funktionieren aller Bereiche des öffentlichen Lebens (Krause 2018). In dem hier interessierenden Zusammenhang sind verschiedene Sicherheitsbegriffe, disziplinäre Perspektiven und Diskurse von Belang (z. B. innere und äußere Sicherheit, zivile Sicherheit, technische Sicherheit, soziale Sicherheit) (Endreß/Feißt 2014; Krause 2018). Aufgrund zunehmender Komplexität, Interdependenz und Verflochtenheit moderner Gesellschaften werden allerdings immer öfter bereichsübergreifende, integrierte und nicht zuletzt multidisziplinäre Zugänge bei der Bearbeitung von Sicherheitsthemen gefordert (Endreß/Petersen 2012).

Dies gilt auch für den Diskurs über Patientensicherheit, der für das AUIPK-Projekt besonders relevant erscheint. Dabei handelt es sich um ein professions- und situationsübergreifendes Konstrukt und zugleich ein Qualitätskriterium im Gesundheitswesen, das auf die Wahrung des Wohlergehens von Patient*innen zielt (Wischet/Eitzinger 2009). Im deutschsprachigen Raum wird Patientensicherheit gemeinhin definiert als

„[...] das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem einen Zustand aufweisen, in dem unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden [...]“ (Schrappe 2018; APS 2019). Ein hohes Maß an Patientensicherheit ist damit immer wieder neu zu erarbeiten (Vincent/Coulter 2002; Schrappe 2018). Hierzu müssen

⁵ Versorgungsforschung (Health Services Research) stellt ein fachübergreifendes Gebiet dar und greift auf Theorien und Modelle der beteiligten Disziplinen (z. B. Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaften) zurück (Pfaff/Schrappe 2017). Sie untersucht die „Wirklichkeit“ der Kranken- bzw. Gesundheitsversorgung mit Produkten und Dienstleistungen (einschließlich z. B. Behandlung, Betreuung und Pflege). Sie liefert u. a. Informationen über Einsatz, Erfolg und Risiken von Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen. Ihre Aufgabe ist es, durch ein wissenschaftlich fundiertes Vorgehen Defizite in den Versorgungsstrukturen und -prozessen zu identifizieren, an der Entwicklung und Umsetzung neuer bzw. veränderter Versorgungskonzepte mitzuwirken und ihre Wirksamkeit zu evaluieren (Pfaff/Schrappe 2017).

verschiedenste Akteur*innen einbezogen, personale, prozedurale und strukturelle Komponenten ineinandergreifend gestaltet sowie Maßnahmen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Mikro-, Meso-, Makroebene⁶) angestoßen werden (Kocks et al. 2014; Schrappe 2018).

Inzwischen gibt es zahlreiche Initiativen und Verbände, die sich um die Förderung von Patientensicherheit bemühen – sowohl auf internationaler Ebene (z. B. WHO) wie auch in den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen (in Deutschland etwa das Aktionsbündnis Patientensicherheit); auch die Forschung und Entwicklung zu diesem Thema hat sich in den letzten Jahrzehnten intensiviert. Allerdings sind die Diskurse und Konzepte sowie die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zur Förderung von Patientensicherheit noch vielfach durch thematische Engführungen gekennzeichnet. Dazu gehört, dass Maßnahmen zur Förderung von Patientensicherheit zwar auf Nutzer*innen von Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind; sie werden aber noch vorrangig aus der Sicht professioneller Akteur*innen definiert (Porzsolt 2007; Rathert et al. 2011; Schrappe 2018). Dabei ist seit langem bekannt, dass Patient*innen und Angehörige andere Sichtweisen haben und anderen Relevanzkriterien folgen als professionelle Akteur*innen (Porzsolt 2007) – auch in der Pflege. Während Pflegefachpersonen eher auf messbare Ergebnisse fokussiert sind, achten Patient*innen und Angehörige eher auf subjektives Erleben und auf das Erspüren von Sicherheit (Rathert et al. 2011; Lovink et al. 2015). Eine Situation kann aus fachlicher Perspektive als objektiv sicher bewertet werden, sich aber für Patient*innen keinesfalls so anfühlen. Zugleich können sich Patient*innen in objektiv hochriskanten Situationen subjektiv sicher fühlen (Mollon 2014; Lovink et al. 2015). Subjektive Sicherheit ist somit nicht das Gegenteil von objektiver Sicherheit, sondern als eigenes Phänomen mit Übereinstimmungen und Unterschieden zu objektiver Sicherheit zu sehen (Mollon 2014; Haverkamp 2015). Dieser Aspekt wird in den aktuellen Sicherheitsdiskursen erst in jüngerer Zeit mit mehr Aufmerksamkeit bedacht und ist auch im AUIK-Projekt hinsichtlich seiner Relevanz für die hier zu entwickelnden Maßnahmen zu prüfen.

Eine weitere Engführung besteht darin, dass sich die Aktivitäten zum Thema Patientensicherheit in Forschung, Politik und Praxis lange Zeit ausschließlich auf das Krankenhaus als Hochrisikobereich konzentrierten (Harrison et al. 2013). Zwar können eine Reihe dazu erarbeiteter Erkenntnisse, Konzepte und Standards auch auf andere Versorgungssettings übertragen werden – so beispielsweise auf die ambulante Pflege. Dies gelingt jedoch nicht uneingeschränkt (Lang et al. 2008). Eine eigenständige forschungsgestützte Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensicherheit, einschließlich der Entwicklung von Strategien zu ihrer Gewährleistung, in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege und Versorgung ist überfällig (Lang et al. 2008; Harrison et al. 2013). Doch erst allmählich werden diese Rufe gehört und mit gezielten Initiativen beantwortet.

4.1.1 Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung

In Deutschland wird das Thema Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung erst seit der letzten Dekade bearbeitet – vorwiegend mit Blick auf die Versorgung spezieller Patientengruppen wie insbesondere technikabhängiger Patient*innen (z. B. dazu Ewers et al. 2017a, b; Lehmann/Ewers 2020a, b) und ansatzweise auch darüber hinaus, etwa in Verbindung mit Ambient Assisted Living (z. B. ZQP 2018). Dabei besteht Einvernehmen dahingehend, dass dieses Thema dringend mehr Aufmerksamkeit verdient. Dies wird zum einen damit begründet, dass in diesem Versorgungssetting vermehrt Personen versorgt werden, die sich in mehr oder weniger vulnerablen Lebenssituationen befinden, nicht selten auch allein leben und dauerhaft auf z. T. umfassende personale und ggf. auch auf therapeutisch-technische Unterstützung angewiesen sind. Andererseits sollte aber das persönliche Lebensumfeld in erster Linie ein Ort der Privatsphäre, des Wohnens und des Wohlfühlens sein. Diesem Setting fehlt jedoch die Funktionalität und Standardisierung, die einem Krankenhaus oder vergleichbaren Institutionen eigen ist (Koch 2014; Hilli/Eriksson 2019; Czakert et al. 2018). Daraus ergeben sich spezifische Sicherheitsrisiken, die von den beteiligten Personengruppen – den Patient*innen und ihren Angehörigen wie auch ggf. den hinzugezogenen professionellen Akteur*innen – zu berücksichtigen sind.

Mit zunehmender Relevanz formeller pflegerischer Dienstleistungen im Kontext der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung wird das Thema Patientensicherheit zunehmend auch für die ambulanten

6 Die Mikroebene meint die Ebene der Leistungserbringung im Kontakt zwischen Gesundheits- bzw. hier insbesondere Pflegeberufsangehörigen sowie Patient*innen und ggf. ihren An- und Zugehörigen. Die Mesoebene meint Institutionen wie Pflegedienste, betreute Wohngemeinschaften und Pflegeeinrichtungen. Die Makroebene spricht die Gesundheitssystemgestaltung und -politik an (Nellessen-Martens/Hoffmann 2017).

Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden relevant. Grundsätzlich wird Sicherheit in Pflege-theorien und -modellen als elementares Grundbedürfnis von Menschen angesehen, was sich in Formulierungen wie „Für eine sichere Umgebung sorgen“ (Roper et al. 2016) und „Sich sicher fühlen und verhalten – Verhüten von Risiken, Gefahren und Schäden“ (Juchli 1998) niederschlägt. Aus sicherheitsethischer Perspektive und auf individueller Ebene können Fragen der Sicherheit und der Privatheit in einem Wertekonflikt stehen, wobei die Erhöhung von Sicherheitsmaßnahmen mit einer Verringerung von Privatheit einhergeht (bspw. durch den Einsatz von überwachender Sensorik). Insofern führt ein Abwägen zwischen Privatheit und Sicherheit zur Notwendigkeit, die Rolle der Selbstbestimmung der Patient*innen in der Durchführung von Sicherheitsmaßnahmen zu betonen (Koch 2014; Storch et al. 2014). Die in der Häuslichkeit quasi als Gast tätigen professionellen Akteur*innen, v. a. Pflegende, verfügen dabei nur über begrenzte Möglichkeiten der Gestaltung und Regulierung des häuslichen Settings (Czakert et al. 2018). Sicherheit durch ambulante Pflege(dienste) in der Häuslichkeit der versorgten Patient*innen zu gewährleisten, ist damit sowohl pragmatisch als auch ethisch besonders herausfordernd und auf das gelingende partizipative Aushandeln und Ineinandergreifen des Engagements aller an der Versorgung Beteiligten angewiesen (Patient*innen, Angehörige und weitere Akteur*innen des unmittelbaren sozialen Umfeldes sowie Pflegende) (Lang 2010).

Die Patientensicherheitsforschung konzentriert sich, bezogen auf die pflegerische (stationäre wie häusliche) Langzeitversorgung, u. a. auf die Weiterentwicklung von Instrumenten des Qualitäts- und Risikomanagements (z. B. Assessments, Handlungsempfehlungen, konkrete Interventionen, Standardisierung von Abläufen), auf spezielle medizinisch-pflegerische (z. B. Medikamentensicherheit) oder auch psychosoziale Aspekte (z. B. Sicherheitsempfinden). Weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten widmen sich Informations-, Schulungs- und Beratungsfragen zur sicheren Umsetzung von Pflegeaufgaben, einschließlich medizinisch-technischer Prozeduren in der Häuslichkeit. Sie richten sich insbesondere auch an Patient*innen und Angehörige sowie an gering(er) qualifizierte Helfende (Health Care Assistants/Personal Care Workers), die international noch umfangreicher als in Deutschland in der ambulanten Pflege eingesetzt werden (zusammenfassend: Ellenbecker et al. 2008; Harrison et al. 2013; IHI/NPSF 2017). Nicht zuletzt wird auch die Rolle von Pflegefachpersonen mit erweiterten Aufgaben – sogenannten Community Health Nurses („Gemeindeggesundheitspflegende“) – thematisiert. Deren Aufgaben bestehen u. a. in der Unterstützung von Pflegearrangements in sozialen Gemeinschaften, der Kooperation mit verschiedenen Akteur*innen in der Gemeinde sowie ebenso auch in der Bearbeitung von Sicherheitsfragen in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung.

4.1.2 Patientensicherheit im Kontext von Krisen und Katastrophen

Arbeiten zum Thema Patientensicherheit in Krisen und Katastrophenfällen gibt es allenfalls vereinzelt – dies gilt grundsätzlich für alle Settings. Die Diskurse zu Patientensicherheit und zur zivilen Sicherheit bzw. zum Umgang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen in den Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialversorgung werden in der Literatur bislang nicht miteinander verbunden oder in systematischer Form aufeinander bezogen. Auf den ersten Blick bietet der aktuelle (inter-)nationale Patientensicherheitsdiskurs daher kaum Anknüpfungspunkte für die Bewältigung von Krisen und Katastrophenfällen in der ambulanten Pflege. Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch interessante Parallelen in den verschiedenen Diskursen (Endreß/Petersen 2012). Dazu gehören u. a.

- die Favorisierung von pro-aktiven Vorsorge- und Krisenmanagementansätzen gegenüber reaktiven und Schaden begrenzenden Interventionsmodellen;
- die Verfolgung eines umfassenden Mehr-Ebenen-Ansatzes, bei dem auf allen Ebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) ineinandergreifende Vorkehrungen getroffen werden;
- die Nutzung unterschiedlicher disziplinärer Perspektiven für die Problemlösung, Reflexion und Interventionsgestaltung (Inter- und Transdisziplinarität);
- die Notwendigkeit zur Intensivierung von bereichsübergreifender Kooperation, Kommunikation und Bildungsarbeit, um alle Beteiligten einbinden und mitnehmen zu können;

- die generelle Betonung von partizipativen Vorgehensweisen, wobei besonderer Wert auf die Einbeziehung von Nutzer*innen, d. h. hier beispielsweise der Patient*innen/Pflegebedürftigen sowie ihre An- und Zugehörigen, in die verschiedenen Aktivitäten gelegt wird.

Es wird im weiteren Projektverlauf zu prüfen sein, inwieweit die Sensibilisierung für die auf das alltägliche Versorgungsgeschehen ausgerichtete Sicherheitsarbeit von Pflegefachpersonen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege (Mikro-Ebene), in Verbindung mit einem funktionierenden Qualitäts- und Patientensicherheitsmanagement durch die ambulanten Pflegedienste (Meso-Ebene) womöglich auch Anknüpfungspunkte bieten kann für weitergehende Aktivitäten zur Förderung der Resilienz gegenüber lokalen, regionalen oder darüber hinausgehende Krisen und Katastrophenfällen.

4.2 Katastrophenvorsorge durch Pflegende und ambulante Pflegedienste

Begriffe wie Krise, Notfall und Katastrophe wurden in den bisherigen Ausführungen beinahe selbstverständlich genutzt, dabei sind sie auch in Fachkreisen nicht immer einheitlich definiert und sorgfältig gegeneinander abgegrenzt. Gemeinsames Merkmal ist, dass es sich um Situationen handelt, die auf Seiten der davon betroffenen Personen, Gemeinschaften, Organisationen oder Gesellschaften vorhandene Möglichkeiten zu ihrer Beantwortung erheblich strapazieren oder sogar so weit übersteigen, dass in vielen Fällen (bei Krisen) oder regelmäßig (bei Notfällen und Katastrophen) Hilfe von außen benötigt wird (Ewers/Lehmann 2021). Was eine Krise, ein Notfall oder eine Katastrophe ist, bedarf einer sorgfältigen Abklärung auf Grundlage der jeweils verfügbaren Informationen, ist also keinesfalls in jedem Fall von vornherein eindeutig erkennbar. Dies gilt insbesondere auch für gesundheitliche Krisen, Notfälle und Katastrophen, weshalb entsprechende Expertise für deren Einschätzung benötigt wird. Das gilt für Krisen des physischen oder psychischen Wohlbefindens und für medizinische Notfälle auf individueller Ebene ebenso wie für Krisen der öffentlichen Gesundheit (engl. Public Health Crisis), Notfälle mit gesundheitlichen Folgen für eine Vielzahl von Menschen oder mit dem Risiko einer Überlastung von Gesundheitseinrichtungen (engl. Public Health Emergency) oder sogar Katastrophen mit ihren nicht mehr kontrollierbaren gesundheitlichen Auswirkungen auf lokaler, regionaler, nationaler oder internationaler Ebene (z. B. in Folge von Pandemien). Neben den verschiedenen Interventionsansätzen zur Reaktion auf und zum Management von Krisen, Notfällen und Katastrophen wird in der Literatur der Krisenprävention sowie der Notfall- und Katastrophenvorsorge zentrale Bedeutung beigemessen. Internationale Vereinbarungen wie das Sendai Rahmenwerk (UNDRR 2015; BKK 2019) zielen u. a. darauf ab, das Risikobewusstsein auf Seiten aller Beteiligten zu schärfen und die Widerstandsfähigkeit der nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme zu verbessern. Das Thema Katastrophenvorsorge soll gezielt „in die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung“ integriert und die „Fähigkeit des Gesundheitspersonals, Katastrophenrisiken zu verstehen und Konzepte der Katastrophenvorsorge in der Gesundheitsarbeit anzuwenden und umzusetzen“ ausgebaut werden (UNDRR 2015: 18). Spätestens an dieser Stelle rücken die ambulanten Pflegedienste als wesentlicher Bestandteil der tertiären Gesundheitsversorgung und die Pflege als eine in allen Settings und auf allen Ebenen des Gesundheitssystems vertretene Gesundheitsprofession ins Blickfeld.

Tatsächlich ist in der internationalen Literatur inzwischen gut dokumentiert, dass Pflegefachpersonen nicht allein an der Bewältigung individueller Krisen und der darauf bezogenen Krisenintervention verantwortlich mitwirken (z. B. im Kontext des Mental Health Nursing). Vielmehr nehmen sie auch in der medizinischen Notfallversorgung eine wichtige Rolle ein, weshalb sie sich für die dabei anfallenden Aufgaben zunehmend spezialisieren (z. B. Notfallpflege; engl. Emergency Nursing). Schließlich übernehmen sie laut der internationalen Literatur auch beim Katastrophenmanagement (engl. Disaster Management), einschließlich der Vorbereitung auf Katastrophen zu deren besseren Bewältigung (engl. Disaster Preparedness), regelmäßig umfangreiche und sehr verantwortliche Aufgaben auf allen Handlungs- und Entscheidungsebenen⁷ (Grochtdreis et al. 2016; Zhang et al. 2018; ICN 2019). Dabei ist unerheblich, ob es sich eher um Naturkatastrophen wie Erdbeben, Tsunamis, Zyklone, Hitzewellen, Dürren, Überschwemmungen, technische Großschadenslagen wie Kraftwerksausfälle und Atomunfälle oder von Menschen verursachte Katastrophen wie etwa Massenunfälle, Terroranschläge oder sogar Kriege handelt. Letztere gelten sogar als ein historischer Ausgangspunkt für die Entstehung der modernen Pflege, wie in der einschlägigen Literatur

7 In den USA wurde inzwischen eine Pflegefachperson in die Position des „Surgeon General“ berufen, der höchsten Position im öffentlichen Gesundheitsdienst mit Verantwortung u. a. für die Beantwortung von Gesundheits(versorgungs)krisen, Notfällen oder Katastrophen. Diese Position ist vergleichbar mit den Positionen von Regierungsberater*innen in Gesundheitsbelangen in anderen Ländern (etwa dem „Chief Medical Officer“ oder dem „Chief Nursing Officer“ in z. B. Großbritannien oder den Niederlanden).

zum sogenannten „Disaster Nursing“ nachzulesen ist (Murray 2020). Einerseits steht dieser Begriff für pflegerische Konzepte zur fachkundigen Intervention bei und zur gezielten Vorsorge von Notfällen und Katastrophen auf unterschiedlichen Ebenen. Zugleich steht er aber auch für eine weitere Spezialisierung der Pflege – durchaus in Analogie zur Katastrophenmedizin (vgl. deBoer/Dubouloz 2000). Eine allgemeine Definition dieser Spezialisierung der Pflege findet sich bei Santamaria (1995):

„Disaster nursing can be defined as the adaption of professional nursing skills in recognizing and meeting the nursing, physical, and emotional needs resulting from a disaster. The overall goal of disaster nursing is to achieve the best possible level of health for the people and the community involved in a disaster.“

Die Fähigkeit zum kritischen Denken, die Problemlösungskompetenz und die interaktiv-kommunikativen Kompetenzen von Pflegefachpersonen erweisen sich in Verbindung mit ihren klinischen und koordinierenden Kompetenzen als wesentliche Qualitätsmerkmale in Katastrophen und bei der Vorsorge derselben. Sie übernehmen klinische Aufgaben als First-Responder in kritischen Situationen, beteiligen sich an Triage- und Verteilungsprozessen von Geschädigten, tragen aktiv zur Kontrolle von Infektionsgefahren bei, unterstützen bei der psychosozialen Krisenversorgung und der Stabilisierung der im Einsatz tätigen Ersthelfenden, organisieren und koordinieren Versorgung und dafür erforderliche Ressourcen auch unter erschwerten Bedingungen, identifizieren Unterstützungsbedarfe bei Geschädigten wie bei Helfenden vor Ort und suchen nach geeigneten Mitteln für deren Beantwortung (Santamaria 1995).

Etwas bescheidener wird im deutschsprachigen Raum mit Blick auf die Rolle von Pflegefachpersonen von der Mitwirkung an der Bewältigung von Katastrophen, einschließlich der Präventionsarbeit zur Katastrophenvorsorge, gesprochen (Sauer 2012; Berner Bildungszentrum Pflege 2019). Angesprochen wird dabei die Kompetenz, als Pflegefachperson unter akuten und längerdauernden Krisen- und Katastrophenbedingungen in interprofessionellen Teams wirksam zu handeln und somit auf Krisen und Katastrophen vorbereitet zu sein (Sauer 2014; Barbero 2016). Dies geschieht mit dem übergeordneten Ziel, im Fall des Falles unter widrigen Bedingungen und unter Mangel an Hilfsmitteln die bestmögliche Versorgung für die einzelnen betroffenen Menschen und die Gesellschaft erbringen zu können (ebd.). Doch obwohl auch hierzulande Pflegefachpersonen in allen Settings und Situationen wesentliche Aufgaben in der Reaktion auf Krisen, Notfälle oder Katastrophen übernehmen, werden sie in der einschlägigen Literatur kaum erwähnt oder in ihrer Bedeutung wahrgenommen. Auch eine dem internationalen Disaster Nursing vergleichbare Spezialisierung für die „Katastrophenpflege“ hat sich hierzulande noch nicht herausgebildet. Dies hat unterschiedliche Gründe, darunter beispielsweise qualifikatorische (Görres et al. 2010). Vor dem Hintergrund grundsätzlicher Debatten um eine anforderungsgerechte und zeitgemäße Qualifizierung von Pflegefachpersonen in Deutschland (Ewers/Lehmann 2019; Lehmann et al. 2019) haben Görres et al. (2010) vier Aufgabenbereiche identifiziert, in denen spezieller Qualifizierungsbedarf besteht, nämlich (1) Kompetenzen zur Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse in der Überlebenssituation, (2) Kompetenzen zur Bewältigung von Management- und Organisationsaufgaben, (3) Kompetenzen für die Übernahme edukativer Aufgaben (Information, Beratung und Anleitung) und schließlich (4) Kompetenzen für ein vorausschauendes und präventives Arbeiten zur Katastrophenvorsorge.

Es gibt aber noch andere Gründe, warum das Thema Disaster Nursing hierzulande noch nicht die Aufmerksamkeit erfährt, die ihm international zugeordnet wird. So stammt ein Großteil der einschlägigen Literatur zu dem Thema, wie auch die entsprechenden Innovationen, aus Weltregionen und Ländern, die in den letzten Jahrzehnten wiederholt mit diversen Krisen, Notfällen und Katastrophen mit weitreichenden Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme und die Gesundheitsversorgung konfrontiert waren, darunter neben Ländern im Asia-Pazifik-Raum (z. B. Japan, Philippinen, Indonesien, Australien, China) vor allem auch solche in Nord- und Südamerika (z. B. USA, Kanada, Mexiko, Brasilien). Gemeinsam ist diesen Weltregionen, dass sie zum einen in erheblichem Umfang mit den Folgen von Naturkatastrophen, weitreichenden Alltagsstörungen, Terroranschlägen und militärischen Auseinandersetzungen konfrontiert sind – sowohl im eigenen Land wie auch ggf. bei militärischen und humanitären Auslandseinsätzen in den verschiedenen Krisen- und Konfliktherden dieser Welt. Zum anderen gibt es in diesen Ländern vielfach seit längerem eine

am anglo-amerikanischen Modell orientierte pflegewissenschaftliche Gemeinschaft, die sich in Forschung und Entwicklung wissenschaftlich mit den verschiedensten Krisen und Katastrophen befasst und daraus im Austausch mit anderen Akteur*innen Lehren für die Weiterentwicklung der Disziplin gezogen hat (z. B. Yamamoto 2013; Veenema et al. 2016; Zhang et al., 2018). Dies erklärt zunehmende pflegewissenschaftliche Aktivitäten zu Aspekten der Katastrophenvorsorge und des Katastrophenmanagements in der und durch die Pflege.

In Mitteleuropa und insbesondere in Deutschland stellt sich die Situation aufgrund seiner geografischen Lage, seiner klimatischen und geologischen Bedingungen sowie seiner politischen Stabilität und wirtschaftlichen Prosperität anders dar. Zwar gab es auch hier in den letzten Jahren wiederholt regionale Krisen und Notfälle; mit den in den zuvor genannten Weltregionen vergleichbare Katastrophen sind aber ausgeblieben. Dabei darf nicht übersehen werden, dass mit dem Klimawandel verbundene Extremwetterereignisse und damit einhergehende Risiken (z. B. längerfristige Stromausfälle) auch in dieser Weltregion zunehmen werden (Hiete et al. 2011). Zudem ist das Risiko von Terroranschlägen oder Cyberkriminalität mit den damit verbundenen Auswirkungen hoch und die Vulnerabilität moderner Gesellschaften wird immer offensichtlicher – nicht zuletzt erkennbar an der derzeitigen COVID-19-Pandemie. Aus diesem Grund scheint es angezeigt, dass auch in Europa und im deutschsprachigen Raum die Auseinandersetzung mit Krisen und Katastrophenfällen intensiviert und Anschluss an die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zum Themenfeld Disaster Nursing gefunden wird (Wagner 2012; Grochtdreis et al. 2016).

4.2.1 Resilienzförderung gegenüber Krisen und Katastrophen auf individueller Ebene

International ist eine der immer wieder zu lesenden Forderungen, die Bildungsarbeit zu intensivieren und Pflegefachpersonen durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorzubereiten (individuell-qualifikatorischer Zugriff). Darin wird ein zentraler Ansatzpunkt zur Förderung der Resilienz der Pflege gegenüber Krisen und Katastrophen gesehen (z. B. Veenema 2018; ICN 2019). Neben der Förderung von Kompetenzen im psychomotorischen Bereich (Hands-on-Techniken), geht es um das Vermitteln von Wissen über den (Katastrophen-)Managementprozess und zu Kommunikationsstrategien sowie um die Förderung affektiver Kompetenzen, einschließlich der (Weiter-)Entwicklung von Werthaltungen und ethischer Reflexionsfähigkeit (Khorram-Manesh et al. 2018; ICN 2019). Über den Kompetenzerwerb gewinnen die Teilnehmenden Vertrauen in ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten, was wiederum ihre Bereitschaft erhöht, im Fall des Falles zu handeln (Stanley/Bennecoff Wolanski 2015; Rush Pierce et al. 2017). Gerade die Bereitschaft, in Katastrophensituationen zu handeln, wird in der einschlägigen internationalen Literatur wiederholt als zu gering ausgeprägt beklagt. Ängste und Vorbehalte abzubauen und die Einsatzbereitschaft zu fördern, wird daher als ein zentraler Ansatzpunkt in der Bildungsarbeit angesehen – und dies bereits in der Ausbildung (z. B. Hutton et al. 2016; Gowing et al. 2017; Veenema 2018).

Orientierung für die inhaltliche und didaktisch-methodische Ausgestaltung entsprechender Bildungsangebote bieten auf internationaler Ebene entwickelte Kompetenzkataloge und Curricula. Dazu gehören u. a. ein explizit für Pflegende unterschiedlicher Qualifikationsstufen entwickelter Katalog der Weltgesundheitsorganisation und des Weltbundes der Pflegefachpersonen (WHO/ICN 2009; ICN 2019) sowie das im Rahmen eines EU-Verbundforschungs- und Entwicklungsprojekts multiprofessionell konzipierte DISASTER TRAINING CURRICULUM – DITAC (CORDIS 2016; Khorram-Manesh et al. 2018). Als eine besonders effektive Methode zur Kompetenzförderung wird das interprofessionelle Trainieren in simulierten Situationen (z. B. in Evakuierungsszenarien) angeführt (Gowing et al. 2017; Khorram-Manesh et al. 2018). Idealerweise beziehen diese Trainings unterschiedliche Akteur*innen ein, darunter Pflegefachpersonen, Ärzt*innen, Rettungskräfte und Mitwirkende des Katastrophenschutzes, die sowohl in Krankenhäusern wie auch im ambulanten Bereich tätig sein sollten, um das professions- und organisationsübergreifende Arbeiten zu üben (z. B. Aluisio et al. 2016; Glauberman et al. 2020). Für den Bereich der beruflichen Fortbildung liegen zudem u. a. Erkenntnisse dazu vor, dass mehrteilige Fortbildungen oder Wiederholungen der Veranstaltungen (halbjährlich, jährlich) eine bessere Wirksamkeit als einmalige, punktuelle Fortbildungen vermuten lassen, das erworbene Wissen und Können im Katastrophenfall nutzen zu können (Bistaraki et al. 2011; Gowing et al. 2017). Einschränkend ist aber festzuhalten, dass trotz wissenschaftlich gestützter

Entwicklungsarbeit auf internationaler bzw. europäischer Ebene die Übertragung in konkrete (Bildungs-) Maßnahmen in den einzelnen Ländern bislang nur bedingt erfolgt (Alfred et al. 2015; Grochtdreis et al. 2016; Gowing et al. 2017; Rafferty-Semon 2017).

Mit Blick auf die deutsche Situation bleibt u. a. abzuwarten, wie die für alle Pflegefachpersonen mit dem seit 2020 geltenden Pflegeberufegesetz verbindlich geforderte Anbahnung von Kompetenzen zur Vorbereitung auf und zur Bewältigung von Katastrophen (§ 5 Abs. 3 PflBG 2017; Anlage 2 PflAPrV 2018) in der Ausbildung tatsächlich umgesetzt werden wird. Die für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen erarbeiteten Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020) enthalten hierzu einige orientierende Hinweise, bieten den Lehrenden vor Ort aber auch viel Interpretationsspielraum. Noch weniger ist darüber bekannt, wie das Thema Katastrophenmanagement und -vorsorge in gängigen Weiterbildungen für Pflegende unterschiedlicher Qualifikationsstufen aufgegriffen und umgesetzt wird und welche Wirkungen davon zu erwarten sind.

4.2.2 Resilienzförderung gegenüber Krisen und Katastrophen auf organisatorischer Ebene

Neben diesen Qualifizierungsaspekten muss es aber auch darum gehen, die Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung wie auch der pflegerischen Langzeitversorgung besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorzubereiten (institutionell-organisatorische Ebene). So gehen wissenschaftlich gestützte Empfehlungen dahin, bei der (Weiter-)Entwicklung des Risiko- und Katastrophenmanagements in Gesundheitseinrichtungen – einschließlich denen des ambulanten Sektors (d. h. etwa Primärversorgungszentren, Pflegedienste) – die einzelnen Phasen des Krisenmanagementprozesses in den Blick zu nehmen (Hiete et al. 2011). Zugleich sollten die Einrichtungen in zwei Dimensionen aktiv werden: intern und extern (Gowing et al. 2017). Interne Maßnahmen zielen auf eine Optimierung von Prozessen innerhalb der Einrichtung ab. Externe Maßnahmen sind auf die Kooperation der jeweiligen Einrichtung mit Behörden und Akteur*innen des Katastrophenschutzes oder anderer in Krisen und Katastrophen relevanten Organisationen gerichtet (Gowing et al. 2017). Konkrete Ansatzpunkte zur Stärkung der Resilienz von ambulanten Gesundheitseinrichtungen (einschließlich insb. ambulanter Pflegedienste, aber auch Primärversorgungszentren) sind dabei insbesondere:

- *Vorbereitung der Organisation:* Hierzu zählen v. a. die Bereithaltung von Notfallplänen und Verfahrensanweisungen, einschließlich Regelungen zur Kommunikation mit Behörden und Einrichtungen des Katastrophenschutzes, zum Umgang und zum Schutz von (elektronischen) Daten, inklusive alternativer Kommunikationssysteme, sowie zur Herausgabe von Kerndaten der Patient*innen an Behörden und Katastrophenschutz.
- *Konzepte zur Sicherstellung der (Basis-)Versorgung/Risikoklassifizierung:* Zu entwickeln sind hier Priorisierungsprinzipien, ähnlich dem Triage-Konzept in der Notfallversorgung im Krankenhaus oder der Katastrophenmedizin. Diese dienen der Erfassung und Einteilung der Patient*innen nach (Akut-) Versorgungsbedarfen und für die Festlegung der weiteren, vielfach nur eingeschränkt möglichen Versorgung. Darüber hinaus sind Adress- und Telefonlisten für den Notfall und das Entwickeln und Testen von Telefon- bzw. ggf. alternativen Benachrichtigungsketten zu bedenken.
- *Vorbereitung des Personals:* Zentral ist es, das Personal auf das Handeln in exemplarischen Notfallsituationen vorzubereiten. Ebenso gilt es zu berücksichtigen, dass das Personal persönlich und familiär von der Krisen- bzw. Katastrophensituation betroffen sein kann und entsprechend zu prüfen ist, inwiefern Arbeitgeber*innen Möglichkeiten haben, hier Unterstützung (z. B. Kinderbetreuung) zu bieten, um die Versorgung der Patient*innen weiterhin sicherstellen zu können.
- *Vorbereitung der Nutzer*innen:* Auch die Information, Beratung und ggf. Schulung von Patient*innen und ihren Angehörigen zum Vorgehen im Katastrophenfall und bei einer möglichen Evakuierung, das Vorhandensein von Notfallsets sowie die Auflistung von Kontaktdaten wichtiger Bezugspersonen und relevanter Behörden sind wichtige Aspekte zur Vorbereitung auf den Ernstfall. Diese Prozesse sollten durch ambulante Pflegedienste unterstützt werden (vgl. hierzu insgesamt Wyte-Lake et al. 2015; Rush Pierce et al. 2017).

Stationäre und ambulante Langzeitpflegeeinrichtungen sowie Primärversorgungszentren rücken in der aktuellen Forschung zu Krisen und Katastrophenfällen nur allmählich ins Blickfeld (Levin et al. 2014; Wyte-Lake et al. 2015; Gowing et al. 2017; Rush Pierce et al. 2017). Vielfach richtet sich die Aufmerksamkeit dann auf die große Gruppe der älteren und hochaltrigen Personen mit alltäglichem Pflegebedarf. Dabei wird dann darauf aufmerksam gemacht, dass ein Katastrophenereignis besondere Stressreaktionen hervorrufen kann, in deren Folge sich der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden auch von Menschen in der Langzeitpflege nachhaltig verschlechtern können. Insbesondere wenn sie von einer Evakuierung betroffen sind bzw. waren, benötigen sie während dieser Maßnahme und im Anschluss eine besonders zugewandte, häufig umfanglichere pflegerische, medizinische oder auch psychosoziale Betreuung (Rush Pierce et al. 2017). Evakuierungen sollten daher das letzte Mittel der Wahl sein (Brown et al. 2012; Rush Pierce et al. 2017; Willoughby et al. 2017). Wie sich das für andere Nutzergruppen der häuslichen Versorgung darstellt, wird kaum thematisiert. Die spezifischen Situationen und Bedarfe von Menschen, die auf Beatmung, (Heim-)Dialyse oder andere technik- und überwachungsintensive Therapien angewiesen sind, von jüngeren Patient*innen mit schweren Erkrankungen oder auch von Kindern und Jugendlichen sind kaum untersucht (z. B. Kobayashi et al. 2012; Gray et al. 2019). Diesbezüglich besteht in der Versorgungs- und Sicherheitsforschung Nachholbedarf.

Die Etablierung eines umfassenden, strukturierten Risiko- und Krisenmanagements wird als eine zentrale Aufgabe der Leitungsebene von Gesundheitseinrichtungen gesehen. Zugleich wird aber auch darauf hingewiesen, dass diese Aufgabe viele, v. a. kleinere Gesundheitseinrichtungen (darunter auch ambulante Pflegedienste), rasch überfordern kann (z. B. Hyer et al. 2010; Hiete et al. 2011; Selod et al. 2011; Levin et al. 2014; Gowing et al. 2017). Damit zusammenhängend wird in der internationalen Forschung wiederholt auf die Notwendigkeit zur Kooperation relevanter Akteur*innen auf lokaler und regionaler Ebene und damit auf deren Vernetzung hingewiesen (Bromley et al. 2017). Dabei sind dann auch Aspekte der regionalen Differenzierung zu berücksichtigen. So deutet sich einerseits an, dass Einrichtungen der Langzeitpflege in ländlichen Regionen weniger auf externe Vernetzung zur Vorbereitung und Bewältigung von Katastrophenereignissen setzen können als solche in urbanen Räumen (Selod et al. 2011). Häufig haben sie eine schlechtere Anbindung an Krankenhäuser, aus denen ggf. Hilfe zu erwarten wäre. Andererseits kann eine periphere Lage sich aber auch als förderlich erweisen, da die Einrichtungen wegen der weniger gut ausgebauten Infrastruktur stärker auf eigene Ressourcen setzen und entsprechend intensive interne Maßnahmen zur Vorbereitung auf und zur Bewältigung von Katastrophen ergreifen (ebd.).

Um die Resilienz gegenüber Krisen und Katastrophen auf Seiten einzelner Einrichtungen wie auch ganzer Ortschaften und Regionen zu erhöhen, wird es als notwendig erachtet, Schnittstellenprobleme zwischen den ansässigen Akteur*innen zu erkennen, gemeinsam anzugehen und durch eine abgestimmte und koordinierte Vorgehensweise aufzulösen (Eisenman et al. 2014; Cha et al. 2016; Bromley et al. 2017). International spielen dabei verstärkt Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen in der Gemeindepflege oder Primärversorgung in der Funktion von Public Health Nurses (auch: Community Health Nurses) sowie Primary Care Nurses (auch: Nurse Practitioners) eine Rolle – vielfach sind sie bei staatlich finanzierten und im staatlichen Auftrag arbeitenden Public Health Agencies tätig (durchaus vergleichbar mit Gesundheitsämtern in Deutschland). Sie unterstützen als Multiplikatoren mit behördlichem Auftrag die lokalen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie weitere Akteur*innen, um das Katastrophenmanagement und die Katastrophenvorsorge zu verbessern. Zu ihren Aufgaben gehören die Unterstützung bei der Risikokommunikation, die Entwicklung von Konzepten, die Schulung des Personals in Gesundheitseinrichtungen sowie die Stärkung der Selbstversorgungskompetenzen der auf Pflege und Unterstützung angewiesenen Personen und ihres sozialen Umfeldes durch Informationen. Hinzu kommen Aufgaben zur Stärkung organisatorischer Partnerschaften und von Vernetzungsinitiativen (Jakeway et al. 2008; Cha et al. 2016; Heagele 2016; Bromley et al. 2017; Wilson 2020).

In Deutschland sind dieser Diskurs und Ausbildungsstrang bisher weniger verbreitet. So bleibt abzuwarten, inwiefern in den Programmen der kürzlich gestarteten Modellstudiengänge Community Health Nursing in Deutschland (s. dazu DBfK 2019) explizit eine Sensibilisierung der Studierenden für ihre mögliche Rolle in der Katastrophenvorsorge und -bewältigung erfolgt und inwiefern entsprechend Kompetenzen zur Übernahme der oben angesprochenen Aufgaben angebahnt werden. Darüber hinaus stellen sich zugleich auch die

Fragen, wo diese Pflegeexpert*innen in einem vorwiegend nach wettbewerblichen und erlöswirtschaftlichen Kriterien gestalteten ambulanten Pflegesystems organisatorisch angesiedelt sein könnten oder wer innerhalb des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems derartige übergeordnete, auf das Gemeinwesen ausgerichtete Funktionen übernehmen könnte, um die Vorsorge für und das Management von Krisen und Katastrophen künftig zu optimieren.

4.2.3 Anknüpfungspunkte aus den Diskursen zu Disaster Nursing für das AUPIK-Projekt

Zwar liegt international umfangreiche Literatur zu diversen Aspekten des Katastrophenmanagements und der Katastrophenvorsorge in der Pflege und durch die Pflege vor. Insbesondere die (pflegewissenschaftliche) Studienlage zu wirksamen Maßnahmen zur Vorbereitung von ambulanten Pflegediensten sowie zur Verbesserung ihrer Zusammenarbeit mit Behörden und Katastrophenschutz ist aber defizitär. Vorliegende Arbeiten beziehen sich vorwiegend auf Krankenhäuser, weshalb deren Erkenntnisse nur bedingt übertragbar sind. Hinzu kommt, dass identifizierbare Studien zu der hier interessierenden Fragestellung noch häufig auf Designs mit geringer Beweiskraft beruhen. Empfehlungen basieren meist auf Experteneinschätzungen und sind auf Strukturen und Prozesse der spezifischen Gesundheitssysteme einzelner Länder ausgerichtet. Sie sind daher nur begrenzt übertrag- oder generalisierbar.

Gleichwohl kann die vorliegende Literatur für die weiteren Arbeiten im AUPIK-Projekt Orientierung bieten. So verweisen die vorliegenden Erkenntnisse auf die dringend notwendige gezieltere Vorbereitung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, v. a. auch ambulanter Pflegedienste, auf Krisen und Katastrophenereignisse (Disaster Preparedness). Die Einrichtungen benötigen nach innen und außen gerichtete Strategien zur Vorbereitung auf den und zur Handlungsfähigkeit im Ernstfall. Dabei ist davon auszugehen, dass viele, v. a. kleine Einrichtungen, diese Aufgabe nicht aus eigener Kraft bewältigen können und Unterstützung – etwa durch Trägerverbände, Behörden oder Katastrophenschutz – benötigen. Die strategische Vernetzung aller im Katastrophenfall benötigten Akteur*innen (Katastrophenschutz, Gesundheitseinrichtungen, Behörden von Kommunen, Ländern und Bund) im Verständnis eines integrativen Katastrophen-Management-Systems ist unerlässlich (Mehr-Ebenen-Ansatz). Dabei stets auch kleinräumige Betrachtungen und Vernetzungen anzuregen (regionale Differenzierung), wird als unerlässlich angesehen. Mit großer Übereinstimmung wird in der gesichteten internationalen Literatur zudem die zentrale Position der Pflege und ihre verantwortliche und anspruchsvolle Rolle bei der Beantwortung von Krisen und Katastrophen wie auch bei der Vorsorge derselben betont. Zugleich aber wird die Bereitschaft und Kompetenz von Pflegenden, in Krisen und Katastrophen zu handeln, auch international noch häufig für verbesserungsbedürftig erachtet. Inhaltlich und didaktisch-methodisch fundierte Bildungsangebote sowie flankierende förderliche Maßnahmen auf Seiten der Gesundheitseinrichtungen (hier konkret ambulanter Pflegedienste) sind daher erforderlich, um positive Entwicklungen anzustoßen und dazu beizutragen, die Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen gegenüber Krisen und Katastrophen insgesamt zu fördern. Dabei Anschluss an internationale Entwicklungen im Bereich des Disaster Nursing (der Katastrophenpflege) zu suchen und zu finden, und den Erfahrungsaustausch mit Ländern mit Erfahrungsvorsprung zu fördern, erscheint unerlässlich.

5. Die ambulante Pflege als kritische Infrastruktur?

Marco Krüger und Katharina Wezel

Die vorigen Abschnitte haben aufgezeigt, dass weder die Katastrophenschutzstrukturen noch die ambulanten Pflegedienste in Deutschland derzeit hinreichend in der Lage sind, in einem Katastrophenfall die alltägliche Versorgung der gesamten Bevölkerung im Allgemeinen, von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Speziellen und insbesondere von Pflege- und Hilfsbedürftigen im häuslichen Kontext aufrechtzuerhalten. Die Notwendigkeit einer Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur wird im Folgenden aus einer infrastrukturpolitischen

Perspektive argumentiert. Zwar benennt das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK 2019: 32) in seinem Konzept zum Schutz kritischer Infrastrukturen den Bereich der „Altenpflege“⁸ als sinnvolle Ergänzung in der Bestandsaufnahme kritischer Dienstleistungen auf kommunaler Ebene, weist aber die Langzeitversorgung, anders als die allgemeine Gesundheitsversorgung, nicht als bundesweite Branche der kritischen Infrastruktur aus (BBK 2019). Im Falle der aktuellen COVID-19-Pandemie wird auf deutliche Weise erfahrbar, dass Gesundheitsinfrastruktur im Allgemeinen und die Pflegeinfrastruktur im Speziellen elementare Voraussetzungen des gesellschaftlichen Lebens sind. Dennoch zeigt gerade die angespannte Personal- und Versorgungssituation in der ambulanten Pflege die Fragilität dieser Versorgungsinfrastruktur, die vielfach unterhalb des Aufmerksamkeitsradars von BOS operieren. Insofern gilt es zu reflektieren, was eine Infrastruktur zu einer kritischen Infrastruktur werden lässt und für wen welche Konsequenzen hieraus erwachsen.

5.1 Was macht Infrastrukturen kritisch?

Welche Art von Infrastruktur weshalb als kritisch angesehen wird, folgt keinen natürlichen oder objektiven Maßstäben. Die Definition kritischer Infrastruktur ist vielmehr Ausdruck von Wertfragen, die es aus ethischer Perspektive explizit zu machen gilt. Verstehen wir die Definition kritischer Infrastruktur selbst als Ausdruck von Wertfragen, stellt sich zunächst die Frage, welche Bedarfe als schützenswert anerkannt werden, welche als vernachlässigbar gelten und welche übersehen werden und damit gar nicht berücksichtigt werden können (Krüger 2019a). Bisherige Verständnisse in Forschung und Praxis fokussieren vor allem auf den Erhalt derjenigen Infrastrukturen, die für die Bevölkerung als Ganzes von Bedeutung sind.⁹ In diesem Sinne sind insbesondere die Energie- und Wasserinfrastruktur, aber auch Dienstleistungen wie die Ernährungsversorgung, zentrale staatliche Dienste (bspw. polizeiliche und nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr) und das Finanzwesen kritisch (BBK 2019: 38). Historisch betrachtet gewann der Begriff der kritischen Infrastruktur in Bezug auf die Kriegswichtigkeit einer (rein physischen, materiell verstandenen) Infrastruktur an Relevanz. Aufgrund der Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg wurde bereits im frühen 20. Jahrhundert die Vulnerabilität ebenso wie die gesellschaftliche Bedeutung von Infrastrukturen systematisch analysiert (Collier/Lakoff 2015: 26-27). Infrastrukturen galten demnach als kritisch, wenn sie kriegswichtig waren (Folkers 2018: 126). So bezog sich der Begriff ursprünglich auf jene Infrastrukturen und Sektoren, die für die erfolgreiche Fortführung von Kriegshandlungen erforderlich waren, wie zum Beispiel die Waffenindustrie (ebd.). Der Leitgedanke war der Schutz derjenigen Infrastrukturen, die direkt mit dem Überleben eines Staates und seiner zentralen Funktionen in Verbindung gebracht wurden. Der Begriff wandelte sich allerdings in der Nachkriegszeit, als staatliche Akteur*innen zunehmend die Verwundbarkeit weiterer Industriezweige und Infrastrukturen sowie mögliche kaskadierende Effekte durch ihren Ausfall in Betracht zogen. Der Versorgungscharakter der kritischen Infrastrukturen für die Bevölkerung wird dabei vor allem mit dem Begriff der „Daseinsvorsorge“ in Verbindung gebracht. Dieser wurde bereits in den 1930er Jahren durch Ernst ForsthoFF im Sinne einer nationalsozialistischen Geopolitik geprägt, erlangte unter anderen Vorzeichen jedoch erst nach dem Zweiten Weltkrieg Prominenz im staatlichen Bevölkerungsschutz (Folkers 2017). Der Begriff der Daseinsvorsorge geht von den komplexer werdenden gesellschaftlichen Abhängigkeiten von versorgenden Infrastrukturen aus. Eine effektive Daseinsvorsorge soll die Bedarfsbefriedigung durch Infrastrukturen sicherstellen und somit landesweit vergleichbare Lebensbedingungen gewährleisten und durch die infrastrukturelle Versorgung liberale Freiheiten schützen (ebd.: 870).

Insbesondere seit 9/11 hat sich die Diskussion um den Schutz kritischer Infrastrukturen gegenüber Naturereignissen, technischem Versagen, anderweitigen Unfällen oder kriminellen Handlungen intensiviert (BMI 2011: 7). So ist der Schutz kritischer Infrastrukturen auch elementarer Bestandteil des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe (ZSKG) (§18 Absatz 2 ZSKG, zitiert aus Fekete et al. 2019: 17). Zwar herrschen von Landes- bis EU-Ebene sowie innerhalb wissenschaftlicher Debatten unterschiedliche Verständnisse des Begriffs der kritischen Infrastruktur vor, jedoch lassen sich einige definitorische Eckpunkte festhalten, welche für die Arbeiten im Forschungsprojekt AUPIK bedeutsam sind. Beispielsweise definiert

⁸ Grundsätzlich sollte der gesamte Bereich der pflegerischen „Langzeitversorgung“ angesprochen werden. Dieser Versorgungsbereich ist – wie bereits dargelegt – nicht nur auf alte und hochaltrige Menschen allein ausgerichtet. Vielmehr werden Menschen aller Altersgruppen langfristig pflegerisch versorgt.

⁹ So definiert das Gesetz über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI-Gesetz) in §2 Abs. 10 Bereiche der kritischen Infrastruktur, die in einer Rechtsverordnung (BSI-KritisV) genauer ausdifferenziert werden.

die Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen der Bundesrepublik Deutschland, KRITIS (2009), kritische Infrastrukturen als „[...] *Organisationen und Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen, bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit oder andere dramatische Folgen eintreten würden*“ (BMI 2009: 3). Das europäische Pendant, das European Programme for Critical Infrastructure Protection (EPCIP) (2006), versteht kritische Infrastrukturen als „*the physical and information technology facilities, networks, services and assets that, if disrupted or destroyed, would have a serious impact on the health, safety, security or economic well-being of citizens or the effective functioning of governments in EU countries.*“

Sowohl die deutsche als auch die europäische Interpretation des Begriffs legen nahe, dass die Beeinträchtigung kritischer Infrastrukturen problematische Folgen für die Sicherheit und gegebenenfalls das Überleben der Bevölkerung einschließen würde. Auch aus dem wissenschaftlichen Diskurs zum Schutz kritischer Infrastrukturen lässt sich ableiten, dass kritische Infrastrukturen Schlüsselressourcen darstellen, deren Ausfall fundamental die Stabilität (eines Teils) gesellschaftlicher Ordnung infrage stellen:

„The concept of critical infrastructure and key resources includes all assets that are so vital for any country that their destruction or degradation would have a debilitating effect on the essential functions of government, national security, national economy or public health.“ (Yusta et al. 2011: 6101)

In Strategiepapieren und im wissenschaftlichen Diskurs zum Schutz kritischer Infrastrukturen liegt der Fokus auf denjenigen technischen Strukturen und Organisationen, die zentral für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung sind. Demgegenüber wird nur vage definiert, welche Art von „dramatische[n] Folgen“ (BMI 2009:3) für welche Bevölkerungsgruppen auftreten müssen, um als kritische Infrastruktur zu gelten. Daher kann aus dem Selbstverständnis des deutschen Bevölkerungsschutzes sowie aus dem wissenschaftlichen Diskurs zu KRITIS nur sehr allgemein abgeleitet werden, dass kritische Infrastrukturen dann als kritisch betrachtet werden, wenn die Wahrnehmung besteht, dass Güter oder Dienstleistungen, Prozesse und physische Materialitäten (z. B. Wasserrohre oder Stromleitungen) als unverzichtbar für das Funktionieren und die Sicherheit einer Gesellschaft oder von Teilen dieser gelten (Fekete et al. 2016: 38).

Trotz dieser Allgemeinheit finden sich häufig ähnliche Sektoren und Branchen, die typischerweise als kritische Infrastruktur klassifiziert werden (Alcaraz/Zeadally 2014: 54). Kritische Infrastruktursysteme werden demnach überwiegend mit Energieversorgung, Informations- und Kommunikationstechnologie, sowie Transport- und Verkehrswegen, Gesundheit oder (Ab-)Wasserversorgungssystemen in Verbindung gebracht (BMI 2009: 5, EPCIP 2006, BMI 2011, BBK 2020). Diese sogenannten Basisinfrastrukturen werden in gegenwärtigen Beschreibungen durch „sozioökonomische Dienstleistungsinfrastrukturen“ (BMI 2009: 5) und andere Prozesse ergänzt, die inzwischen ebenfalls als kritisch betrachtet werden. Diesbezüglich findet in den letzten Jahren zunehmend ein Paradigmenwechsel statt, welcher bewirkt, dass nicht nur technische Basisinfrastrukturen, wie zum Beispiel Wasserversorgungssysteme, sondern auch sozioökonomische Dienstleistungsinfrastrukturen, wie das Notfall- und Rettungswesen sowie Medien und Kultur (BMI 2011: 8) als sicherheitsrelevant und damit aus Sicht des Bevölkerungsschutzes als kritisch eingestuft werden (BMI 2009: 5). Das BBK (2019: 11) unterscheidet dahingehend zwischen:

- Kritischen Dienstleistungen – verstanden als „*essentielle Versorgungsdienstleistungen*“
- Kritischen Prozessen – „*gerichtete Handlungen*“, bzw. Prozesse, die „*unabdingbar für die Erbringung der Dienstleistung sind*“ sowie
- Kritischen Anlagen – „*konkrete physische Elemente wie ein Krankenhaus*“ und
- Betreiber*innen der Einrichtungen, welche kritische Anlagen besitzen.

Was konkret eine Infrastruktur oder eine Dienstleistung kritisch macht, bleibt auch mit dieser definitionserweiternden Frage der Perspektive bzw. der theoretischen Vorannahmen. Kritische Infrastrukturdefinitionen gehen größtenteils von einer homogenen Bevölkerung aus, deren grundlegende Bedarfe sich nicht unterscheiden.¹⁰ Solche Homogenisierungen sind vor allem für diejenigen Personen mit davon

10 Dies zeigt sich bspw. in der BSI-KritisV. Die Verordnung benennt in den §§ 2 bis 8 das „Funktionieren des Gemeinwesens“ als Maßstab für die Bestimmung kritischer Infrastrukturen. Dies ist also ein funktionaler Ansatz, der auf einer pauschalen Gesellschaftsvorstellung (einem holistischen Gemeinwesen) beruht.

abweichenden Bedarfen problematisch, setzen sie doch eine Normalität zum Standard, die von einigen Bevölkerungsgruppen nicht erfüllt werden kann. Trotz der auflebenden Hinterfragung der Bedeutung von Kriticalität in der Infrastrukturpolitik (Engels/Nordmann 2018) im Rahmen der Sicherheitsforschung, bleibt vor allem eine pauschale Betrachtung der Bevölkerung dominant. Systematische Blickwinkel, etwa der der staatlichen Daseinsvorsorge, laufen jedoch Gefahr dort zu vereinheitlichen, wo eigentlich unterschiedliche Bedarfe bestehen. Die weitgehende Vernachlässigung der ambulanten pflegerischen Versorgung in Politiken zum Schutz kritischer Infrastrukturen ist ein Beispiel hierfür.

5.2 Zur Beachtung und Nichtbeachtung von Infrastrukturen

Angesichts der hohen und wachsenden Zahl an Menschen, die entweder selbst oder deren An- und Zugehörige auf pflegerische Versorgung angewiesen sind, verwundert die weitgehende Stille um die pflegerische Versorgung im Kontext von Sicherheitspolitik. Erst jüngst im Zuge der COVID-19-Krise erhielt die Sicherheitsrelevanz der Pflege zumindest vorübergehend mehr Aufmerksamkeit. Trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit für Pflegefragen, wird (insbesondere die ambulante) Pflegeinfrastruktur jedoch weiterhin nicht systematisch als zentrale kritische Infrastruktur betrachtet. Vielmehr konzentrieren sich bisherige Politiken zu kritischen Infrastrukturen auf Versorgungsfragen (BBK 2019), die wiederum der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung als systemische Größe dienen. Dieser Logik folgend stehen Sektoren wie Energie, Wasser, Gesundheitsversorgung, Verkehr, Verwaltung und Finanzen als Ganzes im Mittelpunkt. Ein solches Bild geht von einem grundsätzlich autonomen Individuum aus, das lediglich von staatlichen und privaten Versorgungsleistungen abhängig ist. Zwischenmenschliche Abhängigkeiten, etwa die Pflege von Angehörigen oder die Betreuung von Kindern, bleiben bei solchen Betrachtungen in der Regel unbeachtet.

Dies zeugt von einer Unterteilung in eine öffentliche und eine private Sphäre, wobei Fürsorgefragen weitgehend der privaten Sphäre zugeschrieben werden. Die Politikwissenschaftlerin Fiona Robinson (2011) kritisierte diese Grundannahme im Rahmen der Gewährleistung von Sicherheit. Statt einer auf das einzelne Individuum fokussierte Sicherheitspolitik vertritt sie einen relationalen Ansatz, der die Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen in den Mittelpunkt stellt und auf den Grundannahmen der Fürsorgeethik (*engl.: ethics of care*) aufbaut. Demnach sind alle Menschen zumindest zeitweise in ihrem Leben auf Fürsorgeleistungen angewiesen bzw. haben diese zu erbringen. Insofern sind Fürsorgeverpflichtungen für gesellschaftliches Zusammenleben konstitutiv und somit nicht trennbar von Sicherheitspolitik. Aus dieser Perspektive wird die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen von einer rein privaten zu einer öffentlichen Aufgabe, da sie eine als relational verstandene, also beziehungsgeprägte Gesellschaft grundsätzlich ausmacht. Ob zu Hause oder in Altenheimen, in der Tagespflege oder der häuslichen pflegerischen Langzeitversorgung, unterschiedliche Formen der Fürsorgearbeiten liegen einer funktionierenden Gesellschaft zugrunde und sind damit im wahrsten Sinne des Wortes eine Infrastruktur.¹¹ Aus dieser Perspektive ist die Erbringung von Fürsorgearbeiten nicht mehr nur eine private soziale Aufgabe im Kreis der Familie oder anderer zugehöriger Personen, sondern wird für die Aufrechterhaltung einer gesamten Gesellschaft relevant. Robinson (2011: 59) argumentiert, dass Staaten, ebenso wie private Haushalte, moralische Entscheidungen über die Aufrechterhaltung von Fürsorgearrangements treffen müssten. Transferiert auf Infrastrukturpolitiken bedeutet dies, dass auch, und insbesondere, diejenigen soziale Infrastrukturen, die zur Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Fürsorgeleistungen dienen, gestärkt werden und in den Blickpunkt staatlicher Sicherheitspolitik im Bereich der kritischen Infrastrukturen rücken müssten.

Die beschriebenen Kapazitäten und Fähigkeiten in den Katastrophenschutzdiskursen und in der Pflegewissenschaft zeigen jedoch, dass diese Verbindung bisher noch in den Anfängen steckt. Aufgrund der historischen Entwicklung der Politiken zum Schutz kritischer Infrastrukturen, stehen primär materielle Infrastrukturen im Fokus der Betrachtung. Diese gelten dabei als neutral. Ihr Schutz wird im Sinne einer technologischen Resilienz zu einem technischen Akt der Instandhaltung und Bildung von Redundanzen zum Schutz von kritischen Infrastrukturen und Dienstleistungen (Rogers 2013: 323). Maßnahmen zur Resilienzerhöhung werden in einem solchen Verständnis von der Anwendung auf technische Infrastrukturen auch auf Dienstleistungen ausgeweitet, wobei vor allem organisationale (Management-)Parameter analysiert werden (Rehak et al. 2019). Kritische Forschung in diesem Bereich zeigt jedoch, dass auch die Ausgestaltung

11 Hierzu zählt nicht nur der Langzeitpflegesektor. Auch andere zwischenmenschliche Versorgungsformen, etwa die Kindererziehung oder die Krankenbetreuung, sind Fürsorgearbeiten.

von Infrastrukturen selbst politische Entscheidungen und damit die Ausgestaltung von Gesellschaft beeinflusst. Claudia Aradau (2010: 494) folgend entsteht ein solcher Prozess der Bedeutungszuschreibung durch „material-discursive practices“. Was als Infrastruktur zählt, unterliegt gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen, ebenso wie die Identifikation derjenigen Infrastrukturelemente, die als besonders schützenswert in den Kreis der kritischen Infrastruktur aufgenommen werden. Aradau (2010: 505) fasst dies wie folgt zusammen:

“Infrastructures are not simply out there, passive objects waiting to be secured in order for societies to function smoothly. Infrastructures break down, fail, corrode, rust or, as the case may be, stop flowing, leak, outflow, seep, and so on. Critical infrastructures are materialized in particular ways in debates about national security since 9/11. The securitization of critical infrastructure materializes through intra-action with other material-discursive practices: from civil engineering to legal practices of responsibility and from emergency planning to building design.”

Insofern sind gesellschaftliche Kräfteverhältnisse ebenso wie gesellschaftliche Vorannahmen in Infrastrukturen eingeschrieben und reproduzieren sowie perpetuieren diese wiederum durch ihre materielle Ausgestaltung. So zeigen Siemiatycki et al. (2020) in einer Analyse großer Infrastrukturprojekte, dass der Zugang zu und der Nutzen dieser Projekte Geschlechterunterschieden unterliegt. Jedoch bleibt auch diesen kritischen Ansätzen gemein, dass sie Infrastruktur vor allem als sozio-technische Artefakte begreifen und damit den Bereich sozialer Infrastrukturen (etwa sozioökonomische Dienstleistungen) auslassen, die zwar auf dem Vorhandensein materieller Strukturen (bspw. Strom- und Wasserversorgung sowie Verkehrsinfrastruktur) beruhen, aber eben primär durch zwischenmenschliche Interaktion erbracht werden. Ein solcher Fall ist die ambulante und stationäre Langzeitversorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie ist keine genuine Infrastruktur im technisch-materiellen Sinne und wird mehrheitlich als private oder, so sie als Dienstleistung von einem Pflegedienst übernommen wird, als wohlfahrtsstaatliche Aufgabe, nicht aber als Sicherheitsaufgabe betrachtet. Die Perspektive der pflegebedürftigen Personen, für die eine pflegerische Versorgung jedoch existenziell ist, bleibt dabei ebenso außer Acht wie die Kaskadeneffekte, die durch ausfallende Fürsorgearrangements entstehen. Dies wurde jüngst in den gesellschaftlichen Debatten über die Schließung von Schulen, Kindergärten und Tagespflegeeinrichtungen im Zuge der COVID-19-Pandemie deutlich. Die Einräumung einer Notbetreuung von Kindern, deren Eltern in als „systemrelevant“ definierten Berufen arbeiten, sollte gesellschaftliche Kernfunktionalitäten (u. a. Lebensmittelhandel, Gesundheitswesen, Polizei, öffentlicher Nahverkehr, pflegerische Versorgung) aufrechterhalten. Fürsorgebeziehungen rückten somit gleich doppelt ins Zentrum der Politik zur Bearbeitung der Pandemie. Einerseits wurde der Bedarf an Pflegekräften (noch) sichtbarer. Andererseits mussten auch diese professionellen Pflegekräfte in ihren Fürsorgebeziehungen (bspw. Kinderbetreuung) unterstützt werden, um ihren pflegerischen Aufgaben im pandemischen Kontext nachkommen zu können.

Die Bedeutung von Fürsorgeleistungen ist jedoch nicht auf das Szenario einer Pandemie beschränkt. Auch bei anderen Szenarien ist die Aufrechterhaltung von Fürsorgearbeiten sowohl für die Patient*innen als auch für deren An- und Zugehörigen entscheidend. So werden nur dort Menschen ihre gesellschaftlichen Aufgaben problemlos wahrnehmen können, wo ihre Fürsorgebeziehungen gesichert sind. Dies gilt beispielweise auch für ehrenamtliche und hauptamtliche Rettungskräfte, deren Möglichkeit an einem Katastrophenschutz einsetz teilzunehmen auch von der Versorgung ihrer Angehörigen abhängt (seien es zu betreuende Kinder oder pflegebedürftige Angehörige). Dies verdeutlicht, wie stark gesellschaftliche Resilienz von der Belastbarkeit von Fürsorgebeziehungen abhängt. Fürsorgearbeiten erfordern vielfach ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz. In der pflegerischen Langzeitversorgung wird dies im Bereich der außerklinischen Intensivpflege (oft auch: Beatmungspflege) am augenscheinlichsten. Diese Fürsorgebeziehungen sollten insofern nicht als rein private Angelegenheit angesehen werden, sondern als ein komplexes Aufgabengeflecht, das sowohl vom sozialen Umfeld als auch von einer Vielzahl an unterschiedlichen professionellen Akteur*innen gewährleistet wird.

Der Ansatz der *ethics of care* soll bisherige Perspektiven auf (kritische) Infrastruktur jedoch nicht ersetzen, sondern ergänzen, indem er die konstitutive gesellschaftliche Bedeutung von Fürsorgebeziehungen ins Zentrum stellt und so sicht- und greifbarer macht. Dennoch wird dabei deutlich, dass bisherige Konzepte zur

Erhöhung der infrastrukturellen Resilienz nicht einfach auf den Gesundheitsbereich im Allgemeinen und den Bereich der häuslichen Pflege im Speziellen übertragen werden können. Anders als im Energiesektor oder bei der Wasserversorgung, ist die Leistungserbringung in erster Linie eine gesundheitliche und soziale Dienstleistung. Zwar ist sie vielfach auf die Funktionalität anderer Infrastrukturen, etwa von einer gewährleisteten Wasser- und Stromversorgung, abhängig. Jedoch weist sie über die Versorgung einzelner Individuen hinaus und stützt ein (oft komplexes) Fürsorgearrangement, bestehend aus unterschiedlichen Verantwortungskontellationen aus Betreuungs- und Pflegebeziehungen. All diese Beziehungen muten zunächst einmal privat und häuslich an, zeigen aber in ihrer Summe gesellschaftliche Effekte. Eine relationale gesellschaftliche Ontologie gemäß der *ethics of care* erlaubt es, ein komplexeres Bild von einer zu versorgenden Gesellschaft zu zeichnen. 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 vergleichsweise prekäre Arbeitsbedingungen und relative Personalknappheit gekennzeichnet ist, berücksichtigt werden, um die gesamtgesellschaftliche Resilienz zu stärken.

5.3 Zum Begriff der Resilienz im Mehrebenensystem

Wenn die Aufrechterhaltung von Fürsorgearrangements von entscheidender Bedeutung zur Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Strukturen ist, dann kommt der ambulanten Pflegeinfrastruktur als Teil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine zentrale Rolle zu. Als solche ist es von gesellschaftlicher Bedeutung, wie belastbar sie ist und wie lange sie zur Aufrechterhaltung der einzelnen häuslichen Pflegesettings beitragen kann. Die Fähigkeit der Aufrechterhaltung von Strukturen und Systemen trotz eintretender negativer Ereignisse wird unter dem Schlagwort der Resilienz verhandelt (Holling 1973; Bourbeau 2018a; Tierney 2019). Der Begriff der Resilienz gewann in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend an Popularität und hat mittlerweile sowohl im wissenschaftlichen als auch im politischen Diskurs im Bereich des Bevölkerungsschutzes einen hohen und weiter steigenden Stellenwert inne. Neben einem rasant wachsenden Diskurs zur Resilienz in den sozialwissenschaftlichen Sicherheitsstudien (Dunn Cavely/Kaufmann/Kristensen 2015; Joseph 2018; Bourbeau 2018b; Fekete/Friedrich 2018) hielt Resilienz auch in internationale Katastrophenschutzpolitiken, wie etwa dem *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction* auf Ebene der Vereinten Nationen (UNDRR 2015), Einzug.

Der Begriff der Resilienz wird in so verschiedenen Zusammenhängen und mit abweichenden Bedeutungszuschreibungen verwendet, dass er der Einordnung in den jeweiligen Anwendungskontext bedarf, um konkret betrachtet werden zu können (Kaufmann 2012: 110). Trotz unterschiedlicher Definitionen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen kann Resilienz grundsätzlich als strukturierter Anpassungsprozess an potenziell schädliche Ereignisse definiert werden (Bourbeau 2018b: 13-14). Während ein ingenieurwissenschaftliches Resilienzverständnis die Existenz von nur einem stabilen Gleichgewichtszustand eines Systems propagiert, in den nach einem Schockereignis zurückgekehrt werden müsse, geht das ökologische Resilienzverständnis von der Existenz unterschiedlicher Gleichgewichtszustände aus (Holling 1996). Sollte ein Schockereignis so groß sein, dass ein sozio-ökologisches System nicht mehr in den vorherigen Gleichgewichtszustand zurückzukehren vermag, kann es durch gelingende komplexe Anpassungsprozesse einen neuen Gleichgewichtszustand erreichen (Holling 2001). Ein solches, der Ökologie entlehntes, Resilienzverständnis ist auch im Sicherheitsbereich weit verbreitet (Walker/Cooper 2011), wenngleich in diesem Bereich auch psychologische Resilienzansätze Anwendung finden (Howell 2015).

Die herausgestellte Bedeutung der Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur für die Gewährleistung häuslicher Pflegearrangements sowie der übergeordnete Zusammenhang der Resilienz von Fürsorgebeziehungen und der gesamtgesellschaftlichen Resilienz erinnern an das Konzept der Panarchie, das im ökologischen Resilienzverständnis eine zentrale Rolle spielt (Holling/Gunderson 2002). Hierbei wird angenommen, dass ein ökologisches oder soziales System aus verschiedenen, miteinander interagierenden Ebenen besteht. Alle diese Ebenen durchlaufen eigene, aber miteinander verknüpfte Resilienzzyklen, bestehend aus Organisation und Reorganisation. Veränderungen auf einer Ebene können Kaskadeneffekte auf einer anderen Ebene hervorrufen. Der Soziologe und Sicherheitsforscher Wolfgang Bonß (2015: 22) beschreibt Panarchie als

„eine spezifische Sichtweise auf die Strukturierung und Veränderung von Systemen: Die Resilienz von Systemen ist hiernach mehrdimensional zu sehen, und zwar in zweifacher Hinsicht: Auf der einen Seite sind lokale Systeme immer in übergreifende Zusammenhänge eingebettet. [...] Auf der anderen Seite gibt es in allen Systemen Beharrungs- und Veränderungskräfte, die als ‚remember‘ und ‚revolt‘ etikettiert werden können“.

Dabei bedarf Resilienz auf all diesen interdependenten Ebenen spezifischer Fähigkeiten und Potenziale, um auf Veränderungen reagieren zu können. Die bloße Forderung von Resilienz schafft höchstens eine Verlagerung von Verantwortung hin zu denjenigen, denen nun eine größere Anpassungsfähigkeit abverlangt wird. Dies stärkt Betroffene nicht, sondern verschlechtert ihre Lage sogar noch, sind sie es doch nun, die für eine gelingende Krisenbewältigung zuständig sind. Politikansätze dieser Art haben daher berechtigterweise in der Literatur Kritik erfahren (Joseph 2018, 2013; Evans/Reid 2014). Denn Anpassungsprozesse sind voraussetzungsvoll und verlangen, je nach Kontext, das Vorhandensein von ökonomischem Kapital, sozialen Netzwerken oder anderen individuellen oder organisationalen Fähigkeiten (Krüger 2019b). Vergangene Krisenereignisse haben gezeigt, dass Vernetzung und die Kenntnis relevanter Ansprechpartner*innen die Anpassungsfähigkeit – und damit die Resilienz – von Personen erhöht (Uekusa 2018; Aldrich/Meyer 2015). Insofern bedarf eine gelingende Resilienzpolitik primär der Stärkung der relevanten Akteur*innen auf den unterschiedlichen Ebenen. Die Aufrechterhaltung der häuslichen pflegerischen Versorgung, nicht zuletzt durch ambulante Pflegedienste, ist hierfür ein wichtiger Bestandteil. Diese kann jedoch nur gelingen, wenn Kompetenzen und Bedarfe von der individuellen Ebene der Pflegenden und Katastrophenschützer*innen über die organisationale Ebene der Pflegedienste und des Katastrophenschutzes bis hin zur strukturellen Ebene der politischen Rahmenbedingungen miteinander verhandelt werden. Die im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts AUIK zu erarbeitenden Maßnahmen sollten insofern auf die miteinander verzahnte Stärkung all dieser Ebenen abzielen.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

Matthias Brejora, Michael Ewers, Heidi Oschmiansky, Marco Krüger, Yvonne Lehmann, Sanne Lessinnes, Marianne Schüsseler, Anne Thiele, Tim Walter, Katharina Wezel

Die Zusammenschau der verschiedenen Perspektiven in diesem Working Paper vollzieht sich auf zwei Ebenen: Einerseits wird sie zwischen Wissenschaft und Praxis geführt. Andererseits werden Perspektiven aus den Sicherheitsstudien, der Katastrophenforschung und der Pflegewissenschaft zusammengeführt. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass Fragen der Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur weder seitens des Katastrophenschutzes noch seitens der Pflege(-wissenschaft) systematisch und umfassend behandelt wurden. Wie in Kapitel 2 erläutert, ist insofern davon auszugehen, dass ambulante Pflegedienste nicht systematisch auf die Bewältigung von Ausnahmesituationen bis hin zu anhaltenden Katastrophenlagen vorbereitet sind. Ebenfalls verfügen aber auch die Katastrophenschutzstrukturen nicht über die Möglichkeiten, um ausfallende Pflegekapazitäten vollumfänglich zu ersetzen. Dies erfordert eine Stärkung der ambulanten Pflegedienste, um ihre Anpassungsfähigkeit zu erhöhen und damit ihre Vulnerabilität gegenüber unvorhergesehenen Situationen zu verringern. Ein solches Unterfangen sollte bei der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Stellung von Fürsorgebeziehungen beginnen. Die Aufrechterhaltung dieser ist keineswegs eine rein private, sondern ebenso eine gesellschaftliche Angelegenheit. Ganz konkret hat die COVID-19-Pandemie und die im Zuge dessen geführte Debatte um Betreuungsmöglichkeiten in den letzten Monaten den Stellenwert von Fürsorgebeziehungen für die Aufrechterhaltung von gesellschaftlichen Kernfunktionalitäten eindrücklich vor Augen geführt. Die häusliche pflegerische Versorgung von Personen ist ein Teil dieser Fürsorgebeziehungen. Angesichts einer zunehmend professionalisierten häuslichen Pflege ist die Stärkung ambulanter Pflegedienste ein Beitrag zu einer Stärkung der gesamtgesellschaftlichen Resilienz, zieht ein Ausfall von Pflegeleistungen doch weitreichende Kaskadeneffekte nach sich. Bisherige Verständnisse von kritischen Infrastrukturen können dies aufgrund ihres Fokus auf die Versorgungssicherheit von (weitgehend) autonomen Individuen mit einem eingeschränkten Fokus auf Krankenhäuser und zentrale Knotenpunkte medizinischer Versorgung

nicht erfassen. Insofern beruhen die Forschungsarbeiten in AUIPIK auf einem relationalen Verständnis von Gesellschaft und somit von resilienten Infrastrukturen. In diesen prägen Fürsorgebeziehungen entscheidend das gesellschaftliche Zusammenleben.

Der Ausfall der professionalisierten pflegerischen Langzeitversorgung – als Stütze zur Aufrechterhaltung zahlreicher Fürsorgebeziehungen – führt damit zu Betroffenheiten weit über den Kreis der eigentlichen Pflegebedürftigen hinaus. Denn wo die Pflege nicht mehr sichergestellt ist, werden An- oder Zugehörige diese Fürsorgearbeit, wenn möglich, auffangen und fallen damit in ihrer eigenen (womöglich systemrelevanten) Tätigkeit aus. Trotz dieser Bedeutung tendieren bisherigen Ansätze dazu, ambulante Pflegestrukturen zu vernachlässigen und nur cursorisch zu behandeln.

Für den weiteren Forschungsprozess im Verbundprojekt AUIPIK ergeben sich daher drei zentrale Arbeitsfelder:

- 1) Es ist zu analysieren, welches Infrastrukturverständnis gegenwärtig im Bevölkerungsschutz vorherrscht und welche Auswirkungen sich daraus auf die Krisenfestigkeit der ambulanten Pflegeinfrastruktur ergeben. Dem *ethics of care* Ansatz folgend sollten dabei auch alternative Verständnisse von Infrastruktur in den Untersuchungsprozess einbezogen werden, um strukturelle soziale Faktoren zur Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur zu identifizieren.
- 2) Zudem gilt es Potenziale, Bedarfe und Maßnahmen zu bestimmen, um auf organisationaler und individueller Ebene die Kompetenzen der Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden im Umgang mit Krisen und Katastrophen zu stärken.
- 3) Schließlich sind die Potenziale und Bedarfe der Katastrophenschutzstrukturen zu bestimmen, um darauf aufbauend Maßnahmen zur Unterstützung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisen und Katastrophen auf organisationaler und individueller Ebene zu erarbeiten.

Die Erarbeitung (und Erprobung) von Strategien zur Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur soll sich an einem mehrperspektivischen *Resilienzverständnis* orientieren (Borubeau 2018b). Denn einerseits beruht Resilienz (und vor allem das sozial-ökologische Verständnis von Resilienz) auf den Annahmen des *Komplexitätsparadigmas*. Demnach ist aufgrund von komplexen Interdependenzen, nicht zu antizipierenden Kaskadeneffekten und einer Vielzahl von beteiligten Akteur*innen eine allumfassende zentrale Planung zukünftiger Prozesse nicht möglich (Urry 2005). Stattdessen ergeben sich die übergeordneten Strukturen erst aus den vernetzten, aber dezentralen Interaktionen der einzelnen Akteur*innen. Resilienz zielt darauf ab, diese Komplexität handhabbar zu gestalten. Statt zentraler Vorgaben gilt es, kontextuelles Wissen zu befördern und lokales Handeln zu ermöglichen (Chandler 2014). Angesichts eines Marktes mit mehr als 14.000 Unternehmen, der Vielzahl an heterogenen häuslichen Pflegearrangements sowie der unterschiedlichen beteiligten Akteur*innen erscheint das Komplexitätsparadigma zur Bearbeitung von AUIPIK anschlussfähig. So ergibt sich die ambulante Pflegeinfrastruktur aus den Entscheidungen der einzelnen am Markt agierenden Unternehmen sowie aus deren Interaktionen mit lokalen Partner*innen sowie nicht zuletzt mit den pflegebedürftigen Personen und ihren An- und Zugehörigen selbst, die in unterschiedlichen häuslichen Settings leben. Andererseits zielt der Resilienzansatz auf eine Steigerung von Fähigkeiten und Potenzialen ab, die ihrerseits die Anpassungsfähigkeit der Betroffenen steigern. Es geht folglich um die Erhöhung der Handlungsfähigkeit der Akteur*innen, insbesondere auch der ambulanten Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden, in der Vorbereitung auf mögliche Krisen und Katastrophenlagen sowie ggf. deren Bewältigung. Hierzu gilt es insbesondere Informationsangebote und Schulungen zu entwickeln.

Seitens des Katastrophenschutzes zeigen die Praxiserfahrungen aus vergangenen Einsätzen drei wesentliche Tendenzen. Erstens werden infolge des demografischen und sozialen Wandels heute viel mehr Menschen, die zum Teil allein wohnen, zu Hause gepflegt. Diese sind in einem Schadensereignis oder einer Katastrophe zwingend auf Hilfe angewiesen. Zweitens zeigen die Erfahrungen, dass Einsatzlagen heute deutlich länger andauern können und sich die Organisationen des Katastrophenschutzes dementsprechend einstellen müssen. Drittens verdeutlichen die Katastrophenschutzserfahrungen, dass es keine strukturierte und geplante Zusammenarbeit zwischen den Strukturen des Katastrophenschutzes und den Pflegediensten sowie anderen pflegeunterstützenden Akteur*innen gibt und, dass eine Zusammenarbeit in einem Schadensereignis oft nur ad hoc erfolgt.

Diese Erkenntnisse gewannen auch im Fachdiskurs des Bevölkerungsschutzes in den letzten Jahren an Bedeutung. Es wurde das Erfordernis erkannt, dass vor allem Hilfsorganisationen mit Blick auf ihre Ressourcen (Personal, Qualifikation, Struktur, Material) darauf eingestellt werden müssten. Im internationalen Kontext sind aus der weltweiten Rotkreuz-Bewegung einige wenige Konzepte zur Stärkung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Katastrophen bekannt. Bei diesen liegt der Fokus auf einer Vernetzung von Katastrophenschutz und ambulanten Pflegediensten. Neben der gegenseitigen Vernetzung und der Unterstützung von Pflegediensten stellt sich im Forschungsrahmen von AUIPK die Frage, wie Katastrophenschutzstrukturen für den Fall, dass eine häusliche pflegerische Versorgung nicht mehr möglich ist, eine vorübergehende Zentralisierung umsetzen könnten und welche Akteur*innen hierfür welche Fähigkeiten benötigen.

Der Kritik an einer Reihe aktueller Ansätze zur Erhöhung gesellschaftlicher Resilienz Rechnung tragend (Joseph 2018; Kaufmann 2013), sollten in erster Linie die Voraussetzungen – also die benötigten Kapazitäten und Kooperationen – für einen gelingenden Umgang mit Krisen und Katastrophen ermöglicht werden. Statt körperliche, ökonomische und soziale Faktoren zur Ausbildung von Resilienz als bei den Akteur*innen gegeben vorauszusetzen, gilt es diese aktiv zu fördern (Krüger 2019a). Resilienz hat damit jedoch seinen Preis (Boin/van Eeten 2013: 443), denn eine solche Förderung von Kapazitäten verlangt immer auch nach Ressourcen (u. a. Zeit und Budget). Auf die Frage, welche Fördermaßnahmen in welchem Umfang nun angemessen und sinnvoll sind, gibt es keine eindeutig richtige Antwort. Vielmehr muss diese Frage, ebenso wie die Frage, wer diese Kosten legitimer Weise trägt, Gegenstand gesellschaftlicher Verhandlungen sein. Denn ungeachtet der entstehenden Kosten ist letztlich nicht sicher, ob die getroffenen Maßnahmen für die Bewältigung eines zukünftigen Ereignisses tatsächlich ausreichend sein werden.

Ungeachtet dessen ist die Stärkung der Bewältigungskapazitäten der ambulanten Pflegedienste – ein Mittel, um Ungewissheiten zu reduzieren und negative Konsequenzen von Alltagsstörungen zu vermeiden. Ein solches Unterfangen muss zwangsläufig auf verschiedenen Ebenen ansetzen und damit, neben der individuellen, auch die (inter-)organisationale und die politisch-regulatorische Ebene in den Blick nehmen (Mehr-Ebenen-Ansatz). Angesichts des aktuellen Forschungsstands und der identifizierten Leerstellen, bedarf es im nächsten Schritt des Forschungsverbunds AUIPK der Auswertung des empirisch erhobenen Ist-Zustands, um vorhandene Fähigkeiten wie auch Defizite in der Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur sichtbar und damit verhandelbar zu machen.

7. Literatur

- Abou-Taam, M. (2011): Folgen des 11. September 2001 für die deutschen Sicherheitsgesetze. <https://www.bpb.de/apuz/33229/folgen-des-11-september-2001-fuer-die-deutschen-sicherheitsgesetze> [abgerufen am: 27.10.2020].
- Ahrens, C. (2019): Berlin-Köpenick 31 Stunden Stromausfall. 30 000 Haushalte ohne Strom, Brandschutz. *Deutsche Feuerwehr-Zeitung*, 19(6), S. 468-472.
- Aldrich, D. P./Meyer, M. A. (2015): Social Capital and Community Resilience. *American Behavioral Scientist*, 2(59), S. 254-269.
- Alfred, D. et al. (2015): Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), S. 82-89.
- Aluisio, A.R. et al.(2016): Case-based Learning Outperformed Simulation Exercises in Disaster Preparedness Education Among Nursing Trainees in India: A Randomized Controlled Trial. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(5), S. 516-523.
- APS/vdek – Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V./Verband der Ersatzkassen (2018): Patientensicherheitsoffensive von APS, vdek und Ersatzkassen. Sieben konkrete Forderungen für mehr Patientensicherheit. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/06_Patientensicherheitsoffensive-Sieben-Forderungen-von-APS-und-vdek.pdf [abgerufen am: 13.12.2020].
- American Red Cross/US Department of Homeland Security (2004): Preparing for Disaster for People with Disabilities and other Special Needs. https://www.redcross.org/content/dam/redcross/atg/PDF_s/Preparedness___Disaster_Recovery/General_Preparedness___Recovery/Home/A4497.pdf [abgerufen am: 14.10.2020].
- ANPAS/ ASBÖ/ ASB/ ASSR/ Weisses Kreuz (2016): Leitfaden Management sozialer Belange im Zusammenhang mit Notunterkünften. SAMETS. http://sametsproject.eu/wp-content/uploads/sites/7/2016/06/SAMETS_Guidelin_DE.pdf [abgerufen am: 13.10.2020].
- Aradau, C. (2010): Security That Matters. Critical Infrastructure and Objects of Protection. *Security Dialogue*, 5(41), S. 491-514.
- Australian Red Cross (2016): Disaster ready. A guide for planning and facilitating workshops for the community service sector. <https://www.redcross.org.au/getmedia/1c34a795-803e-421b-b40a-2e887caae3e2/160629-Disaster-Ready-Guide.pdf.aspx> [abgerufen am: 13.10.2020].
- Barbero, F. (2016): Disaster Nursing – Preparedness & Response. <https://de.slideshare.net/nursefrentz/disaster-nursing-66945093> [abgerufen am: 18.12.2020].
- Bartholomeyczik, S. (2011): Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Beltz Juventa, S. 67-94.
- BBK – Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2019): Sendai Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015 – 2030. https://www.kritis.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Sendai_Rahmenwerk_2015_2030.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am: 01.12.2020].
- Berner Bildungszentrum Pflege (2019): Nachdiplomkurs Disaster Nursing. <https://www.bzpflege.ch/weiterbildung/weiterbildungsangebote/alle-kurse/nachdiplomkurs-disaster-nursing/beschreibung> [abgerufen am: 18.12.2020].
- Bistaraki, A./Waddington, K./Galanis, P. (2011): The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece. *International Nursing Review*, 58, S. 341-346.
- Blättner, B./Georgy, S./Grewe, H. A. (2013): Sicherstellung ambulanter Pflege in ländlichen Regionen bei Extremwetterereignissen. In: Roßnagel, A. (Hrsg.): Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens. Kassel: University Press, S. 267-296.
- Boin, A./van Eeten, M. J. G. (2013): The Resilient Organization. A critical appraisal. *Public Management Review*, 3(15), S. 429-445.
- Bonß, W. (2015): Karriere und sozialwissenschaftliche Potenziale des Resilienz begriffs. In: Endreß, M./ Maurer, A. (Hrsg.): Resilienz im Sozialen. Theoretische und empirische Analysen. Wiesbaden: Springer VS, S. 15-31.

- Bourbeau, P. (2018a): A Genealogy of Resilience. *International Political Sociology*, 1(12), S. 19-35.
- (2018b): On Resilience. Genealogy, Logics and World Politics. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brandenburg, H./Dorschner, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 1. (3. überarb. u. erw. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Bromley, E. et al. (2017): How Do Communities Use a Participatory Public Health Approach to Build Resilience? The Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, S. 1267.
- Brown, L. M. et al. (2012): The Effects of Evacuation on Nursing Home Residents with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(6), S. 406-412.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.) (2010): Neue Strategien zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland. (Wissenschaftsforum, Band 4), Bonn.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2018): AKNZ-Fachkongress 2017. Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz – Konzepte und Perspektiven für die Zukunft. Bonn.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2016): Konzeption Zivile Verteidigung (KZV). 24.08.2016. https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/bevoelkerungsschutz/konzeption-zivile-verteidigung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [abgerufen am: 27.10.2020].
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat; Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2021): Stärkung des Bevölkerungsschutzes durch Neuausrichtung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Berlin. www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2021/03/konzept-neuausrichtung-bbk.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [abgerufen am: 15.06.2021].
- Büscher, A. (2011): Ambulante Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, S. 491-512.
- Büscher, A./Krebs, M. (2018): Qualität in der ambulanten Pflege. In: Jacobs, K./Kuhlmeier, A./Grefß, S./Klauber J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Berlin: Springer Open, S. 127-134.
- Cha, B. S. et al. (2016): The Road to Resilience: Insights on Training Community Coalitions in the Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(6), S. 812-821.
- Chandler, D. (2014): Resilience. The Governance of Complexity. Abingdon, Oxon, New York: Routledge.
- Collier, S. J./Lakoff, A. (2015): Vital Systems Security: Reflexive Biopolitics and the Government of Emergenc. *Theory, Culture & Society*, 2(32), S. 19-51.
- CORDIS – Plattform für Forschungsergebnisse der EU (2016): Disaster Training Curriculum. <https://cordis.europa.eu/project/id/285036/de> [abgerufen am: 14.12.2020].
- Czakert, J./ Lehmann, Y./ Ewers, M. (2018): Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung – Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 135(1), S. 18-26.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Berlin: DBfK. https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbroschuere_2019-07.pdf [abgerufen am: 18.12.2020].
- deBoer, J./ Dubouloz, M. (Eds.) (2000): Handbook of Disaster Medicine – Emergency medicine in mass casualty situations. Utrecht: Van der Wees.
- Destatis (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042880/5224001179004_korr16012019.pdf [abgerufen 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-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf;jsessionid=C9714004C3EFD8821BE7DD24E2B46633.internet8711?__blob=publicationFile [abgerufen am: 05.01.2021].
- (2020a): Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis.

- (2020b): Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Wiesbaden: Destatis.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2017): Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst - Teil 1. Berlin: DRK-Service GmbH.
- (2018a): Das Komplexe Hilfeleistungssystem. Berlin: DRK-Service GmbH.
- (2018b): 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.
- (2018c): 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.
- (2019): Das DRK im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz - Strategie Notfallversorgung im DRK - inclusive Maßnahmen zur Strategie. Berlin (unveröffentlichtes Dokument).
- (2020a): Resiliente Nachbarschaften. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu sozialem Zusammenhalt und Nachbarschaftshilfe in Krisen und Katastrophen. Berlin: DRK-Service GmbH.
- (2020b): Resiliente Nachbarschaften. Teil 2: Pilot-Konzept zur Stärkung von Vernetzung und Katastrophenvorsorge im Sozialraum. Berlin: DRK-Service GmbH.
- (2020c): Dokumentation von Einsatzlagen Teil 1 & 2. Berlin: DRK-Service GmbH.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. Bundesleitung der Bereitschaften (2018): Der DRK Betreuungsdienst der Zukunft. Ein Grünbuch der Bundesleitung der Bereitschaften auf Grundlage von Forschungsergebnissen des DRK. Berlin: DRK-Service GmbH.
- DRK Experte (2020): Einsatzerfahrung Bombenevakuierung Frankfurt.
- Dunn Caverty, M./Kaufmann, M./Kristensen, K. S. (2015): Resilience and (in)security: Practices, Subjects, Temporalities. *Security Dialogue*, 1(46), S. 3-14.
- Eisenman, D. et al.(2014): The Los Angeles County Community Disaster Resilience Project – A Community-Level, Public Health Initiative to Build Community Disaster Resilience. *International Journal of Research and Public Health*, 11, S. 8475-8490.
- Ellenbecker, C.H. et al. (2008): Chapter 13. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes, R.G. (Hrsg.): Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Hand-book for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Endreß, C./Petersen, N. (2012): Die Dimensionen des Sicherheitsbegriffs. Bundeszentrale für Politische Bildung. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/innere-sicherheit/76634/dimensionen-des-sicherheitsbegriffs> [abgerufen am: 18.12.2020].
- Endreß, C./ Feißt, M. (2014): Von der Sicherheit zur Sicherheitskultur – Über den Umgang mit der Komplexität im Sicherheitsdiskurs. In: Lange, H-J/ Wendekamm, M./ Endreß, C. (Hrsg.): Dimensionen der Sicherheitskultur. Studien zur Inneren Sicherheit. Wiesbaden: Springer VS, S. 19-32.
- Engels, J. I./Nordmann, A. (Hrsg.) (2018): Was heißt Kritikalität? Zu einem Schlüsselbegriff der Debatte um Kritische Infrastrukturen. Bielefeld: transcript.
- Evans, B./Reid, J. (2014): Resilient Life. The Art of Living Dangerously. Cambridge: Polity Press.
- Ewers, M./Lehmann, Y. (2019): Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019 – Schwerpunkt: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher? Heidelberg: Springer Open, S. 167-177.
- Ewers, M./Schaepe, C./Lehmann, Y. (2017a): Alles Sicher? – Risikosituationen in der häuslichen Intensivpflege aus Sicht beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen. *Pflege*, 30(5), S. 365-373.
- (2017b): Schlussbericht Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten (SHAPE.). Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften Universitätsbibliothek (open access).
- Ewers, M./Lehmann, Y. (unter Mitarbeit von Bachmann, S./Gröbe, S.) (2021): Katastrophenvorsorge und -bewältigung in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege – Literaturübersicht & Bibliografie. Working Paper No. 21-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

- Fachkommission nach § 53 PflBG (2020): Rahmenplänge der Fachkommission nach § 53 PflBG – Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. 2., überarb. Auflage. (Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung). Bonn: BIBB. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Rahmenplaene_BARRIEREFREI_FINAL.pdf [abgerufen am: 17.12.2020].
- Fekete, A./Friedrich, F. (Hrsg.) (2018): Urban Disaster Resilience and Security. Addressing Risks in Societies. Cham: Springer.
- Folkers, A. (2017): Existential provisions: The technopolitics of public infrastructure. *Environment and Planning D: Society and Space*, 5(35), S. 855-874.
- (2018): Was ist kritisch an kritischer Infrastruktur? Kriegswichtigkeit, Lebenswichtigkeit, Systemwichtigkeit und die Infrastrukturen der Kritik. In: Engels, J. I./Nordmann, A.: Was heißt Kritikalität? Zu einem Schlüsselbegriff der Debatte um Kritische Infrastrukturen. Bielefeld: transcript, S. 123-154.
- Gas and Electricity Markets Authority (2019): Electricity Act 1989. Standard conditions of the Electricity Distribution Licence. <https://epr.ofgem.gov.uk/Content/Documents/Electricity%20Distribution%20Consolidated%20Standard%20Licence%20Conditions%20-%20Current%20Version.pdf> [abgerufen am: 14.10.2020].
- Glauberger, G.H.R. et al. (2020): Disaster Aftermath Interprofessional Simulation: Promoting Nursing Students' Preparedness for Interprofessional Teamwork. *Journal of Nursing Education*, 59(6), S. 353-356.
- Görres, S. et al. (2010): Global Disaster Management and Nursing. Welche Aufgaben haben Pflegende in der Katastrophenhilfe? *Die Schwester Der Pfleger*, 49(6), S. 580-582.
- Gowing, J.R. et al. (2017): Disaster Preparedness Among Health Professionals and Support Staff: What Is Effective? An Integrative Literature Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(2), S. 321-328.
- Gray, M.M. et al. (2019): Identifying Crucial Equipment and Skills Needed to Evacuate Critically Ill Infants During Disasters: Using Nursing Expertise to Guide Training Targets. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(4), S. 370-375.
- Grotchtdreis, T. et al. (2016): Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *South Eastern European Journal of Public Health*, VII.
- Harrison, M.B. et al. (2013): Safety in home care: A mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 11(3), S. 148-160.
- Hassmiller, S./Pulcini, J. (Ed.) (2020): Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective. New York et al.: Springer.
- Haverkamp, R. (2015): Barometer Sicherheit in Deutschland (BaSiD). Objektive und subjektive (Un-) Sicherheit in der Kriminalprävention – Das Sicherheitsquadrat als Analyseinstrument (Teil 2). *Forum Kriminalprävention*, 15(2), S. 52-57.
- Heagele, T. (2016): Disaster Related Community Resilience: A Concept Analysis and a Call to Action for Nurses. *Public Health Nursing*, 34(3), S. 295-302.
- Hiete, M./Merz, M./Schultmann, F. (2011): Scenario-based impact analysis of a power outage on healthcare facilities in Germany. *International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment*, 2(3), S. 222-244.
- Hilli, Y./Eriksson, K. (2019): The home as ethos of caring: A concept determination. *Nursing Ethics*, 26(2), S. 425-433.
- Holling, C. S. (1973): Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics*, 4, S. 1-23.
- (1996): Engineering Resilience versus Ecological Resilience. In: Schulze, P. C. (Hrsg.): Engineering within Ecological Constraints. Washington D.C.: National Academy Press, S. 33-43.
- (2001): Understanding the Complexity of Economic, Ecological, and Social Systems. *Ecosystems*, 5(4), S. 390-405.
- Holling, C. S./Gunderson, L. H. (2002): Resilience and Adaptive Cycles. In: Gunderson, L. H./Holling, C. S.: Panarchy: Understanding Transformations in Human and Natural Systems. Washington, Colorado, London: Island Press, S. 25-62.
- Howell, A. (2015): Resilience, war, and austerity: The ethics of military human enhancement and the politics of data. *Security Dialogue*, 1(46), S. 15-31.
- Hutton, A./Veenema, T.G./Gebbie, K. (2016): Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(6), S. 680-683.

- Hyer, K. et al. (2010): Helping Nursing Homes Prepare for Disasters. *Health Affairs*, 29(10), S. 1961-1965.
- ICN – International Council of Nurses (2014): Häusliche Pflege – Katalog aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®) 2014. (Übersetzung des ICNP®-Katalog 2011 „Community Nursing – A Shared Project with the Scottish Government, and the National Health Service Scotland“) Hrsg.: DBfK, ÖGKV und SBK. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/ICNP-Katalog_Haeusliche_Pflege_2014-03-25.pdf [abgerufen am: 19.12.2020].
- (2019): Core Competencies in Disaster Nursing. Version 2.0. Geneva: ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf [abgerufen am: 01.12.2020].
- IHI/NPSF – Institute for Healthcare Improvement/National Safety Foundation Cambridge (2017): Patient Safety in the Home. Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities. Boston: IHI/NPSF. https://homecarenh.org/wp-content/uploads/2018/07/PatientSafetyInTheHome_2017.pdf [abgerufen am: 19.12.2020].
- Jakeway, C.C./LaRose, G./Cary, A./ Schoenfisch, S./Association of State and Territorial Directors of Nursing (2008): The Role of Public Health Nurses in Emergency Preparedness and Response: A Position Paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing. *Public Health Nursing*, 25(4), S. 353-361.
- Jordans, S. (2017): »Bombenentschärfung in Frankfurt: „Bombensonntag mit Bombenwetter“«, Deutsche Welle vom 03.09.2017. <https://www.dw.com/de/bombenentsch%C3%A4rfung-in-frankfurt-bombensonntag-mit-bombenwetter/a-40345711> [abgerufen am: 28.10.2020].
- Joseph, J. (2013): Resilience in UK and French Security Strategy: An Anglo-Saxon Bias?, *Politics*, 4(33), S. 253-264.
- (2018): Varieties of Resilience. Studies in Governmentality. Cambridge: Cambridge University Press.
- Juchli, L. (1998): Pflege. Theorie und Praxis der Gesundheits- und Krankenpflege. (8. überarb. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Kämmer, K./ Link, J. (2019): Management in der ambulanten Pflege. Besser organisieren – sicherer führen. 2. aktual. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Kaufmann, M. (2013): Emergent self-organisation in emergencies. Resilience rationales in interconnected societies. *Resilience*, 1(1), S. 53-68.
- Kaufmann, S. (2012): Resilienz als >Boundary Object<. In: Daase, C./Offermann, P./Rauer, V.: Sicherheitskultur. Soziale und politische Praktiken der Gefahrenabwehr. Frankfurt, New York: Campus, S. 109-131.
- Khorram-Manesh, A. et al. for the Scientific Committee of the DITAC Project (2018): Education in Disaster Management and Emergencies: Defining a New European Course. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(3), S. 245-255.
- Kirchbach, H-P. von (2018): Ist das Betreuungswesen noch zeitgemäß? - Von der Vergangenheit in die Zukunft. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: AKNZ-Fachkongress 2017. Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz – Konzepte und Perspektiven für die Zukunft. Bonn. S. 14-22.
- Klie, T. (2018): Wohlfahrtspluralismus und Subsidiarität in modernen Gesellschaften: Grundlagen für neue Antworten auf die Frage: Who cares? In: Zimmermann, H.-P. (Hrsg.): Kulturen der Sorge: Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Kobayashi, S. et al. (2012): Home oxygen therapy during natural disasters: lessons from the great East Japan earthquake. *European Respiratory Journal*, 39(4), S. 1047-1048.
- Koch, H. (2014): Privatheit. In: Ammicht Quinn, R. (Hrsg.): Sicherheitsethik. Wiesbaden: Springer VS, S. 126-133.
- Kocks, A. et al. (2014): Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(1), S. 18-24.
- Krause, J. (2018): Sicherheit. In: Voigt, R. (Hrsg.): Handbuch Staat. Wiesbaden: Springer VS, S. 1559-1567.
- Krüger, M. (2019a): Building Instead of Imposing Resilience: Revisiting the Relationship Between Resilience and the State. *International Political Sociology*, 1(13), S. 53-67.

- (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.
- Krüger, M./Max, M. (Hrsg.) (2019): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transcript.
- Krüger, U. (2018): AKNZ-Fachkongress 2017: Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz, *IM EINSATZ*, Februar, S. 12-15.
- Lang, A. (2010): There's no place like home: Research, practice and policy perspectives regarding safety in homecare. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), S. 75-77.
- Lang, A./Edwards, N./Fleischer, A. (2008): Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), S. 130-135.
- Lehmann, Y./Ewers, M. (2020a): Sicherheit in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patienten aus Sicht professioneller Akteure. *Das Gesundheitswesen*, 82(1), S. 75-81.
- (2020b): Sicherheitsdimensionen in der Hilfsmittelversorgung häuslich beatmeter Patienten (SA-VENT) – Studienprotokoll. *Pflegewissenschaft*, 22(3), S. 144-157.
- Lehmann, Y. et al. (2019): Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Herausgeber: Stiftung Münch. Heidelberg: Medhochzwei.
- Levin, K.L./Berliner, M./Merdjanoff, A. (2014): Disaster Planning for Vulnerable Populations: Leveraging Community Human Service Organizations Direct Service Delivery Personnel. *Journal of Public Health Management Practice*, 20(5), S79-S82.
- Lovink, M.H. et al. (2015): Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment – a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), S. 2374-2383.
- McNeill, C.C. et al. (2018): The Relationship Between Perceptions of Emergency Preparedness, Disaster Experience, Health-Care Provider Education, and Emergency Preparedness Levels. *International Quarterly of Community Health Education*, 38(4), S. 233-243.
- Mollon, D. (2014): Feeling safe during an inpatient hospitalization: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), S. 1727-1737.
- Nellessen-Martens, G./Hoffmann, W. (2017): Versorgungsforschung – eine Disziplin im Aufschwung. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 17(1), S. 7-15.
- Ofgem (2013): Consumer Vulnerability Strategy. https://www.ofgem.gov.uk/sites/default/files/docs/2013/07/consumer-vulnerability-strategy_0.pdf [abgerufen am: 14.10.2020].
- (2019): Vulnerable consumers in the energy market. https://www.ofgem.gov.uk/system/files/docs/2019/09/vulnerable_consumers_in_the_energy_market_2019_final.pdf [abgerufen am: 14.10.2020].
- Oschmiansky, H./Händlmeyer, A. (2019): Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Erfahrungen und Erkenntnisse von Hilfsorganisationen. In: Krüger, M./Max, M. (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transcript, S. 157-179.
- Pfaff, H./Schrappe, M. (2017): Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Pfaff, H./Neugebauer, E.A.M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer, S. 1-67.
- PflAPrV – Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018. BGBl. I S. 1572. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/PflAPrV.pdf> [abgerufen am : 17.12.2020].
- PflBG – Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017. Ausfertigungsdatum. BGBl. I S. 2581. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf> [abgerufen am: 17.12.2020].
- Porzolt, F. (2007). Gefühlte Sicherheit – Ein Entscheidungskriterium für Patienten? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83(12), S. 501-506.
- Rafferty-Semon, P./Jarzembak, J./Shanholtzer, J. (2017): Simulating Complex Community Disaster Preparedness: Collaboration for Point of Distribution. *OJIN – The Online Journal of Issues in Nursing*, 22(1), Art. 1.
- Rathert, C./Brandt, J./Williams, E.S. (2011): Putting the ‚patient‘ in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations*, 15(3), S. 327-336.
- Rehak, D. et al. (2019): Complex approach to assessing resilience of critical infrastructure elements., *International Journal of Critical Infrastructure Protection*, 25, S. 125-138.

- Reichenbach, G. et al. (Hrsg.) (2008): Risiken und Herausforderungen für die öffentliche Sicherheit in Deutschland. Szenarien und Leitfragen. Grünbuch des Zukunftsforums öffentliche Sicherheit. Bonn : ProPress Verlagsgesellschaft.
- Richardson, J. (2020): Disaster Ready Workshop. Telefonat. Berlin.
- Robinson, F. (2011): The Ethics of Care. A Feminist Approach to Human Security. Philadelphia: Temple University Press.
- Rogers, P. (2013): Rethinking Resilience: Articulating Community and the UK Riots. *Politics*, 4(33), S. 322-333.
- Roper, N./Logan, W.W./Tierney, A. (2016): Das Roper-Logan-Tierney-Modell basierend auf den Lebensaktivitäten (LA) (3. korr. u. erg. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Rush, P. J. et al.(2017): Improving Long-Term Care Facility Disaster Preparedness and Response: A Literature Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(1), S. 140-149.
- Santamaria, B. (1995): Nursing in Disaster. Chapter 15. In: Smith, C.M./Maurer, F.A. (Hrsg.): Community Health Nursing. Theory and Practice. Philadelphia PA: Saunders, S. 383-400.
- Sauer, J. (2012): Katastrophenvorsorge – (k)ein Thema für die Pflege? *Die Schwester Der Pfleger*, 51(5), S. 494-500.
- Sauer, J. (2014): Disaster Nursing – vorbereiten auf den „Tag X“. *Heilberufe*, 66(11), S. 30-32.
- Sauer, J. (2020): Pflegen unter Katastrophenbedingungen und bei Großschadensereignissen. In: Vogler, C. (Hrsg.): Pflegias 2. Pflegerisches Handeln. Berlin: Cornelsen, S. 832-841.
- Schrapppe, M. (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. (Hrsg.: Aktionsbündnis Patientensicherheit, gefördert durch den Verband der Ersatzkassen e.V.). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schulze, K. et al. (2019): Bedarfe und Ressourcen in Extremsituationen mit Fokus auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. KFS-Working Paper Vol. 15, Berlin: KFS.
- Selod, S. et al.(2011): Long-term care and disaster preparedness: A study of organizational types of preparedness for a disaster or emergency. *Journal of Emergency Management*, 9(2), S. 39-48.
- Siemiatycki, M./Enright, T./Valverde, M. (2020): The gendered production of infrastructure. *Progress in Human Geography*, 2(44), S. 297-314.
- Stanley, S./Bennecoff Wolanski, T.A. (2015): Dealing with disaster. *Nursing Management*, 22(8), S. 15.
- Storch, J. et al. (2014): Ethics and Safety in Home Care: Perspectives on Home Support Workers. *Nursing Leadership*, 27(1), S. 76-96.
- Strate, L. (2018): Workshop 4 - Schnittstellen zwischen den Akteuren und spezielle Bedarfe der Betroffenen. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: AKNZ-Fachkongress 2017. Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz – Konzepte und Perspektiven für die Zukunft. Bonn, S. 160-161.
- Szepan, N.-M. (2018): Sektorierung stößt an ihre Grenzen. Neue Rahmenbedingungen für die Pflege. In: Szepan, N.-M./ Wagner, F. (Hrsg.): Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Dialog. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Tierney, K. J. (2019): Disasters. A Sociological Approach. Cambridge, Medford: Polity Press.
- Uekusa, S. (2018): Rethinking Resilience: Bourdieu's Contribution to Disaster Research. *Resilience*, 3(6), S. 181-195.
- UNDRR (2015): Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. https://www.prevention-web.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf [abgerufen am: 03.02.2021].
- 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> [abgerufen am: 01.12.2020].
- Unger, C. (2018): Begrüßung zum AKNZ-Fachkongress „Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz - Perspektiven und Konzepte für die Zukunft. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: AKNZ-Fachkongress 2017. Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz – Konzepte und Perspektiven für die Zukunft. Bonn, S. 11-13.
- University of Innsbruck (2014): Enhancing disaster management preparedness for the older population in the EU. D-C.1 Desktop Report. Innsbruck.
- Urry, J. (2005): The Complexity Turn. *Theory, Culture & Society*, 5(22), S. 1-14.

- Veenema, T.G. (Hrsg.) (2007/2018): Ready RN. Handbook for Disaster Nursing and Emergency Preparedness. 2. Auflage. New York: Springer Publishing Company.
- Veenema, T.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.
- Vincent, C.A./Coulter, A. (2002): Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 11(1), S. 76-80.
- Wagner, F. (2012): Disaster Nursing – auch eine Rolle für deutsche Pflegefachpersonen. *IPP-Info – Institut für Public Health und Pflegeforschung*, Universität Bremen, 10, S. 4–5.
- Walker, J./Cooper, M. (2011): Genealogies of Resilience: From Systems Ecology to the Political Economy of Crisis Adaptation. *Security Dialogue*, 2(42), S. 143-160.
- Willoughby, M. et al. (2017): Mortality in Nursing Homes Following Emergency Evacuation: A Systematic Review. *JAMDA*, 18, S. 664-670.
- Wilson, K.P. (2020): On the front lines of disaster recovery: Nurse practitioners fill the health care void. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(2), S. 103-105.
- Wischet, W./Eitzinger, C. (2009): Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur in der Medizin: Kontext und Konzepte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(8), S. 530-535.
- Würth, U./Knopp, T. (2019): Zur Bedeutung des Projektes KOPHIS für die praktische bereichsübergreifende Arbeit im Deutschen Roten Kreuz e.V. In: Krüger, M./Max, M.: Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transcript, S. 287-288.
- Wyte-Lake, T. et al. (2015): Disaster Planning for Home Health Patients and Providers: A Literature Review of Best Practices. *Home Health Care Management & Practice*, 27(4), S. 247-255.
- Yamamoto, A. (2013): Development of disaster nursing in Japan, and trends of disaster nursing in the world. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), S. 162-169.
- Zhang, Y.Y. et al. (2018): Disaster Nursing Development in China and Other Countries. A Bibliometric Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), S. 567-576.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2018): ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018 Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Zentrale Ergebnisse, Dezember 2018. Berlin: ZQP, <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf> [abgerufen am: 19.12.2020].
- Zukunftsforum öffentliche Sicherheit e.V. (2020): Grünbuch 2020 zur öffentlichen Sicherheit. Berlin: Verlag.

Kontakt:

Verbundkoordination AUIPK | Universität Tübingen

Marco Krüger
Universität Tübingen
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften
Wilhelmstraße 19
72074 Tübingen
Email: marco.krueger@izew.uni-tuebingen.de

Teilvorhaben:

Teilvorhaben 1: Resilienz und Ethik

Universität Tübingen
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften
Marco Krüger
Wilhelmstraße 19
72074 Tübingen
Email: marco.krueger@izew.uni-tuebingen.de

Teilvorhaben 2: Katastrophenschutz und Pflege

Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat
Kompetenzzentrum Forschung und Innovationstransfer
Team Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz und Rettungsdienst
Matthias Max
Carstennstr. 58
12205 Berlin
forschung@drk.de

Teilvorhaben 3: Sicherheit und Pflege

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW)
Prof. Dr. Michael Ewers MPH
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
E-Mail: aupik@charite.de

Teilvorhaben 4: Entwicklung und Transfer

Vincentz Network GmbH & Co. KG
Redaktion Häusliche Pflege
Tim Walter
Plathnerstraße 4c
30173 Hannover
E-Mail: tim.walter@vincentz.net