

**Vorsorge, Management und Bewältigung von
Katastrophen aus Sicht ambulanter Pflegedienste**
Befragungsergebnisse zum IST-Zustand

Yvonne Lehmann, Anne Thiele, Michael Ewers

Working Paper No. 21-03

Berlin, August 2021

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweis:

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

Impressum:

Working Paper No. 21-03 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, August 2021

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin / Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 082
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Abstract

Der Alltag in der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger kann durch unterschiedliche Krisen, Notfälle und Katastrophen gestört und gefährdet werden. Dazu zählen neben Pandemien und regionalen Unwetterereignissen auch technische Störungen, wie z. B. großflächige und langanhaltende Stromausfälle. Dieses letztgenannte Katastrophenszenario steht im Mittelpunkt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der zivilen Sicherheitsforschung (SiFo) von 2020 – 2023 geförderten Forschungsverbundprojekts „Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“ (AUIK).

Zur Erfassung der Ist-Situation auf Seiten ambulanter Pflegedienste wurde im Rahmen des Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ des AUIK-Gesamtvorhabens eine begrenzte, szenario-basierte und aus zwei Teilen bestehende explorative empirische Erhebung umgesetzt. Durchgeführt wurden (1) eine standardisierte Online-Befragung von direkt in der Versorgung tätigen Mitarbeiter*innen ambulanter Dienste (n=101) sowie (2) leitfadengestützte Interviews mit Leitungspersonen solcher Dienste (n=8). Ausgehend von dem Stromausfallsszenario wurde dabei u. a. nach Erfahrungen mit Krisen, Notfällen und Katastrophen in der häuslichen Versorgung, nach den zu deren Vorsorge, Management und Bewältigung ergriffenen Maßnahmen sowie nach benötigter Unterstützung gefragt. Die Erhebung wurde von November bis Dezember 2020 umgesetzt. Die Daten aus der Online-Befragung wurden deskriptiv-statistisch, die aus den Interviews strukturierend inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse beider Befragungen wurden schließlich zusammengeführt, verdichtet und in diesem Working Paper aufbereitet.

Die Befragten beider Erhebungen fühlen sich überwiegend unzureichend auf das ihnen vorgestellte Katastrophenszenario oder vergleichbare Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereitet. Meist dient selbst Erlebtes als Hintergrundfolie für die Wahrnehmung von Alltagsstörungen in der häuslichen Versorgung und von daraus resultierenden Risiken für die Patient*innen, deren Umfeld und die Mitarbeiter*innen der Pflegedienste. Durchaus vorhandene Notfallpläne sind inhaltlich und perspektivisch meist verengt, z. B. wird die Evakuierung aus Privathaushalten oder die Weiterversorgung in Notunterkünften selten mitgedacht. Überwiegend wird darauf vertraut, im Fall des Falles Unterstützung von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben zu erhalten (z. B. Rettungsdienst, Katastrophenschutz). Wenig Beistand wird hingegen von anderen Pflegediensten, Versorgungsanbieter*innen (z. B. Arztpraxen) oder informellen Netzwerken in der Kommune erwartet. Inhaltlich bleiben die Erwartungen an Unterstützung zur besseren Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vage. Konkrete Erfahrungen – etwa mit der COVID-19-Pandemie – werden noch kaum dafür genutzt, um sich auch auf andere mögliche Krisen-, Notfall- und Katastrophenszenarien gezielter vorzubereiten.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Erhebung zur Erfassung der Ist-Situation bestätigen die Einschätzung, dass die Vorsorge, das Management und die Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen auf Seiten ambulanter Pflegedienste nachhaltig verbessert werden müssen. Zugleich zeigen sie auf, wo auf Seiten der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen (individuell-qualifikatorisch) sowie auf Seiten der Dienste (institutionell-organisatorisch) gezielte Anpassungsleistungen gefordert sind. In Verbindung mit den zuvor kompilierten und synthetisierten Erkenntnissen aus der Literatur zum Disaster Nursing (Katastrophenpflege) wurde mit dieser Erhebung eine tragfähige Grundlage für die weitere Forschung in AUIK geschaffen. Basierend darauf können Soll-Anforderungen formuliert und die geplante partizipative Entwicklung, Erprobung und Evaluierung von Maßnahmen zur Förderung der Resilienz häuslicher Versorgungsarrangements gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen weiter vorangebracht werden.

**Wir danken Sebastian Gröbe für unterstützende Arbeiten
bei der Aufbereitung der Daten der Online-Befragung sowie
bei der Vorbereitung dieses Working Papers.**

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

**AUPIK wird von 03/2020 – 02/2023 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.**

Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (AUPIK)

Kurzbeschreibung – Gesamtprojekt

In Deutschland und zahlreichen anderen Ländern werden chronisch kranke und technikabhängige Menschen aller Altersgruppen häufig dezentral von ambulanten Pflegediensten in Privathaushalten oder Wohngemeinschaften betreut. Bei Krisen, Notfällen und Katastrophenfällen sind sie besonderen Versorgungs- und Sicherheitsrisiken ausgesetzt. Diese im Vorfeld abzuwenden oder situativ zu beantworten, stellt Pflegedienste, Rettungsdienste und Organisationen des Katastrophenschutzes gleichermaßen vor erhebliche Herausforderungen.

Das Forschungsprojekt zielt auf die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit häuslicher und gemeindebasierter Pflegearrangements in Krisen- und Katastrophenfällen. Dies wird durch die Stärkung der dezentralen ambulanten Pflegeinfrastruktur, die Sensibilisierung des Katastrophenschutzes für seinen Beitrag bei der Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung sowie durch die Kooperation und Koordination von Katastrophenschutz und Pflege angestrebt.

Im Rahmen des AUPIK-Gesamtprojekts wird ein mehrstufiger, mehrperspektivischer und partizipativer Forschungsansatz verfolgt (Mixed-Methods). Basierend auf einer Synthese vorliegender Erkenntnisse zu den im Projekt bearbeiteten Themen und einer abgestimmten Konzeptualisierung werden zunächst der IST-Zustand der Krisenfestigkeit der ambulanten Pflegeinfrastrukturen und deren Kooperationen mit Rettungsdiensten und Katastrophenschutz empirisch erhoben und analysiert (1). Darauf aufbauend wird ein SOLL-Prozess mit wünschenswerten Wegen zur Verknüpfung der weitgehend getrennt voneinander arbeitenden Organisationen und Akteur*innen der Gesundheitsversorgung und des Katastrophenschutzes entwickelt (2). Des Weiteren werden Maßnahmen zur Umsetzung des SOLL-Prozesses definiert (3) und zusammen mit Akteur*innen und Entscheidern im Feld (4) evaluiert und auf ihre Umsetzbarkeit hin überprüft. Um Praxisnähe zu gewährleisten, wird für das Forschungsprojekt AUPIK eine Modellregion ausgewählt (Stadt Magdeburg sowie ihr Umland) und ein konkretes Krisenszenario (mehrtägiger Stromausfall) genutzt. Andere Krisen- und Katastrophenfälle (z. B. Extremwetterlagen, Epidemien) werden bei den Forschungsaktivitäten mitgedacht.

AUPIK wird von März 2020 bis Februar 2023 im Rahmen der Forschung für die zivile Sicherheit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Die beteiligten Projektpartner realisieren in diesem Zeitraum – koordiniert durch das Internationale Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen (Konsortialführung) – vier miteinander vernetzte Teilprojekte, wobei sie ihre jeweiligen disziplinären und professionellen Perspektiven in die Forschung und Entwicklung einbringen:

Teilprojekt 1 „Sicherheit, Recht und Ethik“

Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen

Teilprojekt 2 „Sicherheit und Katastrophenschutz“

Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (DRK), Berlin

Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Teilprojekt 4 „Medienentwicklung, Information, Schulung“

Vincenz Network GmbH & Co. KG, Hannover

Durch die Verknüpfung von Versorgungs- und Sicherheitsforschung werden empirisch und theoretisch fundierte und praktikable Beiträge zur Resilienzförderung ambulanter Pflegeinfrastrukturen erarbeitet. Wissenschaftliche Veröffentlichungen zu den Ergebnissen der Forschung und Entwicklung sowie praxisnahe Informations- und Schulungsmaterialien tragen zur Sensibilisierung und Befähigung der (Fach-)Öffentlichkeit für das Thema bei.

AUPIK-Teilprojekt „Sicherheit und Pflege“

Kurzbeschreibung – Teilprojekt 3

Das vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin verantwortete Teilprojekt 3 konzentriert sich auf die ambulanten Pflegedienste und ihre Mitarbeiter*innen sowie auf pflegewissenschaftliche Aspekte der Versorgungs- und Sicherheitsforschung. Damit soll die in den anderen Teilprojekten geleistete Auseinandersetzung mit rechtlichen und ethischen Aspekten, mit Fragen des Katastrophenschutzes sowie mit der Entwicklung von Medien zur Information und Schulung zu dem gemeinsam bearbeiteten Thema der Resilienzförderung ambulanter Pflegeinfrastrukturen ergänzt werden.

Besonderes Augenmerk richtet sich in Teilprojekt 3 auf die Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen, auch in Krisen- und Katastrophenfällen eine sichere Versorgung selbst schwer chronisch kranker und technikabhängiger Menschen dezentral in Privatwohnungen und Wohngemeinschaften aufrechterhalten zu können. Gefragt wird, welche strukturellen und personellen Voraussetzungen zur Aufgabenerfüllung in Krisen- und Katastrophenfällen notwendig sind und welche Unterstützung in den einzelnen Bereichen benötigt wird. Gemeinsam mit den anderen Konsortialpartnern wird für den Fall schwer überwindbarer Hindernisse zudem ein Modell für eine temporäre zentrale Versorgungseinheit erarbeitet.

Methodisch werden dafür, basierend auf der Aufbereitung vorliegender pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zu den bearbeiteten Themen, leitfadengestützte Interviews mit Leitungspersonen und eine Online-Befragung von Mitarbeiter*innen in Pflegediensten zum IST-Zustand durchgeführt. Ausgehend von dem Szenario eines mehrtägigen Stromausfalls in der Modellregion Magdeburg und Umland werden in den Befragungen sowohl die institutionell-organisatorische als auch die individuell-qualifikatorische Ebene berücksichtigt. Aufbauend auf diesen empirischen Erkenntnissen werden pflegewissenschaftliche Perspektiven in die Entwicklung von Maßnahmen zur Unterstützung dezentraler ambulanter Versorgung (SOLL-Prozess) sowie in deren Erprobung und Evaluierung einfließen. Eingeschlossen ist eine pflegeökonomische Evaluation der angedachten Maßnahmen. Schließlich werden allein und im Verbund mit den Konsortialpartnern Beiträge zur Wissensaufbereitung und -distribution geleistet.

Das Teilprojekt 3 zielt – wie AUPIK insgesamt – auf die Stärkung der Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisen- und Katastrophenfällen, berücksichtigt dabei aber insbesondere die Rolle und Verantwortung professionell Pflegenden innerhalb dieser Strukturen und darüber hinaus (etwa in Gemeinden, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder im Katastrophenschutz). Auf diese Weise soll Anschluss gefunden werden an internationale Erkenntnisse und Diskurse zu Fragen der Krisen- und Katastrophenvorsorge (*Disaster Preparedness*) in der Gesundheitsprofession Pflege und in pflegerischen Versorgungssettings.

Gefördert vom	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Forschung für die zivile Sicherheit (SiFo)
Projektlaufzeit	März 2020 – Februar 2023
Leitung Konsortium	Universität Tübingen, Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) – Marco Krüger
Leitung Teilprojekt 3	Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft – Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers MPH
Webseite	https://aupik.de

Inhalt

I. Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung	9
II. Methodisches Vorgehen.....	13
1. Design der empirischen Erhebungen	13
2. Erstellung der Erhebungsinstrumente	14
2.1 Fallvignette und Problembeschreibung.....	15
2.2 Online-Fragebogen	17
2.3 Interviewleitfaden	20
3. Umsetzung der empirischen Erhebungen	20
3.1 Online-Befragung – Rekrutierung und Umsetzung	21
3.2 Interviews – Rekrutierung und Umsetzung	22
4. Auswertung der erhobenen Daten	23
4.1 Online-Befragung.....	23
4.2 Interviews.....	24
5. Forschungsethische Aspekte und Datenschutz	25
III. Ergebnisse der Online-Befragung von Mitarbeiter*innen	27
1. Beschreibung der Stichprobe.....	27
2. Persönliche Erfahrungen, Einschätzungen und Perspektiven	29
3. Berufliche Erfahrungen, Einschätzungen und Perspektiven	32
4. Resilienz der Befragten – persönliche und berufliche Einschätzungen	37
5. Vorsorgemaßnahmen auf Seiten ambulanter Pflegedienste.....	40
6. Unterstützungserwartungen gegenüber Dritten.....	41
7. Sichtweisen zur Weiterversorgung in einem zentralen Betreuungsplatz.....	42
8. Abschließende Anmerkungen der Befragten	44
9. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	45
IV. Ergebnisse der Interviews mit Leitungspersonen	49
1. Beschreibung der Befragten, ihrer Dienste und der Interviewsituation	49
2. Vorerfahrungen mit Krisen, Notfällen und Katastrophen	50
2.1 Krisenerfahrungen in der ambulanten Pflege.....	50
2.2 Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie	52
2.3 Lehren aus bisherigen Krisen- und Katastrophenerfahrungen.....	55
3. Stromausfall – Katastrophe unbekannter Dimension.....	58
3.1 Spontane Reaktionen der Befragten auf das Szenario.....	58
3.2 Der Blick auf die Leitungsebene der Pflegedienste.....	59
3.3 Der Blick auf die Mitarbeiter*innen der Pflegedienste.....	61
3.4 Der Blick auf die Pflegebedürftigen und ihr soziales Umfeld	66
4. Kooperationen und Unterstützungserwartungen	69
4.1 Der Blick auf andere Pflegeeinrichtungen	69
4.2 Der Blick auf andere Leistungserbringer und Leistungsträger.....	71
4.3 Der Blick auf Rettungsdienste, Katastrophenschutz und Behörden	72
5. Evakuierung und zentraler Betreuungsplatz	75
5.1 Selbst organisierte (Teil-)Zentralisierung.....	75
5.2 Einrichtung und Ausstattung eines zentralen Betreuungsplatzes	76
5.3 Pflege und Betreuung an einem zentralen Betreuungsplatz.....	77
6. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	79

V. Diskussion der Ergebnisse	83
1. Methodische und inhaltliche Limitationen	83
2. Dimensional begrenztes Problem- und Risikobewusstsein	85
3. Ereignisbasierte Zugänge und reaktive Vorgehensweisen	87
4. Diskrepante Selbsteinschätzungen zur Vorsorge und Resilienz	88
5. Fehlende Konzepte und organisatorische Vorkehrungen	89
6. Unzureichende Kooperation, Vernetzung und Sozialraumorientierung	91
7. Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft unter Vorbehalt	93
VI. Implikationen für die Gestaltung des SOLL-Prozesses	97
VII. Anhang	103
1. Literaturverzeichnis	103
2. Abkürzungsverzeichnis	109
3. Abbildungsverzeichnis	110
4. Tabellenverzeichnis	111
5. Erhebungsinstrumente	112
5.1 Online-Fragebogen	112
5.2 Interviewleitfaden	122

I. Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung

Menschen, die in ihrem Alltag regelmäßig pflegerische Versorgung und medizinische Betreuung benötigen, sind bei Krisen, Notfällen und Katastrophen besonderen Risiken ausgesetzt. Dies gilt, wenn sie dauerhaft in einer stationären Einrichtung leben, in besonderer Weise jedoch, wenn sie – wie der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen in Deutschland – in ihrem persönlichen Lebensumfeld und somit dezentral versorgt werden. Bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen sind Angehörige oder informelle Helfer*innen in die häusliche Versorgung involviert. In zahlreichen Fällen erhalten sie aber punktuelle, inhaltlich und zeitlich begrenzte Unterstützung von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste. Eher ausnahmsweise sind die professionellen Helfer*innen sogar Rund-um-die-Uhr vor Ort – so beispielsweise bei schwerkranken Menschen mit anspruchsvollem und/oder technikintensivem Unterstützungsbedarf (z. B. invasiv beatmete Personen). Mit diesem Mix aus informeller und formeller Hilfe können kleinere Alltagsstörungen womöglich kompensiert werden; ggf. auch mit Beteiligung von Rettungsdiensten oder in Zusammenarbeit mit Organisationen des Katastrophenschutzes. Größere Krisen, Notfälle und Katastrophen – darunter z. B. ein längerer und großräumiger Ausfall der Stromversorgung – lässt die häusliche Versorgung aber womöglich rasch an Grenzen stoßen.

Um zentrale Rettungs- und Anlaufstellen im Krisen- oder Katastrophenfall nicht zu überlasten und aufwändige Rettungseinsätze oder Evakuierungen zu vermeiden, müssten dezentral in der Häuslichkeit lebende und auf Hilfe und Pflege angewiesene Personen möglichst lange direkt vor Ort weiterversorgt werden. Ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeiter*innen könnten dabei je nach Schadensereignis auf ganz unterschiedliche Weise (heraus-)gefordert sein. Bei Extremwetterlagen wie Schneesturm oder Hochwasser, langandauernden Stromausfällen oder anderen großräumigen technischen Störungen können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in ihren Wohnungen von den Mitarbeiter*innen ambulanter Dienste womöglich nicht oder nicht umgehend erreicht werden. Die Kraftstoffversorgung könnte ausfallen und die telefonische Erreichbarkeit sowohl von Mitarbeiter*innen, aber auch von Patient*innen und Personen in ihrem persönlichen Umfeld ist womöglich gestört. Vor allem Personen mit erheblichen Einschränkungen ihrer Selbstversorgungsfähigkeiten, mit Bedarf an medizinisch-therapeutischen Maßnahmen oder regelmäßigen Medikamentengaben (z. B. Insulininjektionen), geraten dann leicht in prekäre Situationen. Bei einem Ausfall der Stromversorgung können Heizungen sowie pflegerelevante oder auch lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Beatmungs- und Absaug- oder Heimdialysegeräte) nicht mehr für längere Zeit genutzt werden. Im Falle einer Massenerkrankung könnte der Krankenstand des Personals in den ambulanten Pflegediensten die häusliche pflegerische Versorgung gefährden oder schwierige Priorisierungsprozesse (Triage) provozieren (Sauer 2020). Als problematisch erweist sich auch das Fehlen von zentral verfügbaren Daten über die häuslich versorgten Personen, ihren jeweiligen Zustand und ihren ggf. speziellen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf. Welche Personen in welchem privaten Lebensumfeld genau welche Form an Hilfe benötigen und wer ihre häusliche (Weiter-)Versorgung auf welche Weise unterstützen kann, ist nicht immer bekannt. Zu bedenken ist ferner, dass sich die Betroffenen (insbesondere jene ohne soziales Umfeld) oft nicht direkt bemerkbar machen können und ihre Versorgungssituation den in Krisen, Notfällen und Katastrophen zu Hilfe kommenden Behörden und Organisationen mit Sicherheitsauftrag (BOS) nicht bekannt ist (Sauer 2020). Eine enge und tragfähige Kooperation und Koordination der ambulanten Pflegedienste mit anderen Leistungserbringern im ambulanten und/oder stationären Sektor (z. B. Arztpraxen, Apotheken, Pflegeheime, Krankenhäuser) sowie mit Rettungsdiensten und dem Katastrophenschutz wäre zwingend notwendig, um die Sicherheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gewährleisten zu können.

Bei all dem ist zu bedenken, dass die ambulante Pflege hierzulande als ein dynamischer, durch Konkurrenz und Verdrängung geprägter Wachstumsmarkt charakterisiert wird (Szepan 2018; Kämmer/Link 2019). Die zum Jahresende 2019 rund 14.700 in Deutschland zugelassenen ambulanten Pflegedienste (Destatis 2020) sind nach marktwirtschaftlicher Logik für einen beinahe reibungslos funktionierenden Alltag konzipiert. Strukturen, Prozesse und Leistungen der überwiegend privat getragenen Klein- und Kleinstbetriebe sind sozialrechtlich stark reglementiert, von ökonomischen Zwängen geprägt und auf Effizienz, oftmals auch auf Gewinnmaximierung ausgerichtet (Büscher/Krebs 2018). Reserven an zeitlichen, finanziellen und personellen Kapazitäten, um damit auf besondere Problem- und Bedarfslagen im Zusammenhang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen reagieren zu können, sind nicht vorgesehen.

Auch erweist sich die Zusammensetzung des Personals der ambulanten Dienste womöglich als ein Hindernis, wenn es um die Vorbereitung, das Management und die Bewältigung von Alltagsstörungen geht. 86 % der Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste sind Frauen, wobei viele von ihnen auch private Sorgeaufgaben wahrnehmen (z. B. Kindererziehung, Pflege von Angehörigen). Dies mag auch den hohen Anteil an Beschäftigten mit Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung erklären – nur 28 % der Mitarbeiter*innen ambulanter Dienste sind vollzeitbeschäftigt. Rund 43 % der Mitarbeiter*innen verfügen über eine berufliche Ausbildung als Pflegefachperson (Altenpflegende, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegende). Hochschulisch qualifizierte Mitarbeiter*innen werden noch so gut wie gar nicht in der häuslichen Versorgung eingesetzt. Die übrigen Mitarbeiter*innen sind anders und meist geringer qualifiziert, vielfach auf Helfer- oder Assistenzniveau (Destatis 2020). Was die verschiedenen Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste oder deren Leitungspersonen über mögliche Krisen, Notfälle und Katastrophen wissen oder wie sie darauf vorbereitet sind, ist hierzulande weitgehend unbekannt. Auch dieser Faktor könnte es somit erschweren, auf länger anhaltende und schwerwiegende Alltagsstörungen in der häuslichen Versorgung zu reagieren (Blättner et al. 2013).

Schließlich bergen die Rahmenbedingungen und Strukturen der ambulanten Pflege in Deutschland weitere Herausforderungen. So erweist sich die fragmentierte, kleinteilige und auf Wettbewerb ausgerichtete Anbieterstruktur womöglich als ernstzunehmendes Hindernis, wenn im Interesse der Gefahrenabwehr eine enge Vernetzung untereinander und mit anderen Akteur*innen der Gesundheits- und Sozialversorgung in einer Gemeinde oder Region gefordert ist. Es fehlt an (ökonomischen) Anreizen, um übergeordnete, nicht refinanzierbare, auf soziale und lokale Gemeinschaften ausgerichtete Verantwortlichkeiten zu übernehmen. Eben dies könnte sich aber als notwendig erweisen, um die dezentrale häusliche Versorgung pflegebedürftiger und/oder schwerkranker und/oder technikabhängiger Menschen auch im Fall von Krisen, Notfällen und Katastrophen über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Auch im Fall einer Evakuierung und zentralen Unterbringung wäre eine solche Kooperation und Abstimmung gefordert, um auf die verschiedenen Personengruppen und ihre spezifischen Bedarfe auch in Krisen und Katastrophen adäquat und sicher eingehen zu können.

Angesichts dieser komplexen Gemengelage stellen sich verschiedene, empirisch bislang nicht hinlänglich beantwortete Fragen:

- Welche Vorstellungen haben Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste in Deutschland von den mit Krisen, Notfällen und Katastrophen verbundenen Herausforderungen in der häuslichen Versorgung?
- Wie sehen sie ihre jeweilige Rolle und Verantwortung bei der Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege in einem möglichen Ereignisfall und wie schätzen sie ihre Möglichkeiten und Grenzen in diesem Zusammenhang ein?

- Welche Form der Vorsorge haben sie sowohl auf individueller wie auch auf organisatorischer Ebene bereits für welche Krisen, Notfälle und Katastrophen antizipiert, vorbereitet oder auch konkret eingeleitet?
- Wie sehr haben sich ambulante Dienste lokal und regional mit anderen Gesundheitsdiensten, Rettungsdiensten, BOS und aktiven zivilgesellschaftlichen Akteur*innen vernetzt, um möglichen Risiken gemeinschaftlich zu begegnen?
- Welche Form der Unterstützung wird auf Seiten ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen von wem benötigt und erwartet, um ihre individuelle und organisatorische Disaster Preparedness, d. h. ihre Fähigkeit zur Katastrophenvorbereitung, nachhaltig fördern zu können?

Die Beantwortung dieser Fragen könnte helfen zu klären, wie resilient sich die ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Deutschland gegenüber Alltagsstörungen erweisen und welche konkreten Maßnahmen auf individueller und organisatorischer Ebene ergriffen werden müssen, um die Widerstandsfähigkeit der dezentralen häuslichen Versorgung gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen nachhaltig stärken zu können. Eben dieser Zielsetzung dienen die Forschungsaktivitäten in Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ des AUIPK-Gesamtprojekts.

Um die zuvor aufgeworfenen Fragestellungen beantworten zu können, wurde in einem ersten Arbeitspaket pflegewissenschaftliche Diskurse und Erkenntnisse zur häuslichen und gemeindebasierten pflegerischen Versorgung, zu Fragen der Sicherheit (insbesondere Patientensicherheit) mit Blick auf die häusliche und gemeindebasierte Pflege sowie zur Rolle und zu Aufgaben der Pflege bei der Vorsorge, dem Management und der Bewältigung von Krisen und Katastrophen (Disaster Nursing) in Form einer Literatursynthese und Bibliografie aufbereitet (Ewers/Lehmann 2021). In einem zweiten Arbeitspaket – dessen Ergebnisse in dem hier vorliegenden Working-Paper dokumentiert sind – werden Sichtweisen, Möglichkeiten und Unterstützungsbedarfe ambulanter Pflegedienste in Deutschland zu dem hier interessierenden Thema auf empirische Weise herausgearbeitet. Basierend auf dieser IST-Analyse sollen dann im weiteren Verlauf konkrete Maßnahmen zur Förderung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen konzeptualisiert (SOLL-Prozess), erprobt und evaluiert werden. Die verschiedenen Arbeitspakete von Teilprojekt 3 und die davon zu erwartenden Ergebnisse sind in **Abbildung 1** zur Orientierung übersichtsartig dargestellt.

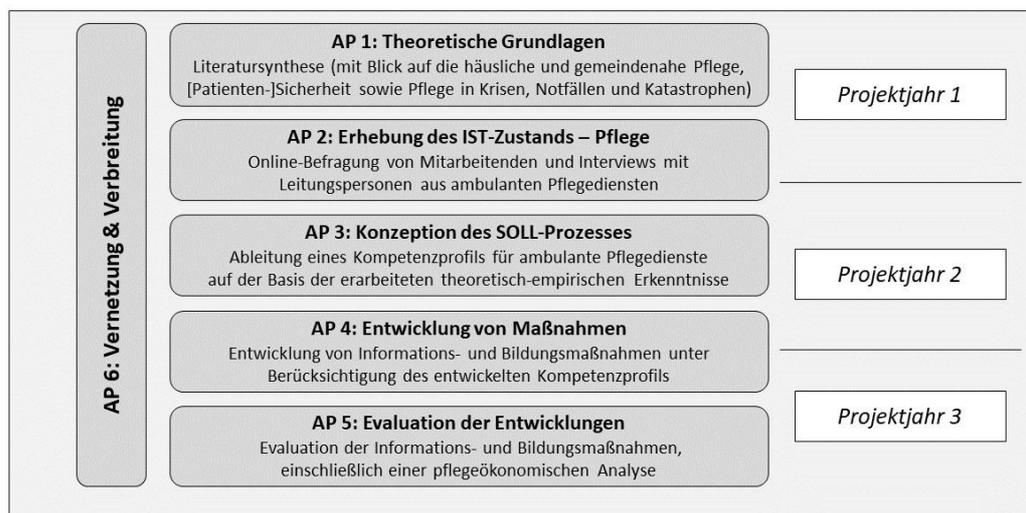


Abbildung 1: Arbeitspakete im AUIPK-Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“

Ergänzend dazu und eng ineinandergreifend mit den Forschungsaktivitäten in Teilprojekt 3 befassen sich die Konsortialpartner*innen mit rechtlichen und ethischen Aspekten des Themas (TP 1), mit den Perspektiven und Möglichkeiten des Katastrophenschutzes (TP 2) sowie mit der Medienentwicklung, Information und Schulung zu den erwarteten Projektergebnissen (TP 4).

Die hier vorzustellenden empirischen Erhebungen sind dabei eingebettet in ein umfassenderes Konzept zur Analyse des IST-Zustands der Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastrukturen (AU-PIK-Konsortium 2021). In diesem, von allen vier Verbundpartner*innen entwickeltem Konzept wurden die Vorgehensweisen zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der empirischen Untersuchungen der einzelnen Teilprojekte dokumentiert. Damit sollten Überschneidungen und Lücken in den Erhebungsprozessen vermieden sowie ein koordiniertes Vorgehen bei den empirischen Aktivitäten im Forschungsfeld der Modellregion ermöglicht werden (ebd.).

Durch die gemeinsamen Anstrengungen der vier Teilprojekte sollen strukturelle und personelle Möglichkeiten und Grenzen zur Beantwortung von Krisen, Notfällen und Katastrophen in der häuslichen Versorgung ausgelotet und innovative Lösungsansätze zur Resilienzförderung ambulanter Pflegeinfrastrukturen bereitgestellt werden. Wie notwendig diese abgestimmten Forschungsaktivitäten sind, hat bereits die zuvor angesprochene Literatursynthese gezeigt – in Ermangelung einschlägiger Forschungsaktivitäten in Deutschland vorwiegend aus internationaler Perspektive. Die im Folgenden dokumentierten Ergebnisse der Befragung von Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste in Deutschland gewährt Einblicke in die Situation in Deutschland und ist damit geeignet, die internationale Studienlage aus einer nationalen Perspektive zu ergänzen.

II. Methodisches Vorgehen

Die in diesem Working Paper dokumentierte Forschung bewegt sich auf der Schnittfläche von ziviler Sicherheitsforschung und Versorgungsforschung. Kernaufgabe der zivilen Sicherheitsforschung ist es, den Schutz der Bürger*innen vor Gefährdungen durch Naturkatastrophen, Terrorismus und Kriminalität zu erhöhen. Sie zielt darauf ab, die Eigenvorsorge und Resilienz der Bevölkerung zu stärken sowie Rettungs- und Einsatzkräfte bei ihrer Arbeit zu unterstützen (BMBF 2020). Die Versorgungsforschung wiederum untersucht die „Wirklichkeit“ der Kranken- bzw. Gesundheitsversorgung und 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 Strukturen und Prozessen der Versorgung zu identifizieren, an der Entwicklung und Umsetzung neuer bzw. veränderter Versorgungskonzepte mitzuwirken und deren Wirksamkeit systematisch zu evaluieren (Pfaff/Schrappe 2017).

Beide Forschungsziele und -perspektiven werden in diesem Fall zusammengeführt, wobei die konkreten Forschungsaktivitäten regional ausgerichtet und szenariobasiert gestaltet werden (Reichenbach et al. 2008). Denn zum einen wird in der Sicherheits- und Resilienzforschung unter Berufung auf das Komplexitätsparadigma gefordert, regionalen oder lokalen Kontexten besondere Aufmerksamkeit zu widmen und sie systematisch in die entsprechenden Forschungsaktivitäten zu integrieren (Chandler 2014). Zum anderen soll es die szenariobasierte Herangehensweise ermöglichen, auf den ersten Blick abstrakt erscheinende Krisen, Notfälle und Katastrophen an möglichst realistischen, anschaulichen Situationen zu bearbeiten, dabei unterschiedliche Entwicklungs- und Eskalationsprozesse durchzuspielen (Best Case, Realistic Case oder Worst Case) und so grundsätzliche, auf vergleichbare Situationen übertragbare Erkenntnisse zu erarbeiten. Dieses Anliegen, übertragbare Erkenntnisse zu produzieren, ist auch für die Versorgungsforschung von Bedeutung.

1. Design der empirischen Erhebungen

Als Modellregion für die im Rahmen des Gesamtvorhabens AUIPK geplanten Forschungsaktivitäten wurde die sachsen-anhaltinische Landeshauptstadt Magdeburg inklusive der angrenzenden Landkreise Börde, Jerichower Land und Salzlandkreis mit ihren rund 691.000 Einwohnern (Stand: Ende 2020) in 26 Städten und 38 Gemeinden ausgewählt (Statistisches Landesamt 2021). Mit der kreisfreien Großstadt Magdeburg, mehreren Städten und einem ländlich strukturierten Umland ist es möglich, die im Projekt angestrebten Innovationen unter Berücksichtigung sowohl urbaner wie auch ländlicher Spezifika umfänglich zu erproben und zu evaluieren. Zugleich deckt die Modellregion ein relevantes Spektrum an sozialen, demografischen und infrastrukturellen Bedingungen für die pflegerische Versorgung in Deutschland ab. Die hier zu findenden Merkmale können somit als exemplarisch für eine ganze Reihe anderer Regionen in Deutschland betrachtet werden, was u. a. auch die spätere Übertragbarkeit der mit dieser Forschung erarbeiteten Erkenntnisse fördern soll.

Als Katastrophenszenario wurde ein (mindestens) regionaler, mehrtägiger Ausfall der Stromversorgung ausgewählt. Neben anderen großräumigen Krisen, Notfällen und Katastrophen – etwa einer Pandemie – gilt ein solcher Ausfall der kritischen Infrastrukturen in der Sicherheitsforschung als ein Schlüsselszenario (Reichenbach et al. 2008). Denn davon wären zahlreiche andere lebenswichtige Infrastrukturen und nahezu alle Lebens- und Geschäftsbereiche betroffen; massive Beeinträchtigungen der Bevölkerung und volkswirtschaftliche Schäden von erheblichem Ausmaß wären die Folge. Auch der für die Sicherheit und Grundversorgung der Bevölkerung erforderliche Betrieb staatlicher Einrichtungen und Hilfsorganisationen könnte bei einem solchen Ereignis womöglich nicht mehr aufrechterhalten werden (ebd.). Ein einheitliches,

darauf ausgerichtetes Risiko- und Krisenmanagement bei Unternehmen, dem Staat und anderen Akteuren gibt es derzeit nicht; der Sensibilisierungsgrad hierfür ist gering und die Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung ist kaum vorhanden (Reichenbach et al. 2008; Hiete et al. 2011). Dabei wird ein (zumindest) regionaler längerer Stromausfall unter Expert*innen im Katastrophenschutz als durchaus realistisch angesehen. Die Eintrittswahrscheinlichkeit steigt einerseits durch die zunehmend komplexeren und damit auch störungsanfälligeren Strukturen der Stromversorgung, andererseits durch den Klimawandel, die damit verbundene Häufung von Extremwetterereignissen und deren nur schwer kalkulierbaren Folgen (Reichenbach et al. 2008; Becker et al. 2018). Fraglich ist also aus Sicht von Expert*innen nicht, ob es zu einem solchen Ereignisfall kommt, sondern lediglich wann es so weit sein wird (Becker et al. 2018).

Die Entscheidung für dieses Katastrophenszenario lässt sich aber auch aus Sicht der Versorgungsforschung gut begründen. Denn ein großräumiger und länger andauernder Stromausfall würde sich auf die Gesundheitsversorgung generell, v. a. aber auf die dezentrale pflegerische Langzeitversorgung unmittelbar auswirken. Die zunehmende Verbreitung umwelt- und therapiebezogener stromabhängiger Technologien auch in der dezentralen häuslichen Versorgung hat eine ausgeprägte Abhängigkeit der betroffenen Menschen von einer funktionierenden Stromversorgung zur Folge. In einem solchen Fall wären beispielsweise elektronisch betriebene Sturzüberwachungs- und Hausnotrufsysteme nicht mehr nutzbar. Dramatischer dürften die Folgen aber womöglich für die wachsende Zahl an technikabhängigen, in ihrer Mobilität eingeschränkten und meist bettlägerigen pflegebedürftigen Personen sein (im Folgenden auch als Intensivpatient*innen bezeichnet). Aufgrund begrenzter Akkulaufzeiten der medizintechnischen Geräte wären sie innerhalb eines kurzen Zeitfensters (ggf. nach nur wenigen Stunden) auf fachkundige Fremdhilfe und womöglich auch eine umgehende Evakuierung angewiesen. Dies gilt für Patient*innen mit lebenserhaltender Beatmung oder Heimdialyse ebenso wie für diejenigen, die auf Infusions-/Schmerzpumpen angewiesen sind. Die Funktionalität von ambulanten, dezentralen Pflegeinfrastrukturen sowie die zeitnahe Kooperation mit Ressourcen des Katastrophenschutzes erweist sich in diesem Fall für Intensivpatient*innen als überlebenswichtig (Hiete et al. 2011). Neben der regulären häuslichen Langzeitversorgung mobiler (meist älterer) Personen mit quantitativ und qualitativ geringerem Pflegebedarf wird daher im AUIK-Gesamtprojekt insbesondere auch die anspruchsvolle häusliche Intensivversorgung von Menschen mit umfangreichem und (technisch) anspruchsvollem Pflege- und Versorgungsbedarf betrachtet und nach Optionen zur möglichst langen und sicheren Aufrechterhaltung ihrer dezentralen häuslichen Versorgung gesucht.

Ausgehend von diesen Entscheidungen für eine Modellregion und ein Katastrophenszenario sowie aufgrund des noch überwiegend lückenhaften empirischen Erkenntnisstands zu der aufgegriffenen Thematik (vgl. hierzu Ewers/Lehmann 2021) wurde im Rahmen von Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ des AUIK-Gesamtvorhabens für die Erfassung der Ist-Situation auf Seiten ambulanter Pflegedienste eine begrenzte, aus zwei Teilen bestehende explorative empirische Erhebung geplant und umgesetzt. Genutzt wurde dabei ein paralleler Mixed-Methods-Ansatz bestehend aus einem quantitativen und einem qualitativen Erhebungsteil. Die entsprechenden Erhebungs- und Auswertungsverfahren sowie das konkrete Vorgehen werden im Folgenden näher erläutert.

2. Erstellung der Erhebungsinstrumente

Ziel beider Erhebungsteile war es, die Insiderperspektiven der im Feld tätigen Akteur*innen aus der Pflege, ihren Erfahrungsschatz, ihr implizites Expertenwissen und ihre Einschätzungen zum IST-Zustand zu erschließen. Hierzu wurde zum einen ein standardisierter Online-Fragebogen für Mitarbeiter*innen in ambulanten Pflegediensten sowie ein Leitfaden für qualitative Interviews mit Leitungspersonen solcher Dienste entwickelt. Bei der Entwicklung beider Erhebungs-

instrumente wurde auf ein dem Gesamtvorhaben zugrundeliegendes einheitliches Katastrophenszenario Bezug genommen. Dieses Szenario eines regionalen, mehrtägigen Stromausfalls wurde durch die Projektpartner*innen des DRK innerhalb des Teilprojekts 2 „Sicherheit und Katastrophenschutz“ erarbeitet und vom Team des Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ in Hinblick auf die ambulante Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiter konkretisiert. Für die empirischen Erhebungen wurde dieses Szenario zu einer Fallvignette und einer einseitigen Problembeschreibung verdichtend aufbereitet.

2.1 Fallvignette und Problembeschreibung

Eine Fallvignette bildet in knapper Form eine plausible, konsistente und mögliche „Geschichte“ ab, die aber nicht notwendigerweise eintreten muss. Die in der Vignette erdachten Abläufe sollen es ermöglichen, sich Ereignisse (in der Zukunft) überhaupt vorstellen zu können (Reichenbach et al. 2008). Damit wird dem gegenstandsbegründeten methodischen Problem begegnet, dass die zu befragenden Personen womöglich keine oder nur wenig konkrete Erfahrungen mit dem jeweiligen Ereignis haben und dass es mit seinen konkreten Auswirkungen vielfach außerhalb ihrer Vorstellungskraft liegt. Durch die Vignette soll die nötige Imagination des Szenarios gefördert und die Befragung konkret unterstützt werden. Mit dieser Intention wurde zunächst eine auf das ausgewählte Katastrophenszenario ausgerichtete Vignette erstellt (siehe **Abbildung 2**).

Pflege im Dunkeln?

Dienstagabend, 26. Januar, 20.30 Uhr. Sie befinden sich mit dem Auto Ihres Pflegedienstes auf dem Weg zu den letzten Patienten Ihrer heutigen Tour. Plötzlich wird es um Sie herum dunkel. Ampeln und Straßenbeleuchtungen gehen aus, die Lichter in den Häusern erlöschen. Schnell wird Ihnen klar: Stromausfall!

Vor Ihnen stauen sich die Fahrzeuge, lautes Hupen, Rufe. Offenbar gab es einen Unfall. Im Radio hören Sie erste Meldungen zur Situation: Der Stromausfall scheint großflächig zu sein und niemand kann gerade sagen, wie lange er anhalten wird.

Sie kommen kaum voran, die Minuten verrinnen...

Abbildung 2: Fallvignette für die Online-Befragung

Diese Vignette wurde dann auf unterschiedliche Weise und an mehreren Stellen in den Erhebungen genutzt, so zunächst im Ankündigungstext für die Online-Erhebung. Damit sollte u. a. das Interesse der Mitarbeiter*innen von Pflegediensten an der Befragung geweckt und ihre Bereitschaft zur Beteiligung gefördert werden (im Sinne eines Teasers). Die Vignette wurde sodann im zweiten von vier Themenblöcken des für die Online-Befragung erstellten Fragebogens platziert – einerseits zur Erinnerung und andererseits, weil sich die dann folgenden Items konkret auf in der Vignette enthaltene Aspekte bezogen. Schließlich wurde die Vignette auch in den Interviews mit den Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste verwendet. In diesem Fall wurde sie zu Beginn der Interviews kurz mündlich vorgetragen. Vorab wurde den Gesprächspartner*innen eine ausführlichere Information zu dem basierend auf vorliegenden Erkenntnissen des Katastrophenschutzes des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) für diese Forschung erstellten Katastrophenszenario zugesendet (siehe **Abbildung 3**).

Mehrtägiger, großflächiger Stromausfall in Magdeburg und Umland

Am Montag, den 7. Dezember 2020, kommt es gegen 9.00 Uhr im Großraum Magdeburg zu einem Stromausfall. Dieser Stromausfall wird sich als mehrtägig und großflächig erweisen. Betroffen sind die Landeshauptstadt Magdeburg und die Landkreise Börde, Jerichower Land und Salzlandkreis. In der Region mit einer Gesamtfläche von rund 5.750 km² leben ca. 691.000 Menschen in urbanen und ländlichen Gebieten.

Zum Zeitpunkt des Ereignisses herrschen winterliche Verhältnisse. Die Außentemperatur liegt um den Gefrierpunkt. Die einsetzenden Niederschläge führen teilweise zu Glatteis

Innerhalb der ersten 2 Stunden

- Bereits innerhalb der ersten zwei Stunden kommt es zur Störung bis hin zum Ausfall diverser technischer Anlagen und Systeme, darunter auch der Warmwasserversorgung.
- Die private und öffentliche Beleuchtung sowie die Kommunikationsnetze fallen teilweise aus. Private Telefone und Internetanlagen (Router) funktionieren ebenso wenig wie Radiogeräte (ohne Batterie- oder Akkubetrieb) oder TV-Geräte. Nach etwa einer Stunde fallen zunehmend auch Mobiltelefone aus.
- Im Schienenverkehr geht nichts mehr.
- An den Tankstellen fallen Zapfsäulen aus.
- Im Straßenverkehr funktionieren Ampelanlagen nicht mehr. Vor allem in städtischen Gebieten kommt es vermehrt zu Verkehrsunfällen und Staus.
- Durch die Verwendung von offenem Licht (Kerzen) steigt die Brandgefahr.
- Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes werden in diesem Zeitraum stark in Anspruch genommen. Deshalb kann eine Priorisierung der Versorgung notwendig werden.
- Notwendige Krankentransporte und Rettungseinsätze werden, auch durch die witterungsbedingte Glätte und zunehmend unpassierbare Straßen, erschwert.

Innerhalb von 4 Stunden

- In der gesamten Region Magdeburg kommt es zum Ausfall von Abwasseranlagen.
- Die vorgenannten Einschränkungen – etwa hinsichtlich der Toilettennutzung, des öffentlichen Verkehrs und der (elektronischen) Kommunikation – bestehen fort.
- Informationen können nur unter erheblichen Schwierigkeiten verbreitet werden. Dies erschwert auch das Hinzuziehen von Einsatzkräften des Katastrophenschutzes aus angrenzenden Regionen und anderen Bundesländern.
- Durch den Ausfall von Zapfsäulen besteht nach rund 24 Stunden ein erheblicher Treibstoffmangel. Der Verkehr wird dadurch massiv beeinträchtigt und bricht teilweise zusammen.

Innerhalb von 8 Stunden

- In der gesamten Region Magdeburg kommt es zum Ausfall von Abwasseranlagen.
- Die vorgenannten Einschränkungen – etwa hinsichtlich der Toilettennutzung, des öffentlichen Verkehrs und der (elektronischen) Kommunikation – bestehen fort.
- Informationen können nur unter erheblichen Schwierigkeiten verbreitet werden. Dies erschwert auch das Hinzuziehen von Einsatzkräften des Katastrophenschutzes aus angrenzenden Regionen und anderen Bundesländern.
- Durch den Ausfall von Zapfsäulen besteht nach rund 24 Stunden ein erheblicher Treibstoffmangel. Der Verkehr wird dadurch massiv beeinträchtigt und bricht teilweise zusammen.

Abbildung 3: Problembeschreibung zur Vorbereitung der Interviews

2.2 Online-Fragebogen

Das Erhebungsinstrument für die Online-Befragung wurde in Ermangelung vorliegender validierter und in deutscher Sprache vorliegender Befragungsinstrumente zu dem hier interessierenden Thema selbst erarbeitet. Dabei wurden aber – wo dies möglich war und sinnvoll erschien – auf international vorliegende englischsprachige Instrumente zum Thema Disaster Preparedness in Nursing oder Bestandteile daraus zurückgegriffen. Ausgerichtet wurde das Instrument auf Personen, die in Deutschland in ambulanten Pflegediensten beschäftigt sind und Patient*innen in ihrer Häuslichkeit oder in Wohngemeinschaften pflegerisch versorgen, betreuen und bei Alltagsaktivitäten unterstützen. Eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Qualifikationen – also zwischen Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen und sonstigem Personal – erfolgte dabei nicht, u. a. weil in einem konkreten Ereignisfall all diese Personengruppen gleichermaßen gefordert sein könnten.

Das auf diese Weise entwickelte Instrument wurde einem mehrschrittigen kognitiven Pre-Test unterzogen; zunächst in einer Vorversion im Word-Format, anschließend in einer präfinalen Version auch anhand der Ansicht in dem für die Befragung genutzten Online-Tools SoSci Survey (Programmversion 3.2.19 / <https://www.soscisurvey.de>). Modifikationen bezogen sich auf die Reihenfolge der Fragen und ihrer Zuordnung zu den Themenblöcken, um den Befragungsablauf für die Teilnehmenden schlüssig zu gestalten (Kirchhoff et al. 2010; Klöckner/Friedrichs 2014; Porst 2014). Zudem wurden Kürzungen vorgenommen, um den zeitlichen Aufwand für die Teilnehmenden zu begrenzen. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, sollte die Beantwortung maximal 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthielt vier Themenblöcke, die durch Überleitungstexte miteinander verknüpft wurden. Sie sollten zum einen den Abschluss als auch den Neubeginn der jeweiligen thematischen Schwerpunkte kennzeichnen und eine gedankliche Unterstützung für die Beantwortung der jeweils nächsten Fragen bieten (Klöckner/Friedrichs 2014; Porst 2014).

Themenblock A: Persönliche Erfahrungen und Einschätzungen

Dieser Themenblock enthielt Fragen zu persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen im Zusammenhang mit Krisen- und Katastrophenfällen, wobei die Befragten gezielt als Privatperson angesprochen wurden. Dadurch sollte ein persönlicher und niederschwelliger Einstieg in die Befragung ermöglicht und das Interesse an der Beantwortung geweckt werden. Anregungen aus der internationalen Literatur zur Entwicklung von Fragen in diesem Themenblock betrafen Aspekte der persönlichen Vorbereitung auf Katastrophenereignisse. Hierzu konnten insbesondere Erkenntnisse von Nash 2017 aufgegriffen werden. Die Autorin ging in einem Pilotprojekt der Fragestellung nach, ob und in welcher Form die Bereitschaft von Pflegenden zur Unterstützung in Katastrophensituationen positiv beeinflusst werden kann. Einer dazu vorausgeschalteten Literaturanalyse hatte ergeben, dass sich Pflegende überwiegend eher schlecht auf das notwendige Handeln bei Katastrophenereignissen vorbereitet fühlen. Zugleich konnten mögliche förderliche Faktoren für die Anbahnung entsprechender Handlungskompetenzen und v. a. auch für die Erhöhung der persönlichen Bereitschaft zum Handeln im Ereignisfall identifiziert werden. Dazu gehören niedrigschwellige Fortbildungsangebote, aber auch das Wissen um eine gesicherte Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen, um selbst beruflich als Pflegende unterstützend tätig werden zu können (z. B. Melnikov et al. 2014; Nash 2017). Darüber hinaus erwähnte Nash (2017) mit Verweis auf insbesondere Al Khalailah et al. (2012), Lim et al. (2013) und Öztekin et al. (2015), dass Pflegende eher selten persönliche Notfallvorsorge betreiben, dass aber zugleich ein positiver Zusammenhang zwischen einer ausgeprägten persönlichen Notfallvorsorge und der Bereitschaft im Katastrophenfall zu handeln, besteht. Die besondere Bedeutung der persönlichen Notfallvorsorge wird u. a. auch in den Erkenntnissen

des Forschungsprojekts „Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“ (KOPHIS) hervorgehoben (Zettl et al. 2018) sowie in den Empfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zur persönlichen Notfallvorsorge (BBK 2018, 2019, 2020). Diesen Hinweisen und Erkenntnissen aus der Literatur folgend, wurden entsprechende Fragen für diesen Block der AUIK-Online-Befragung von Pflegedienstmitarbeiter*innen in Deutschland konzipiert.

Anregungen, die personale Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Teilnehmenden – einmal mit Blick auf ihre Einschätzungen als Privatperson und einmal mit Blick auf ihre berufliche Rolle – zu bestimmen, fanden sich u. a. in einer qualitativen explorativen Studie zur Vorbereitung von Pflegenden auf Katastrophenereignisse und deren Bewältigungsstrategien nach einem solchen Ereignis (Turner 2017). Darin wurde u. a. die englische Version der Brief Resilience Scale von Smith et al. 2008 genutzt. Diesem Ansatz folgend, wurde in der AUIK-Online-Befragung die von Ufer (2016) übersetzte und validierte deutsche Version der Brief Resilience Scale (BRS-D), verwendet, um einen Einblick in die persönliche Widerstandsfähigkeit der Teilnehmenden zu erhalten. Für die Erfassung der Selbsteinschätzungen zur personalen Resilienz in beruflichen Kontexten wurden ausgewählte Items der Connor-Davidson Resilience Scale 10-Item (kurz: CD-RISC 10) (Campbell-Sills/Stein 2007) genutzt.

Themenblock B: Berufliche Erfahrungen und Einschätzungen

Der zweite Themenblock adressierte die befragten Personen gezielt in ihrer Rolle als Mitarbeiter*innen eines ambulanten Pflegedienstes. Hier sollten also die beruflichen Erfahrungen und Einschätzungen zu Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen abgerufen werden. Diesem Themenblock war die zuvor erarbeitete Fallvignette vorangestellt, um den Befragten zu ermöglichen, eine berufliche Perspektive einzunehmen und ihre wahrscheinlichen Handlungsentscheidungen in diesem Kontext zu präsentieren. Zusammen mit dem dritten Themenblock bildete dieser Frageteil das Kernstück des Erhebungsinstruments. Anregungen für die Formulierung von Fragen boten internationale Arbeiten zur Risikowahrnehmung von Pflegenden sowie zu deren Bereitschaft und Fähigkeit zum Handeln im Katastrophenfall, einschließlich der Unterstützung in Notunterkünften.

Insbesondere Erkenntnisse aus der Forschungsarbeit von Baack/Alfred (2013) boten Anknüpfungspunkte für die Entwicklung von Fragen in diesem Themenblock. Die Autor*innen untersuchten mögliche Zusammenhänge zwischen vielfältigen Faktoren im persönlichen und beruflichen Umfeld von Pflegenden im ländlichen Raum und ihrer wahrgenommenen Kompetenz zur Katastrophenvorsorge und -bewältigung. Hierfür wurde der 58 Items umfassende Fragebogen „Emergency Preparedness Information Questionnaire“ (EPIQ) entwickelt und verwendet. Die Ergebnisse zeigen u. a., dass die meisten Pflegenden kein Vertrauen in ihre Kompetenzen zur Vorbereitung und Bewältigung von Katastrophenereignissen haben. Diejenigen die sich zuversichtlicher zeigen, haben mit größerer Wahrscheinlichkeit bereits Erfahrungen mit entsprechenden Ereignissen gesammelt (Baack/Alfred 2013).

Für die Entwicklung weiterer Fragen wurde zudem eine integrative Übersichtsarbeit (Gowing et al. 2017) sowie einzelne, darin erwähnte und als relevant erkannte Einzelstudien herangezogen, in denen die wahrgenommenen Kompetenzen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und im Katastrophenschutz rund um das Katastrophenmanagement sowie Möglichkeiten ihrer Förderung untersucht wurden. Zudem wurden die Arbeiten von Li et al. (2015), Uekusa (2019) sowie von Said/Chiang (2020) herangezogen, die sich mit Aspekten der Rollen- und Aufgabenwahrnehmung von Pflegenden spezifisch auch in der Langzeitversorgung (Long-term Care) rund um Katastrophenereignisse befassen.

Themenblock C: Einschätzungen zur Krisen-/Katastrophen-Vorbereitung und Bewältigung

In diesem Themenblock wurde das berufliche Umfeld der befragten Personen in den Blick genommen, genauer gesagt, die Rahmenbedingungen und institutionellen Vorgaben, die den Handlungsspielraum von Pflegenden beeinflussen. Die hier gestellten Fragen waren darauf ausgerichtet, in Erfahrung zu bringen, welche Vorkehrungen der jeweilige Arbeitgeber/ambulante Pflegedienst der Befragten getroffen hat, um sich auf Krisen- und Katastrophensituationen vorzubereiten oder diese ggf. bewältigen zu können. Angeregt wurde die Fragestellung hier einerseits durch Pierce et al. (2017) und Wyte-Lake et al. (2017) und ihre Arbeiten zur (Weiter-)Entwicklung von Katastrophenplänen in Langzeitpflegeeinrichtungen, zur Förderung der Zusammenarbeit mit Institutionen des Katastrophenschutzes sowie zu krisen- und katastrophenrelevanten Behörden. Zudem wurden Vorarbeiten von Mitani et al. (2003) und Laditka (2007) zur Entwicklung und Anwendung strukturierter Arbeitshilfen für das Handeln in Krisen und Katastrophen aufgegriffen. Schließlich flossen auch Erkenntnisse von Turner (2017) zu den Aufgaben von Leitungspersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen im Krisen- und Katastrophenfall ein.

Themenblock D: Angaben zur Person und zum Pflegedienst

Im vierten Abschnitt des Instruments wurden einige wenige soziodemografische Daten sowie Angaben zum Pflegedienst erfasst, in dem die Befragten beschäftigt sind. Diese Informationen sollten u. a. dazu dienen, die zuvor übermittelten Antworten in einen Kontext stellen zu können und einen näheren Eindruck von den befragten Personen zu erhalten. Dem schloss sich dann ein offenes Textfeld an, in dem weiterführende Gedanken und Hinweise zur Thematik des Fragebogens festgehalten werden konnten. Dabei wurde auch die Möglichkeit eröffnet, die Situation während der COVID-19-Pandemie anzusprechen und zu reflektieren. Dieses Ereignis war bei der ursprünglichen Planung der Forschungsaktivitäten im AUPIK-Gesamtvorhaben nicht vorherzusehen gewesen. Gleichwohl hat es die in diesem Kontext durchgeführten Befragungen und womöglich auch das Antwortverhalten überschattet. In dem offenen Textfeld konnten also von den Befragten ggf. Kontextinformationen übermittelt werden. Diesem Feld folgte dann eine Infobox mit einem Link zum Informationsangebot des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Damit wurde eine Option aufgezeigt, einem vielleicht durch die Befragung ausgelöstem Interesse an der Thematik nachzugehen und sich beispielsweise nähere Informationen zur persönlichen Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen zu beschaffen.

Alle vier Themenblöcke gleichermaßen betreffend

Die Fragen innerhalb der vier Themenblöcke waren überwiegend in Clustern mit einer leitenden Fragestellung und mehreren Items zur Einschätzung angelegt. Dies sollte der Übersichtlichkeit des Online-Instruments dienen (ähnlich auch eine Fortschrittsanzeige). Eingesetzt wurden überwiegend geschlossene Fragen. In einigen Fällen bestand zudem die Möglichkeit das Item „anderes, und zwar“ auszuwählen und in einem freien Textfeld Ergänzungen vorzunehmen. Neben einer Filterfrage gab es zudem eine Reihe von Einzelfragen mit Einfach- oder Mehrfachauswahl-Option, vor allem für Angaben zur Person und zum Pflegedienst. Für das Antwortspektrum wurden vorwiegend verbalisierte Likert-Skalen mit vier bis fünfstufiger Merkmalsausprägung verwendet. Bipolare Endpunkt-Skalen kamen dann zum Einsatz, wenn die Tendenz zur einen oder anderen Sichtweise/Einschätzung erfasst werden sollte. Lediglich in einem Fall wurde eine 10er-Ratingskala verwendet, nämlich zur Abschätzung des zu erwartenden Ausmaßes an Alltagsstörung beim Auftreten verschiedener potenzieller Krisen- bzw. Katastropheneignisse. Die im ersten Themenblock integrierte Ermittlung der personalen Resilienz mittels BRS-D (Ufer 2016) erfolgt in Form von sechs Items, die jeweils auf einer 5-stufigen verbalisierten Likert-Skala eingeschätzt werden sollten. Daraus wird dann ein Score (BRS-D Score) errechnet, der eine niedrig, normal und hoch ausgeprägte Resilienz anzeigt (ebd.).

2.3 Interviewleitfaden

Basierend auf den literaturgestützten Vorarbeiten des Arbeitspakets 1 des Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ (Ewers/Lehmann 2021) wurde ein Leitfaden für qualitativ-explorative Interviews mit Leitungspersonen erstellt. Die eher kurz gehaltenen Leitfragen in dem Instrument sollten die anzusprechenden Themengebiete strukturieren und insgesamt einen eher erzählstimulierenden Charakter haben. Adressiert wurden dabei Faktoren auf der organisatorisch-prozeduralen wie auch auf der individuell-qualifikatorischen Ebene. Der Leitfaden gliederte sich schließlich in sieben Themenfelder mit z. T. mehreren Leitfragen sowie Optionen für Alternativ- und Nachfragen (siehe **Abbildung 4**).

- 1. Spontane (emotionale) Reaktion (zur geschilderten Fallvignette)**
- 2. Bestehende Vorerfahrungen**
 - ⇒ Erzählung zu COVID-19 – ggf. aufgreifen, falls von den Interviewpartner*innen erwähnt
- 3. Auswirkungen eines Stromausfalls, der vermutlich mehrtägig und großflächig ist**
 - ⇒ Auswirkungen auf:
 - Leitungspersonen in Pflegediensten
 - Mitarbeitende von Pflegediensten
 - Patienten und ggf. Angehörige
- 4. Möglichkeiten des Umgangs mit dem Szenario eines solchen Stromausfalls**
 - ⇒ Möglichkeiten von:
 - Leitungspersonen
 - Mitarbeitenden
 - Patienten und ggf. Angehörige
 - ⇒ Möglichkeiten der Vorbereitung auf ein solches Szenario
- 5. Unterstützungsbedarfe zur Bewältigung eines solchen Szenarios**
 - ⇒ mit Blick auf:
 - Leitungspersonen
 - Mitarbeitende
 - Patienten und ggf. Angehörige
- 6. (Mögliche) Kooperationen von Pflege, Rettungsdienst und Katastrophenschutz**
 - ⇒ mit Blick auf eine ggf. notwendige Evakuierung und Zentralisierung der Versorgung
 - ⇒ Vorstellungen zu einem zentralen Betreuungsplatz für Pflegebedürftige unter Leitung des Katastrophenschutzes
- 7. Was den Interviewpartner*innen noch wichtig ist, zu sagen**

Abbildung 4: Themenfelder und Leitthemen des Interviewleitfadens

3. Umsetzung der empirischen Erhebungen

Mit den beiden Erhebungen sollten bewusst heterogene Perspektiven erfasst werden, nämlich zum einen die von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste, zum anderen die von Leitungspersonen solcher Dienste. Um ein breites Spektrum an Erfahrungen und Perspektiven erfassen zu können, wurden für die Rekrutierung von Teilnehmer*innen an den beiden Erhebungen unterschiedliche Wege beschritten. In dem einen Fall wurde eine offene Online-Befragung gewählt, an der prinzipiell jede Person mit dem entsprechenden Universallink teilnehmen konnte. Zwar wurde die Information über die Erhebung v. a. in der Modellregion gestreut, grundsätzlich konnten aber auch Personen aus anderen Regionen Deutschlands Zugang zur Befragung erhalten. Anders hingegen erfolgte die Rekrutierung bei den Leitungspersonen. Hier wurden intentional Personen aus der Modellregion Magdeburg für die Befragung gewonnen.

Voraussetzung für die Durchführung der Erhebungen war in beiden Fällen eine Recherche der Kontaktdaten ambulanter Pflegedienste. Hierzu wurden im Oktober 2020 in den frei zugänglichen Datenbanken „AOK Pflege-Navigator“ (<https://www.pflege-navigator.de>) sowie „vdek-

Pflegelotse“ (<https://www.pflegelotse.de>) Daten aller ambulanten Pflegedienste in der Modellregion zusammengetragen (d. h. in Magdeburg Stadt sowie in den angrenzenden Landkreisen Börde, Jerichower Land und Salzlandkreis). Die auf diese Weise identifizierten Kontaktdaten wurden über ergänzende Recherchen in Suchmaschinen und auf den Homepages der Pflegedienste vervollständigt und um weiterführende Informationen ergänzt. Dabei wurden u. a. auch Angaben zu Dienstbesonderheiten (z. B. Intensivpflege) erfasst. In ähnlicher Weise waren zuvor bereits im Rahmen anderer Forschungsaktivitäten des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Kontaktdaten von Intensivpflegediensten in Berlin und Brandenburg ermittelt worden. Auch diese Daten wurden für die Rekrutierung genutzt.

3.1 Online-Befragung – Rekrutierung und Umsetzung

Eine auf die Modellregion ausgerichtete und begrenzte Rekrutierung von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste für die Online-Befragung war nur schwer umzusetzen, da keine Kontaktdaten dieser Personen vorlagen und sie vom Forscherteam nicht direkt kontaktiert werden konnten. Insofern mussten alternative Zugangswege gewählt werden, um eine möglichst große Gruppe an Personen ansprechen und die angestrebte Zahl von mindestens 60 Teilnehmer*innen erreichen zu können. Konzeptualisiert wurde deshalb eine für Interessierte offene Online-Befragung, für deren Nutzung keine Passwörter oder andere Zugangsdaten erforderlich waren (Gelegenheitsstichprobe). Die Befragung war für einen Zeitraum von fünf Wochen (30.11.2020 – 03.01.2021) über einen Universallink (<https://www.socisurvey.de/aupiktest/>) über alle gängigen Betriebssysteme, Browserfabrikate und -versionen zugänglich. Dabei passte sich das Layout des Fragebogens automatisch an verschiedene Endgeräte an (PC/Laptop, Tablet, Android-Smartphone, iPhone), was das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern sollte.

Um auf die Online-Befragung aufmerksam zu machen, wurden zunächst Vertreter*innen der zuvor recherchierten ambulanten Pflegedienste elektronisch und postalisch angeschrieben. Die Schreiben enthielten Informationen zum AUPIK-Forschungsprojekt, zu dessen Zielsetzung und konkret zur Befragung. Hinzu kamen datenschutzrechtliche Informationen zur Vertraulichkeit im Umgang mit den zu erhebenden Daten und schließlich dem Link zur Online-Befragung. Die elektronischen und postalischen Anschreiben richteten sich an Geschäftsführer*innen (GF) und/oder Pflegedienstleiter*innen (PDL). Sie wurden als Mittelspersonen angesprochen und darum gebeten, die Informationen zur Befragung an ihre Mitarbeiter*innen in der direkten Patientenversorgung weiterzuleiten. Ob und in welchem Umfang dieser Bitte entsprochen wurde, kann nicht beurteilt werden. Insgesamt wurden 293 Pflegedienste postalisch kontaktiert (151 in der Modellregion und 142 darüber hinaus). 12 Briefe kamen Retour; so musste die Briefpost insgesamt 281 Adressat*innen erreicht haben (147 in der Modellregion und 134 darüber hinaus). Die Anzahl der versendeten E-Mails liegt leicht darunter, weil nicht zu allen Diensten E-Mail-Adressen vorlagen. Etwa zur Hälfte des Erhebungszeitraums wurden Erinnerungsmails versendet, um die Quote an Teilnehmer*innen über diesen Weg weiter zu erhöhen.

Aufgrund der mit diesem mittelbaren Verfahren verbundenen Unsicherheiten und um auch die Selbstrekrutierung von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste weiter zu fördern, wurde zugleich auf eine mediale Streuung der Informationen zur Online-Befragung gesetzt. So wurde im Dezember 2020 ein entsprechender Aufruf zur Beteiligung mit dem Link zum Online-Fragebogen über den wöchentlich über die elektronisch versendeten Newsletter des Vincentz Network („Häusliche Pflege“, newsletter@haeusliche-pflege.net) und des Bibliomed-Verlags („BibliomedPflege“, bibliomed-pflege@bibliomed.de) versendet. Zudem erfolgten Hinweise auf die Befragung in sozialen Netzwerken (z. B. Twitter), die einige Aufmerksamkeit auf die Befragung lenkten und wiederholt gelikt und geteilt wurden.

3.2 Interviews – Rekrutierung und Umsetzung

Für die Interviews mit Leitungspersonen in ambulanten Pflegediensten wurde eine intentionale Sampling-Strategie verfolgt. Geplant war mindestens acht Interviewpartner*innen in ambulanten Pflegediensten in der Funktion von Geschäfts- und/oder Pflegedienstleitungen für die Befragung zu gewinnen, wobei – um ein möglichst breites und kontrastreiches Bild erfassen zu können – bei der Rekrutierung verschiedene Kriterien berücksichtigt wurden. Abgebildet werden sollten

- Pflegedienste in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege und der Privatwirtschaft;
- Pflegedienste ohne und mit Intensivversorgungsangebot;
- Pflegedienste in der Stadt Magdeburg und im ländlichen Raum;
- Pflegedienste unterschiedlicher Größe.

Darüber hinaus sollten weitere Personen in medizinischen Einrichtungen befragt werden, insbesondere ärztliche und/oder pflegerische Verantwortungsträger*innen in Notaufnahmen und Katastrophenschutzabteilungen von Krankenhäusern. Die Rekrutierung der Interviewpartner*innen war in diesem Fall nicht durch unzureichende Kontaktdaten und fehlende Möglichkeiten der direkten Ansprache, sondern vielmehr von der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie mit wachsenden Inzidenzzahlen und den damit einhergehenden Belastungen für die Interviewpartner*innen überschattet. Informationen zum AUPIK-Verbundprojekt, dem Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ und der damit verbundenen Interviewanfrage wurden in drei Anfragewellen elektronisch und postalisch an mehr als 50 Pflegedienste in der Modellregion versendet. Dem folgten telefonische Nachfragen – häufig mehrfach, um die zuständigen Leitungspersonen in den ambulanten Diensten direkt anzusprechen. Viele lehnten ein Interview mit Verweis auf ihre zu diesem Zeitpunkt große Arbeitsbelastung bei hohen Ausfallquoten an Mitarbeiter*innen ab. Einige boten an, in einigen Wochen oder Monaten für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Es gab aber auch Ablehnungen ohne Begründung oder wegen der empfundenen Irrelevanz des Themas für den eigenen Alltag. Auf die Rekrutierung von Interviewpartner*innen aus den Krankenhäusern musste aufgrund der sich zuspitzenden Pandemielage und der damit verbundenen Belastungen der Notaufnahmen verzichtet werden. Die Perspektiven dieser Personen werden nun im Zuge späterer Forschungsaktivitäten im AUPIK-Gesamtprojekt (konkret im Arbeitspaket 3 „Konzeption des SOLL-Prozesses“) noch erfasst und integriert werden.

Mit erheblichen Anstrengungen konnten im Zeitraum November/Dezember 2020 schließlich die geplanten acht Interviews umgesetzt werden. Die Befragungen orientierten sich an Prinzipien von Experteninterviews (Meuser/Nagel 2009) und wurden als anwendungsbezogene Variante des Leitfadeninterviews mit explorierendem, nicht-direktivem Charakter durchgeführt (Meuser/Nagel 2009; ähnlich Kruse 2014). Der entwickelte Leitfaden, der dazu diente in allen Interviews in vergleichbarer Weise die zu erkundenden Themenbereiche abzurufen, wurde dabei flexibel eingesetzt und situativ auf die jeweiligen Befragten und ihre Schilderungen angepasst (Kruse 2014). Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden die Interviews aber, anders als ursprünglich geplant, telefonisch durchgeführt. Dafür wurde ein Zeitrahmen von jeweils rund 45 – 60 Minuten eingeplant. Die Interviews wurden (mit Zustimmung der Befragten) audiotekhnisch aufgezeichnet. Zudem wurden Gesprächsnotizen mit Angaben zu Rahmenbedingungen, Wahrnehmungen zu auffallenden Themen und Schwerpunktsetzungen sowie zu atmosphärischen und interaktionellen Besonderheiten erstellt.

4. Auswertung der erhobenen Daten

Die Daten aus der Online-Befragung von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste und den qualitativen Interviews mit Leitungspersonen solcher Dienste wurden zunächst getrennt voneinander ausgewertet. Das Vorgehen dabei wird im Folgenden näher beschrieben. Im Anschluss daran wurde ein Abgleich der Ergebnisse und eine kontrastierende Analyse durchgeführt. Dabei wurde v. a. auf Perspektivenungleichheiten, Differenzen in der Problemwahrnehmung, der Problembearbeitung und der Kompetenz zur Beantwortung krisen- oder katastrophenbedingter Alltagsstörungen sowie daraus resultierender Unterstützungsbedarfe bei den jeweiligen Gruppen von Befragten geachtet. Die Auswertungsschritte wurden zur Sicherung der Qualität jeweils von zwei Personen des AUIK-Teams am IGPW bearbeitet.

4.1 Online-Befragung

Nach Abschluss der Online-Befragung wurden die quantifizierbaren Daten aus dem Online-Fragebogen unter Nutzung von SPSS Statistics 26.0 von IBM einer deskriptiv-statistischen Auswertung unterzogen. Die Antworten auf die im Befragungsinstrument enthaltenen (halb-)offenen Fragen wurden einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen und ähnlich bearbeitet, wie dies im Folgenden zu den qualitativen Leitfadenterviews dokumentiert ist.

Im Sinne der Qualitätssicherung orientierte sich die Datenaufbereitung und Datenanalyse an der CHERRIES Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (Eysenbach 2004) und den GESIS-Leitlinien zum Management von Forschungsdaten (Jensen 2012). Zudem wurde mit dem Vier-Augen-Prinzip gearbeitet, d. h. mindestens zwei Personen aus dem Team haben am Datenmanagementprozess gearbeitet und sich gegenseitig kontrolliert und korrigiert. Bei Unklarheiten wurde eine dritte Person hinzugezogen. Für die transparente Dokumentation des Projekts sowie zur Ermöglichung späterer Rückgriffe auf das Instrument und die damit gewonnenen Daten wurden ebenso der Originalfragebogen, der Code-Plan sowie die Arbeits- und Syntax-Steuerdateien zur Datenaufbereitung datenschutzkonform gesichert (Jensen 2012).

Die mittels SoSci Survey bereits digital vorliegenden Daten wurden über den Zwischenschritt einer Excel-Datenbank zunächst als SPSS-Rohdatensatz gespeichert, in mehreren Schritten aufbereitet und weiterverarbeitet (Erstellung der Datensätze). Sodann wurde ein Code-Plan und eine darauf fußende SPSS-Datenmatrix erstellt. Im Code-Plan wurden alle Variablenamen festgehalten, die den einzelnen Fragen und Items aus dem Fragebogen zugeordnet wurden. Jeder Antwortkategorie wurde ein numerischer Code zugewiesen. In einem nächsten Schritt wurden die Wertelabels bzw. Variablenetiketten definiert und Codes erstellt, die den fehlenden Werten und deren Bedeutung aus der Befragung zugewiesen werden konnten (Kommentierung der Datensätze). Da keine unmittelbar personenbezogenen Informationen erfasst wurden, die Rückschlüsse auf individuelle Teilnehmer*innen ermöglicht hätten, konnte auf eine nachträgliche Anonymisierung der Datensätze verzichtet werden. Um beim Übertragungsprozess einen Datenverlust auszuschließen und etwaige Übertragungsfehler korrigieren zu können, gab es mehrere Prüf- und Korrekturschleifen, bei denen auch nicht plausible oder fehlerhafte Angaben etc. korrigiert wurden. Damit verbunden erfolgte eine Überprüfung der Fallzahl. Zudem wurden die Variablen hinsichtlich ihrer formalen Übereinstimmung mit den Fragen- und Antwortkategorien des Fragebogens abgeglichen (Datenbereinigung).

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 571 Aufrufe für den Online-Fragebogen registriert; 289 Male wurde mit der Bearbeitung begonnen. In 79 Fällen wurde die Befragung vorzeitig abgebrochen (Drop-out); diese Fälle wurden von der Auswertung ausgenommen. Auch Fälle, in denen soziodemografische Angaben fehlten (n=9) oder Fragen zu weniger als 70 % beantwortet wurden (Item-Non-Response) (n=100) blieben bei der Auswertung unberücksichtigt. Demnach konnten schließlich 101 gültige Fälle identifiziert werden. Alle gültigen Fälle wurden

dann in einem weiteren Schritt einer deskriptiv-statistischen Datenanalyse unterzogen, wobei die Gesamtergebnisse in Textform und grafischen Darstellungen aufbereitet wurden.

4.2 Interviews

Die audiotekhnisch aufgezeichneten Interviews wurden zunächst in Basis-Transkripte überführt, pseudonymisiert und schließlich in Form einer strukturierenden Inhaltsanalyse in Orientierung an dem von Kuckartz (2018) beschriebenen Vorgehen fokussierend ausgewertet. Für die Auswertung wurde die qualitative Datenanalyse-Software MAXQDA 2020 genutzt. Die Daten wurden von zwei Mitgliedern des Forschungsteams zunächst unabhängig voneinander kodiert. Hierfür wurde ein Kategoriensystem mit 7 Haupt- und 17 Subkategorien genutzt, das a-priori auf der Basis des verwendeten Leitfadens und der Postskripte zu den geführten Interviews deduktiv erarbeitet wurde (siehe **Abbildung 5**).

Stromausfall: Erste (emotionale) Reaktionen und (vermutliche) Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Reaktionen • Erste Maßnahmen
Bestehende Vorerfahrungen mit Krisen und Katastrophen
<ul style="list-style-type: none"> • Schnee, Orkan, Hochwasser, Stromausfall • COVID-19-Pandemie
Erwartete Auswirkungen eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls
<ul style="list-style-type: none"> • Leitungspersonen (organisatorisch-prozedurale Ebene) • Mitarbeitende (individuell-qualifikatorische Ebene) • Patienten und Angehörige
Handlungsoptionen in der Vorbereitung und Bewältigung eines entsprechenden Stromausfalls
<ul style="list-style-type: none"> • Leitungspersonen (organisatorisch-prozedurale Ebene) intern • Unterstützung zwischen Pflegediensten • Mitarbeitende (individuell-qualifikatorische Ebene) • Patienten und Angehörige
(Unklare) Bedarfe und Wünsche bezogen auf externe Unterstützung
<ul style="list-style-type: none"> • Behörden, Rettungsdienst, Kat.-schutz • Fortbildungsangebote für Mitarbeitende • Information(smaterialien) für Patienten u. Angehörige
(Kaum) Kooperation von Pflege, Rettungsdienst und Katastrophenschutz, Behörden
<ul style="list-style-type: none"> • Bisherige Kooperationserfahrungen • (Kaum konkrete) Vorstellungen zu möglicher (zukünftiger) Kooperation
Vorstellungen zum zentralen Betreuungsplatz für pflegebedürftige Personen
<ul style="list-style-type: none"> • Ausstattung • Mitwirkung von Pflegedienstmitarbeitenden

Abbildung 5: Ausgangs-Kategoriensystem (mit Haupt- und Subkategorien)

Die beiden unabhängig voneinander durchgeführten Analysen wurden anschließend zusammengeführt und textlich aufbereitet, wobei neben manifesten Inhalten auch latente Textbedeutungen berücksichtigt wurden (Schreier 2014; Bücker 2020). Die Möglichkeit einer Weiterentwicklung des Kategoriensystems auf der Basis von Vorwissen und aus dem Material heraus (induktiv) wurde dabei von vornherein in Betracht gezogen (ebd.) und schließlich auch genutzt. Abweichende oder gegensätzliche Einordnungen wurden im AUPIK-Team am IGPW diskursiv weiterbearbeitet. Dieses Vorgehen sollte das Erfüllen der Gütekriterien der Validität und Reliabilität der Kategorien und ihrer Trennschärfe befördern sowie schließlich die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Analyse und die gezogenen Schlussfolgerungen sicherstellen (Schreier 2014; Kuckartz 2018).

5. Forschungsethische Aspekte und Datenschutz

Für das Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ wurde eine Datenschutzfolgeabschätzung gemäß Art. 35 Datenschutzgrundverordnung (kurz: DSGVO) einschließlich Datenschutzkonzept gemäß § 26 Berliner Datenschutzgesetz durchgeführt und dokumentiert. Geregelt wurden damit u. a. die Modalitäten der Erhebung (insbesondere informierte Zustimmung, Freiwilligkeit, Abbruchmöglichkeit, Einverständnis zur Teilnahme) sowie der Bearbeitung (insbesondere Anonymisierung/Pseudonymisierung) und Aufbewahrung (insbesondere Datenschutz, Dauer der Speicherung) der erhobenen Daten. Zudem erfolgt für das Gesamt-Teilprojekt 3 ein ethisches Clearing. Für die hier vorzustellenden empirischen Erhebungen wurde nach eingehender Prüfung beschlossen, dass hierfür ein Ethikvotum verzichtbar ist, da ohne direkten Kontakt zu Patient*innen oder anderweitig vulnerablen Gruppen geforscht wurde (Charité 2019).

Zudem wurden ethische „Points to Consider“ berücksichtigt, die vom konsortialführenden IZEW (Krüger/Wezel 2020) vorgelegt und für alle AUPIK-Teilprojekte angenommen wurden. Sie dienen dazu, vergleichbare forschungsethische Schwerpunkte in den empirischen Erhebungen zu setzen, die über die grundsätzlich für alle geltenden Regelungen zu Datenschutzansprüchen und zum Umgang mit sensiblen Daten der DSGVO hinausgehen.

Die Sammlung, Speicherung, Verarbeitung und Löschung personenbezogener Daten im Rahmen der Online-Befragung und der Interviews im Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ erfolgte ausschließlich in Verantwortung des IGPW. Zwischen den AUPIK-Teilprojekten werden nur anonymisierte/pseudonymisierte Ausschnitte aus den Gesamtdaten der Teilprojekte bzw. aggregierte nicht-personenbezogene Daten geteilt. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Um eine informierte Zustimmung zur Teilnahme an der Online-Befragung sicherzustellen, wurden hierfür notwendige Informationen dem Fragebogen vorangestellt. Sie beinhalteten eine knappe Erläuterung des AUPIK-Gesamtforschungsprojekts und des Teilprojekts „Sicherheit und Pflege“ sowie der darin integrierten Online-Befragung. Bei Wunsch nach weiterführenden Informationen konnte ein integrierter Link zur Homepage des Projekts genutzt werden. Hinzu kamen Erklärungen zum Datenschutz (inkl. Hinweise zur Freiwilligkeit, der Gewährleistung von Anonymität und zur Datenspeicherung). Auch hier wurde ein weiterführender Link eingefügt, um auf eine Seite mit ausführlichen Erläuterungen der Datenschutzbestimmungen der Charité – Universitätsmedizin Berlin zu gelangen. Alle Teilnehmenden mussten der Datenschutzerklärung der Befragung zustimmen. Dies erfolgte durch Anklicken eines dafür vorgesehenen Feldes. Nur mit dieser Zustimmung konnte der Fragebogen weiterbearbeitet werden.

Um eine informierte Zustimmung zur Teilnahme an den Interviews sicherzustellen, wurden mit der Anfrage für ein Interview per E-Mail und postalisch jeweils einseitig aufbereitete Informationen zum AUPIK-Verbundprojekt und dem Teilprojekt 3 versendet. Die Adressaten erhielten zudem eine Beschreibung zu den Zielen, der geplanten telefonischen Umsetzung des Interviews und dem Umgang mit den erhobenen Daten. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme wurden Fragen beantwortet und auf Wunsch weiterführende Erläuterungen gegeben.

III. Ergebnisse der Online-Befragung von Mitarbeiter*innen

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Online-Befragung zur Erfassung der IST-Situation aus Sicht von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste präsentiert. Am Anfang der Ergebnisdarstellung finden sich soziodemographische Angaben zur Person, zu ihrem beruflichen Hintergrund und Kontext. Sie sollen dazu dienen, die Ergebnisse der Online-Befragung einzuordnen. Es folgen Hinweise zu den persönlichen Erfahrungen der Befragten mit Krisen, Notfällen und Katastrophen sowie zur individuellen Resilienz gegenüber solchen Ereignissen. Dem schließen sich Ausführungen zu beruflichen Erfahrungen und den in den Diensten getroffenen Maßnahmen zur Vorbereitung und Bewältigung an. In dem Zusammenhang werden auch Unterstützungserwartungen formuliert. Am Ende folgt eine Zusammenfassung der mit dieser Befragung gewonnenen Erkenntnisse.

1. Beschreibung der Stichprobe

Von den insgesamt 101 gültigen Fragebögen stammen 17 aus der Modellregion, die übrigen 84 wurden von Personen aus anderen Regionen Deutschlands beantwortet. Insgesamt haben sich 71 Frauen und 29 Männer an der Online-Befragung beteiligt; in einem Fall fehlte die entsprechende Angabe. Um einen Vergleich mit den Angaben der amtlichen Pflegestatistik gem. § 109 Abs. 1 SGB XI zu ermöglichen, werden die Personaldaten im Folgenden in Prozent angegeben (siehe zunächst **Tabelle 1**).

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe der Online-Befragung im Vergleich zur Pflegestatistik (n=101)

Merkmale	Ausprägungen in der Stichprobe der Online-Befragung in %	Ausprägung in der Pflegestatistik in % (Destatis 2020)
Geschlecht		
weiblich	70,3	83,0
männlich	28,7	17,0
keine Angabe	1,0	--
Alter		
bis 30 Jahre	4,0	13,8
31-49 Jahre	59,4	45,1
50 Jahre und älter	36,6	41,1
Beschäftigungsumfang		
Vollzeit	76,2	27,8
Teilzeit über 50%	17,8	37,5
Teilzeit mit 50% und weniger, aber nicht geringfügig	4,0	14,2
geringfügig beschäftigt (450 €-Basis) oder sonstiges	2,0	20,5
Leitungsfunktion		
Pflegedienstleitung und/ oder Geschäftsführung	54,4	9,5
ohne Leitungsfunktion	45,6	90,5

Überwiegend haben sich Personen im Alter zwischen 31 und 49 Jahren an der Befragung beteiligt, mehr als ein Drittel war 50 Jahre und älter. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen hat angegeben, in leitender Funktion tätig zu sein. Dies kann den in dieser Personengruppe gegenüber der Pflegestatistik deutlich höheren Anteil an Vollzeitbeschäftigten erklären. Dabei ist in Erinnerung zu rufen, dass mit der Befragung in der direkten pflegerischen Versorgung tätige Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste und weniger deren leitende Mitarbeiter*innen erreicht werden sollten. Tatsächlich scheinen sich aber eher Letztgenannte an der

Online-Befragung beteiligt zu haben. Diese Abweichungen gegenüber der ursprünglich für die Online-Befragung ins Auge gefassten Zielgruppe werden bei der Ergebnisdarstellung und bei der Diskussion der Ergebnisse zu beachten sein.

An der Befragung beteiligten sich 29,7 % Altenpfleger*innen, 48,5 % Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sowie 10,9 % Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen. Auch diese Verteilung weicht etwas von der zum Vergleich herangezogenen Pflegestatistik ab, in der ein höherer Anteil an Altenpfleger*innen unter den Pflegefachpersonen dokumentiert ist (Destatis 2020). Einige der Befragten gaben andere gesundheitsberufliche oder kaufmännische Berufsabschlüsse an, zudem gab es Personen ohne Berufsabschluss. Insgesamt haben sich Personen mit z. T. langjähriger Berufserfahrung in der ambulanten Pflege an der Befragung beteiligt: 34 % gaben an bis zu 10 Jahren in der ambulanten Pflege beschäftigt zu sein, 30 % sind zwischen 11 und 20 Jahren in diesem Feld tätig und 36 % sogar seit 21 und mehr Jahren.

Rund zwei Drittel der Befragten gaben an, in einem Pflegedienst in privater Trägerschaft tätig zu sein; ein Drittel war bei einem freigemeinnützigen Träger und ein Prozent bei einem öffentlichen Träger beschäftigt. Dieses Bild entspricht in etwa der Verteilung der Pflegedienste laut Pflegestatistik (Destatis 2020). 28 % der Befragten haben angegeben, in einem Intensivpflegedienst zu arbeiten, 4 % davon in Diensten mit pädiatrischer Versorgung. Knapp 6 % der Befragten sind in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) tätig. Insgesamt ist damit gut ein Drittel aller hier Befragten in Pflegediensten mit pflegefachlicher Schwerpunktsetzung beschäftigt. Da dieser Aspekt in der amtlichen Pflegestatistik nicht erfasst ist, liegen hierzu keine Vergleichsdaten vor (s. **Tabelle 2**).

Tabelle 2: Angaben zu den Pflegediensten, in denen die Befragten tätig sind (n=101)

Merkmale	Ausprägungen in der Stichprobe in %
Trägerschaft	
privat	65,3
freigemeinnützig	32,7
öffentlich (z. B. Kommune, Land)	1,0
keine Angabe	1,0
Pflegefachlicher Schwerpunkt	
(Pädiatrische) Intensivpflege	27,8
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	5,9
ohne Angabe eines Schwerpunktes	66,3
Anzahl betreuter Personen	
bis 25	17,8
26-50	9,9
51-100	20,8
101 und mehr	47,5
keine Angabe	4,0
Lokalisation	
Modellregion Magdeburg und angrenzende Kreise	15,8
sonstiges Bundesgebiet	83,2
keine Angabe	1,0

Eine Hälfte der Befragten arbeitet in Diensten mit bis zu 100 (48,5 %), die andere in solchen mit 101 und mehr betreuten Personen (47,5%), in 4 % liegen keine Angaben vor. Dabei ist darauf zu achten, dass knapp 18 % der Befragten in der häuslichen Intensivpflege tätig sind. Dies erklärt den Anteil an Diensten mit unter 25 Patienten. Hier ist zu bedenken, dass die Anzahl der Beschäftigten in Intensivpflegediensten im Verhältnis zur Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen wesentlich höher ist als in Pflegediensten ohne diesen pflegefachlichen Schwerpunkt.

2. Persönliche Erfahrungen, Einschätzungen und Perspektiven

Auf die Frage, ob sie – abgesehen von der aktuellen COVID-19-Pandemie – persönlich schon Erfahrungen mit Krisen, Notfällen oder Katastrophen gesammelt haben, zeigt sich das in **Abbildung 6** dokumentierte Bild. Die Befragten konnten dabei zwischen exemplarischen Ereignissen auswählen, aber auch andere benennen. Vergleichsweise häufig liegen demnach Erfahrungen mit Naturkatastrophen vor (z. B. Hochwasser, Sturm, Extremwetterlagen), gefolgt von Bombenfunden und Evakuierungen. Massenerkrankungen, Brand/Feuer sowie ein langanhaltender Ausfall der Stromversorgung wurden seltener erlebt; Großunfälle, ein langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung sowie soziale Unruhen und terroristische Ereignisse lediglich in Einzelfällen. Acht Personen haben in der Rubrik „Andere Ereignisse“ Erfahrungen in Bürgerkriegsregionen, Gewaltanwendungen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen, aber auch Wasserschäden oder einen mehrstündigen Ausfall der Telekommunikation angeführt.

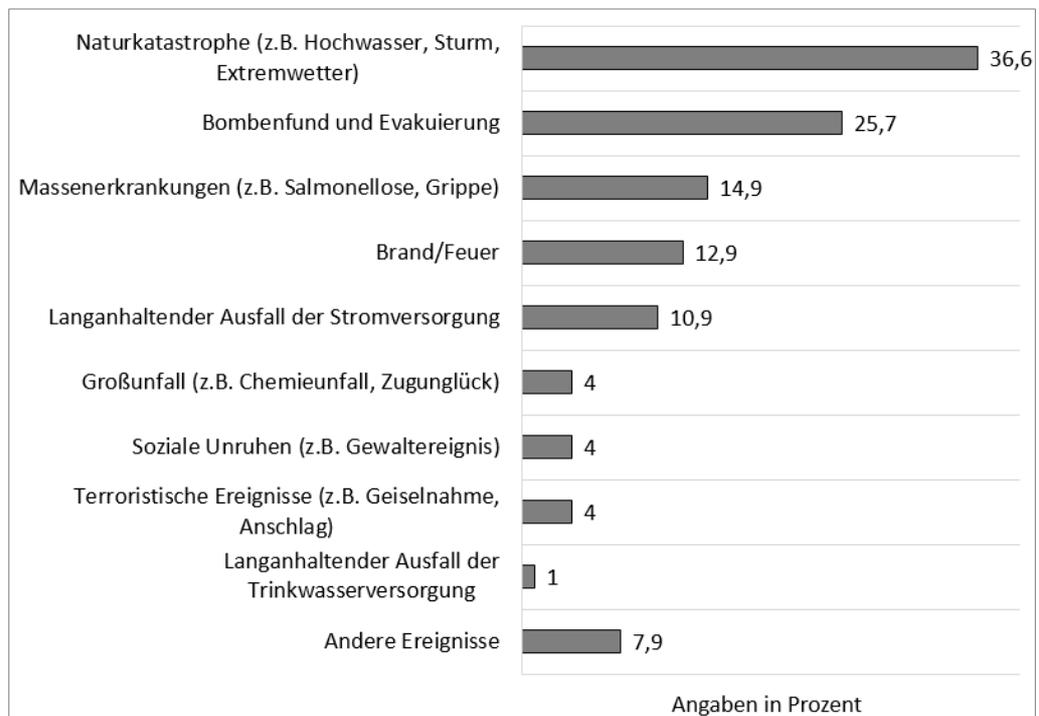


Abbildung 6: Erfahrungen mit Krisen-, Notfällen und Katastrophen (Mehrfachnennungen möglich)

Im Anschluss wurde gefragt, für wie wahrscheinlich die Teilnehmer*innen es halten, innerhalb der nächsten fünf Jahre von einem der in **Abbildung 7** dokumentierten Ereignisse persönlich betroffen zu sein. Nicht alle konnten oder wollten diese Frage beantworten. Massenerkrankungen oder Naturkatastrophen wird aber von den Personen, die diese Frage beantwortet haben, eine besonders hohe Eintrittswahrscheinlichkeit zugeschrieben. Ein langanhaltender Ausfall der Stromversorgung wurde von mehr als der Hälfte der Antwortenden für wahrscheinlich erachtet, gefolgt von Bombenfunden mit Evakuierung, Bränden und Feuern. Andere von Menschen gemachte oder technische Krisen, Notfälle und Katastrophe folgen auf den mittleren Rängen. Terroristische Ereignisse und vergleichbare Gewaltverbrechen werden für weniger wahrscheinlich gehalten und auch die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Großunfalls wird in der stark industrialisierten und dicht besiedelten Bundesrepublik Deutschland von den hier Befragten als vergleichsweise gering eingeschätzt.

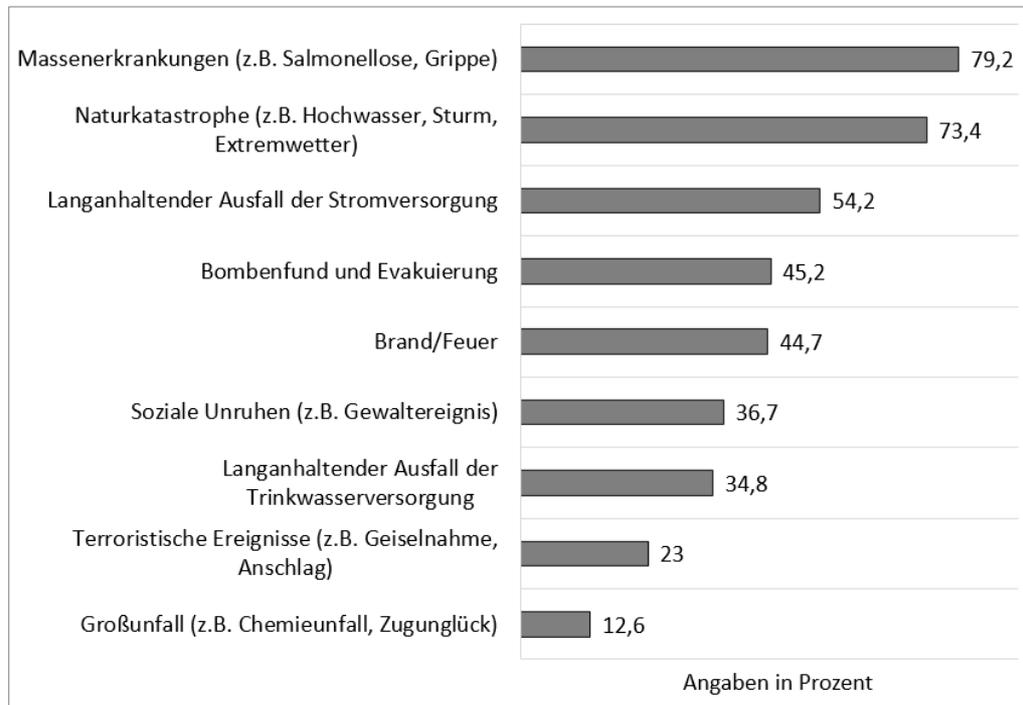


Abbildung 7: Geschätzte Eintrittswahrscheinlichkeit ausgewählte Ereignisse in den kommenden fünf Jahren (Mehrfachnennungen möglich)

Beim Vergleich der Rangfolgen bereits erlebter Krisen- und Katastrophenereignisse und der geschätzten Eintrittswahrscheinlichkeit in den kommenden fünf Jahren zeigt sich, dass in beiden Fällen fünf Ereignisse besonders häufig genannt wurden – darunter auch der Ausfall der Stromversorgung. Andere technische oder von Menschen verursachte Ereignisse wurden seltener erfahren oder auch für unwahrscheinlicher erachtet (siehe **Tabelle 3**).

Tabelle 3: Rangfolge bereits erfahrener und als wahrscheinlich eingeschätzter Krisen/Katastrophen

Eigene Erfahrungen mit dem Ereignis	Geschätzte Eintrittswahrscheinlichkeit
1. Naturkatastrophe (z. B. Hochwasser, Sturm, Extremwetter)	1. Massenerkrankungen (z. B. Salmonellose, Grippe)
2. Bombenfund und Evakuierung	2. Naturkatastrophe (z. B. Hochwasser, Sturm, Extremwetter)
3. Massenerkrankungen (z. B. Salmonellose, Grippe)	3. <i>Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung</i>
4. Brand/Feuer	4. Bombenfund und Evakuierung
5. <i>Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung</i>	5. Brand/Feuer
6. Großunfall (z. B. Chemieunfall, Zugunglück)	6. Soziale Unruhen (z. B. Gewaltereignis)
7. Soziale Unruhen (z. B. Gewaltereignis)	7. Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung
8. Terroristische Ereignisse (z. B. Geiselnahme, Anschlag)	8. Terroristische Ereignisse (z. B. Geiselnahme, Anschlag)
9. Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung	9. Großunfall (z. B. Chemieunfall, Zugunglück)

Weiterhin wurde gefragt, für wie gut sich die Befragten persönlich auf die exemplarisch genannten Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereitet fühlen. Insgesamt fühlen sich viele der Befragten als Privatperson eher schlecht oder gar nicht auf derartige Ereignisse vorbereitet.

Massenerkrankungen (z. B. Salmonellose oder Grippe) bilden hier eine Ausnahme, gefolgt von Bränden/Feuer und Bombenfunden mit Evakuierungen. Auf solche Ereignisse – zu den auch mehr oder weniger umfangreiche Erfahrungen vorliegen – fühlen sich jeweils etwas weniger als die Hälfte der Befragten sehr gut oder eher gut vorbereitet. Jeweils knapp ein Drittel der Befragten sieht sich für Naturkatastrophen (z. B. Hochwasser, Sturm, Extremwetter) oder auch einen langanhaltenden Ausfall der Stromversorgung eher gut vorbereitet (siehe **Abbildung 8**).

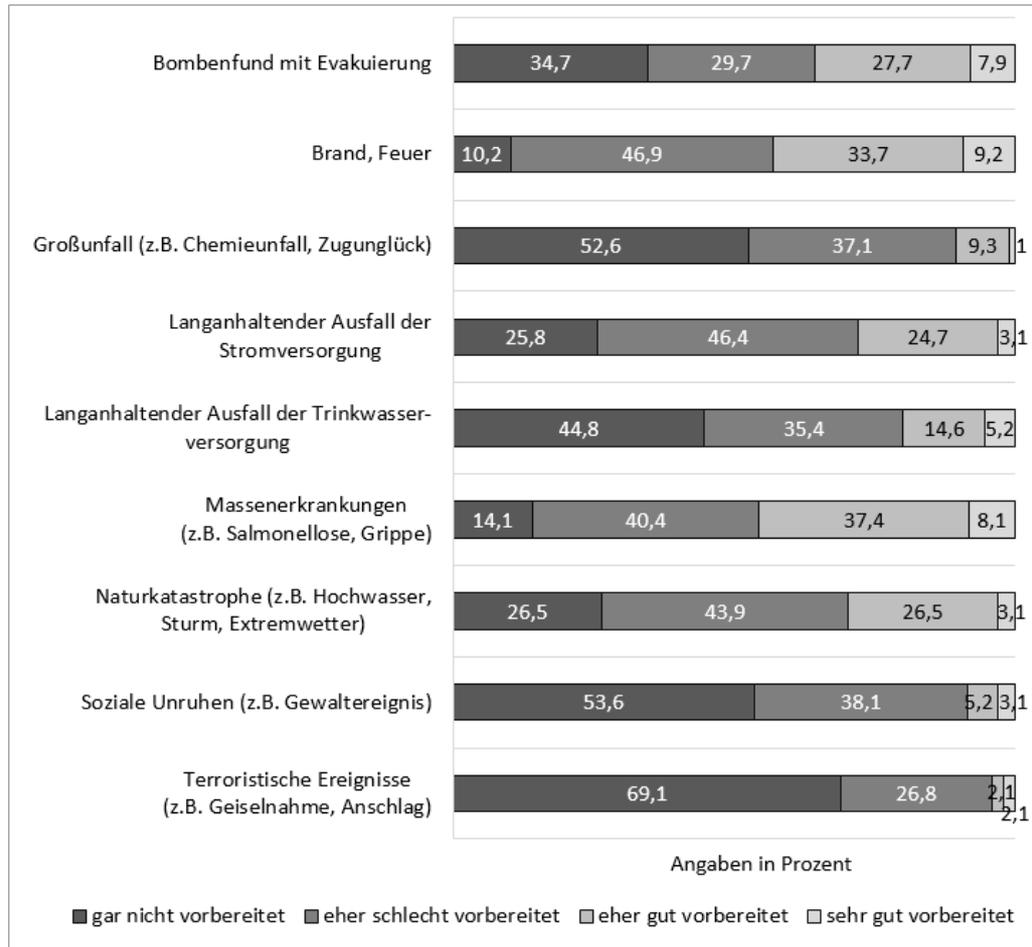


Abbildung 8: Einschätzungen als Privatperson zur Vorbereitung auf Krisen, Notfälle, Katastrophen

Um einen Eindruck von der individuellen Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen und damit letztlich auch der persönlichen Disaster Literacy zu erhalten, wurden die Befragten gebeten, sich zu vier Aussagen zu positionieren (siehe **Abbildung 9**). Rund 80 % der Befragten stimmten der ersten Aussage voll und ganz oder eher zu. Ein großer Anteil der Befragten weiß demnach, wie sie an Informationen zur persönlichen Notfallvorsorge gelangen können. Deutlich weniger haben die entsprechenden Informationen aber schon für sich zusammengetragen; zwei Drittel der Befragten stimmen dieser Aussage eher nicht oder gar nicht zu. Immerhin knapp ein Drittel der Befragten gibt an, keine Kenntnis von den Empfehlungen zur persönlichen Notfallvorsorge und zum Handeln in Katastrophensituationen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe zu haben. Wenn es darum geht, ob die Befragten auch wissen, wie sie sich in Krisen, Notfällen und Katastrophen zu verhalten haben, zeigt sich ein gespaltenes Bild: die eine Hälfte der Befragten stimmt der entsprechenden Aussage voll und ganz oder eher zu, die andere Hälfte eher nicht oder ganz und gar nicht. Bezüglich der Einschätzungen zur persönlichen Notfallvorsorge zeichnen sich dabei keine wesentlichen Unterschiede zwischen Personen mit und Personen ohne Leitungsverantwortung ab.

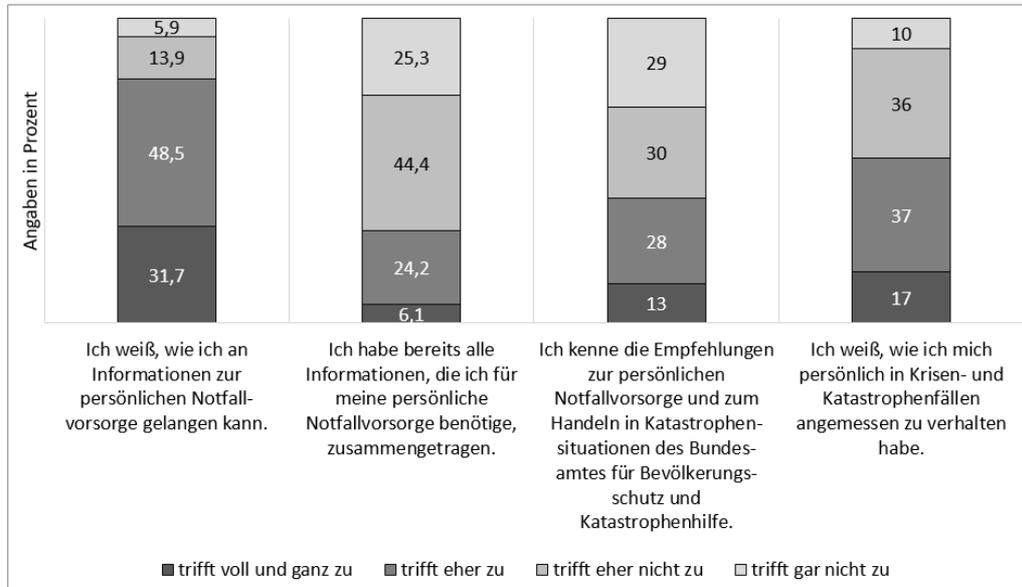


Abbildung 9: Maßnahmen zur individuellen Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen

3. Berufliche Erfahrungen, Einschätzungen und Perspektiven

Um die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste auf ihre beruflichen Erfahrungen, Einschätzungen und Perspektiven hin befragen zu können, wurde ihre Aufmerksamkeit in dem Befragungsinstrument auf die im Methodenteil vorgestellte Fallvignette eines langandauernden und großflächigen Stromausfallszenarios gelenkt. Die Befragten wurden um eine Einschätzung dazu gebeten, welche Reaktionen sie als Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes in einer solchen Situation vermutlich am ehesten bei sich beobachten und welche Maßnahmen sie am ehesten ergreifen würden. Hierzu wurden Ihnen einige Auswahlmöglichkeiten angeboten, die mit den entsprechenden Ergebnissen in **Abbildung 10** dokumentiert sind.

Gut 10 % der Befragten halten es für eher zutreffend, dass sie in der in der Fallvignette geschilderten Situation nicht wüssten, was sie konkret tun könnten, fast 90 % stimmten dieser Aussage aber eher oder voll und ganz zu, was auf eine gewisse Handlungsbereitschaft und auch Handlungskompetenz schließen lässt. Knapp 45 % der Befragten würden sich in Geduld üben und schlicht abwarten, 95 % stimmten aber dafür, dass sie alternative Handlungsmöglichkeiten in Betracht ziehen würden – in diesem Fall das Umfahren des Staus. Der Kontaktaufnahme mit der Zentrale des Pflegedienstes und dem Einholen weiterer Anweisungen wurde ebenfalls große Bedeutung beigemessen – fast 46 % der Befragten stimmten dieser Aussage voll und ganz oder eher zu. Schließlich hat die Informierung der Patient*innen hohen Wert – gut 70 % der Befragten stimmten dieser Option voll und ganz zu, weitere 25 % eher. Das letzte Item bezieht sich dagegen auf persönliche Belange und eine mögliche Konkurrenz zu den beruflichen Verpflichtungen. Auch hier stimmten gut 76 % der Befragten der entsprechenden Aussage voll und ganz oder eher zu – ob die Informierung der Patient*innen oder der Anruf in der Zentrale und damit die berufliche Verpflichtung in dem geschilderten Krisenszenario höher gewertet werden, als die Sorge um die eigene Familie und die Regelung privater Belange, lässt sich aufgrund der hier erhobenen Antworten aber nicht beurteilen.

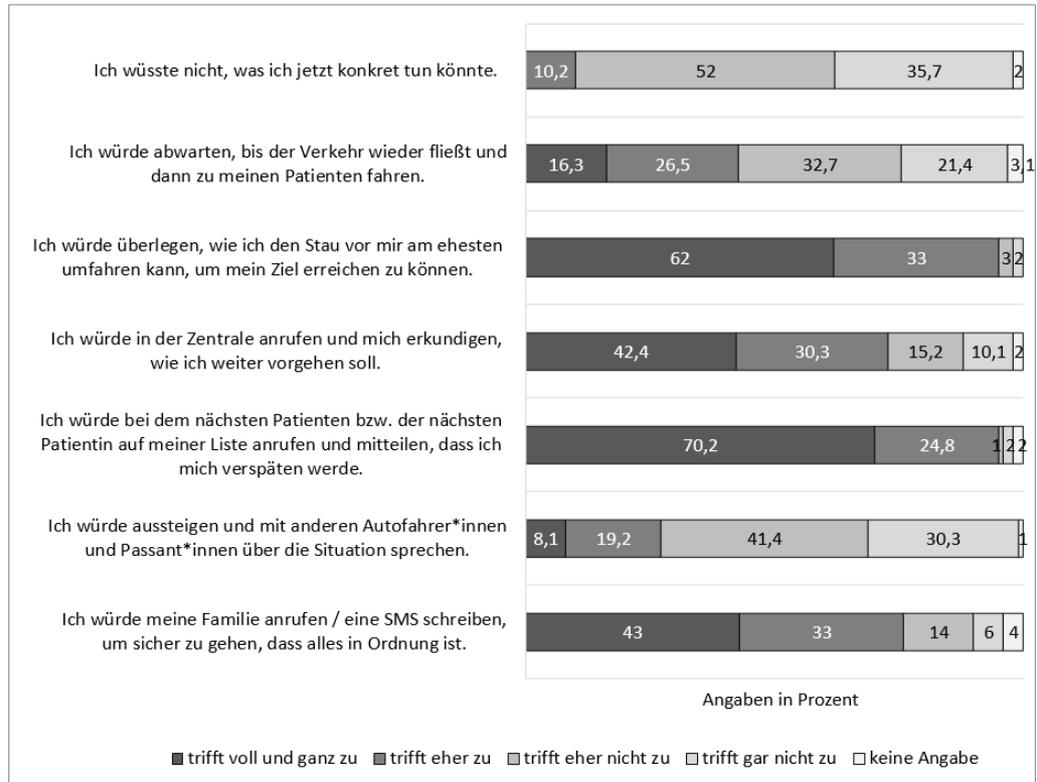


Abbildung 10: Vermutliche Reaktionen der Befragten bei Eintreten des Stromausfallszenarios

Bezogen auf das zuvor geschilderte Szenario eines großflächigen und anhaltenden Ausfalls der Stromversorgung, wurden die Befragten zudem gebeten, aus ihrer beruflichen Perspektive heraus einige Einschätzungen zur Eintrittswahrscheinlichkeit und zur Vorbereitung darauf auf Seiten von Behörden, zuständigen Stellen sowie stationären und ambulanten Anbieter*innen von Pflegeleistungen abzugeben. In einigen Fällen zeigt sich dabei ein unentschiedenes Bild – so bei der Frage nach der Wahrscheinlichkeit, nach der ein solcher Vorfall eintreten könnte oder nach der die Behörden dafür bereits Vorkehrungen getroffen haben. Auch wenn es um die Vorbereitung stationärer Einrichtungen auf ein solches Krisenszenario geht, sind die Befragten unentschieden oder skeptisch. Immerhin 64 % der Befragten vertrauen jedoch darauf, dass ein großflächiger Stromausfall von den zuständigen Stellen umgehend behoben werden würde, noch mehr – nämlich knapp 70 % – sind davon überzeugt, dass Anbieter*innen ambulanter Pflegedienstleistungen nicht gut auf derartige Fälle vorbereitet sind (siehe **Abbildung 11**).

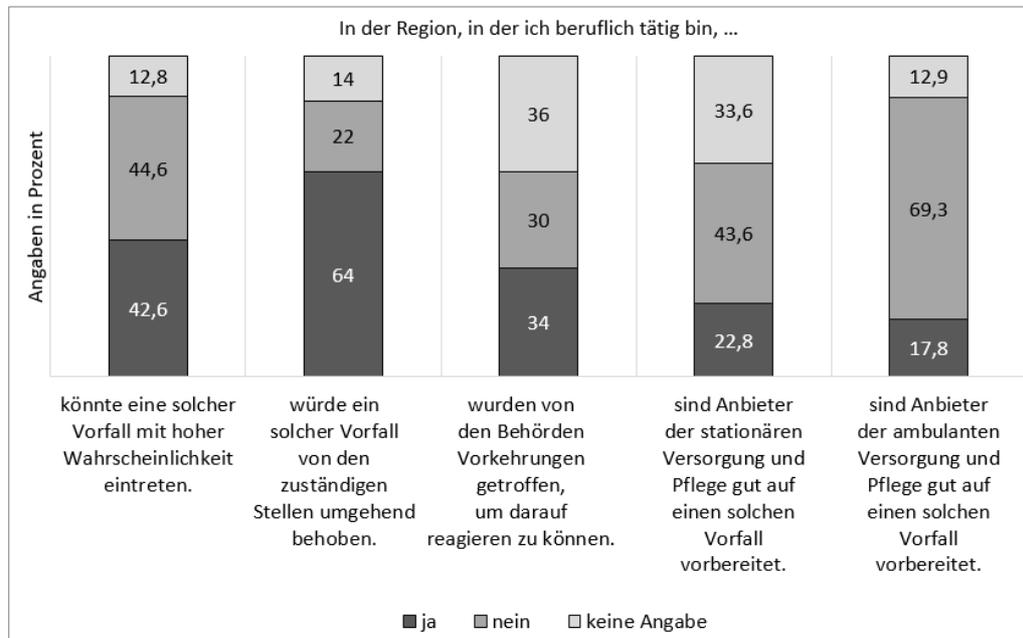


Abbildung 11: Wahrscheinlichkeit des geschilderten Stromausfallszenarios und Vorbereitung darauf

Von Interesse war ferner die Einschätzung der Befragten dazu, inwiefern sich Krisen, Notfälle und Katastrophen auf die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen auswirken. In diesem Fall wurde erneut eine Reihe möglicher Ereignisse vorgegeben. Die Befragten konnten dann auf einer numerischen Skala von 1-10 angeben, wie stark sich das jeweilige Ereignis ihrer Einschätzung nach auf die häusliche Pflege auswirken würde (siehe **Tabelle 4**).

Tabelle 4: Auswirkungen möglicher Krisen, Notfälle und Katastrophen auf die ambulante Pflege

Ereignis	Mittelwert (bei Skala 0-10)	gültige Antworten
Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung	7,97	98
Massenerkrankungen (Salmonellose, Grippe)	7,86	99
Feuer, Brand	7,57	99
Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung	7,52	100
Naturkatastrophe (Hochwasser, Sturm, Extremwetter)	7,18	98
Bombenfund mit Evakuierung	6,42	100
Soziale Unruhen (z. B. Gewaltereignis)	5,69	98
Terroristische Ereignisse (z. B. Geiselnahme, Anschlag)	5,53	97
Großunfall (z. B. Chemieunfall, Zugunglück)	5,44	97

Erwartungsgemäß werden von allen Ereignissen entsprechende Auswirkungen erwartet, die meisten jedoch eindeutig von dem für das AUPIK-Gesamtvorhaben gewählten Stromausfallszenario. Letztlich stand dies den Befragten aber in der Online-Befragung auch unmittelbar vor Augen, ähnlich wie die aktuelle COVID-19-Pandemie, weshalb auch dem Auftreten von Massenerkrankungen (M=7,86) weitreichende Auswirkungen auf die Arbeit in der ambulanten Pflege zugeschrieben werden. Ein fast ähnlich hohes Ausmaß an Auswirkungen vermuten die Befragten bei Feuer/Bränden (M=7,57) oder bei einem langanhaltenden Ausfall der Trinkwasserversorgung (M=7,52). Andere von Menschen gemachte oder auch technische Krisen, Not-

fälle und Katastrophen (z. B. soziale Unruhen, terroristische Ereignisse und Großunfälle) rangieren hier nach Ansicht der Befragten eher auf den unteren Plätzen. Interessant ist dabei, dass diese Ereignisse durchaus mit dem Stromausfall in enger Verbindung stehen und ein Auslöser oder Kaskadeneffekt derartiger Krisen, Notfälle und Katastrophen sein können.

Wie gut sich die Befragten als Mitarbeiter*innen eines ambulanten Pflegedienstes und damit aus ihrer beruflichen Perspektive heraus auf die wiederholt angesprochenen Krisen, Notfälle und Katastrophen und deren möglichen Auswirkungen auf die häusliche Versorgung vorbereitet fühlen (Disaster Preparedness), ist in **Abbildung 12** dokumentiert.

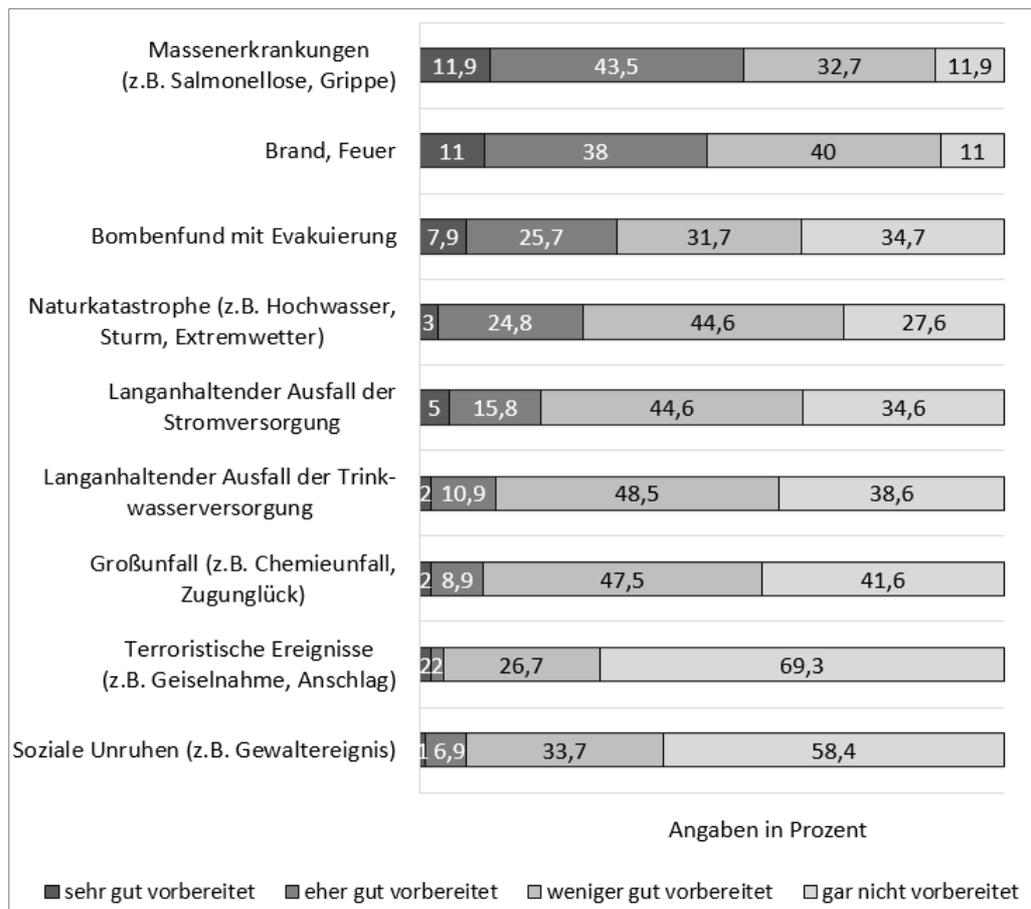


Abbildung 12: Disaster Preparedness von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste generell

Demnach hält sich etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55,5 %) aus beruflicher Perspektive sehr gut oder eher gut auf die Bewältigung von Massenerkrankungen vorbereitet, was erneut ein Effekt der aktuellen COVID-19-Pandemie sein kann. Etwas weniger Befragte sehen sich dann sehr gut oder eher gut auf das Handeln bei Bränden/Feuer (49 %) sowie bei Bombenfund mit Evakuierungen (33,6 %) vorbereitet, wenngleich auch hier noch recht gute Werte erreicht werden. Aus beruflicher Perspektive sehr gut oder eher gut auf Naturkatastrophen vorbereitet, sieht sich dann nur noch weniger als ein Drittel der Befragten (27,8 %). Ein gutes Fünftel (20,8 %) glaubt auf einen langanhaltenden Ausfall der Stromversorgung sehr gut oder eher gut vorbereitet zu sein. Bei den anderen Ereignissen liegt dieser Anteil deutlich niedriger. In der Summe ist ein überwiegender Teil der Befragten nach eigener Einschätzung insgesamt eher weniger oder gar nicht gut auf die Bewältigung der diversen Krisen, Notfälle und Katastrophen und deren Konsequenzen auf ihre Arbeit in der häuslichen Versorgung vorbereitet.

Gefragt wurden die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste im weiteren Verlauf auch danach, wie gut sie sich nach eigener Einschätzung darauf vorbereitet sehen, die Versorgung ihrer

Patient*innen in der häuslichen Versorgung im Fall von Krisen, Notfällen und Katastrophen unterschiedlicher Art aufrecht zu erhalten. Auch hier wurden sie wieder um eine Einschätzung aus beruflicher Perspektive gebeten (siehe **Abbildung 13**).

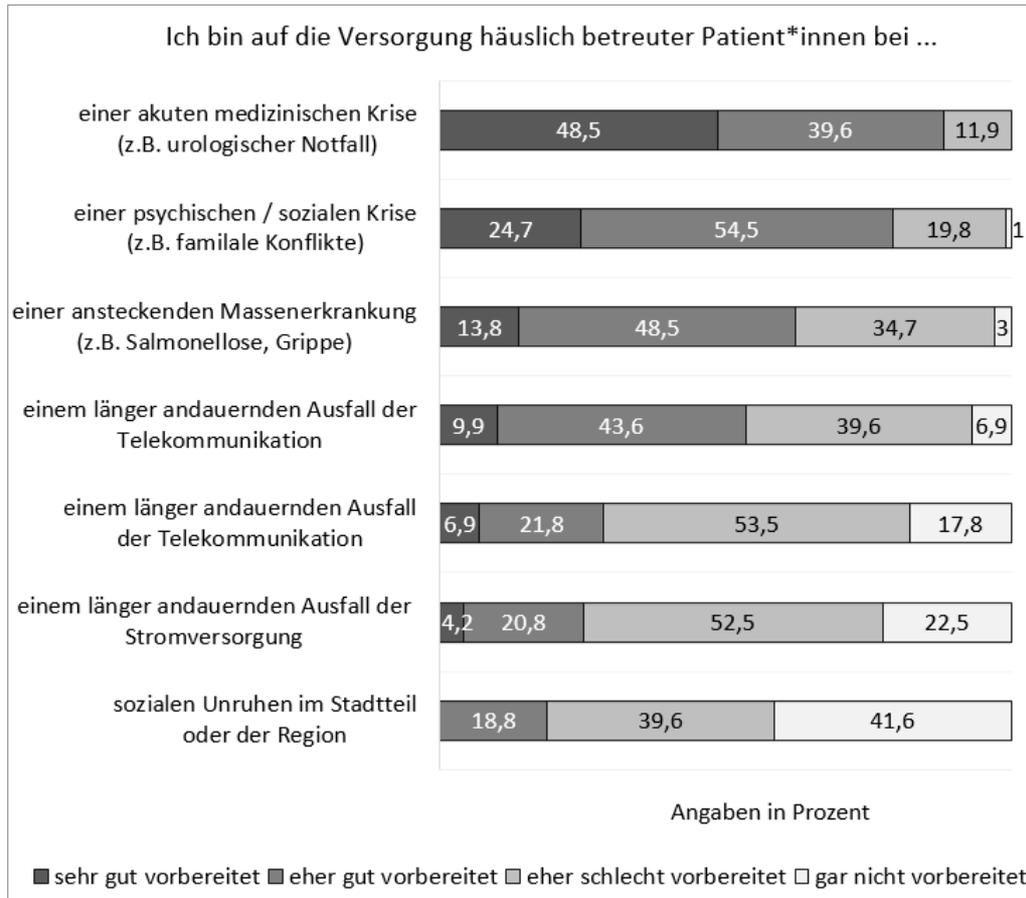


Abbildung 13: Einschätzungen der Mitarbeiter*innen, die häusliche Versorgung ihrer Patient*innen bei Krisen, Notfällen, Katastrophen aufrecht erhalten zu können

Die Befragten sehen sich auf die Versorgung häuslich betreuter Patient*innen bei einer akuten medizinischen Krise (88,1 %) bzw. bei einer psychischen oder sozialen Krise (79,2 %) sehr gut oder eher gut vorbereitet. Solche Ereignisse kommen im Arbeitsalltag von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste häufiger vor, weshalb Erfahrungen im Umgang mit ihnen gesammelt und Handlungskompetenzen entwickelt werden können. Auch Massenerkrankungen wie z. B. Salmonellosen oder Grippe sind Ereignisse, auf die sich die Befragten mit rund 62,3 % sehr gut oder eher gut vorbereitet sehen – erneut könnte dieses Ergebnis durch die COVID-19-Pandemie und die damit gesammelten Erfahrungen beeinflusst sein. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,5 %) sieht sich sehr gut oder eher gut auf die Versorgung häuslich betreuter Patient*innen bei Extremwetterereignissen vorbereitet. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den zuvor berichteten Erfahrungen der Befragten. Je weniger Erfahrungen jedoch mit einem Ereignis bestehen, desto geringer fällt auch die Einschätzung zur eigenen Vorbereitung darauf aus. Auf die Versorgung häuslich betreuter Patient*innen bei einem länger andauernden Ausfall der Telekommunikation (28,7 %), der Stromversorgung (25,0 %) oder bei sozialen Unruhen im Stadtteil oder der Region (18,8 %) sehen sich deutlich weniger Befragte sehr gut oder eher gut vorbereitet. Personen mit und Personen ohne Leitungsverantwortung scheinen sich insgesamt in ähnlichem Ausmaß auf Krisen- und Katastrophensituationen vorbereitet zu fühlen; signifikante Unterschiede finden sich bei keinem Item.

4. Resilienz der Befragten – persönliche und berufliche Einschätzungen

Mit der Online-Befragung sollte u. a. auch der Versuch unternommen werden, einen ersten Eindruck von der personalen Resilienz von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste zu erhalten. Hierzu liegen für Deutschland bislang keine repräsentativen Daten vor – anders als im Ausland, wo es inzwischen einige Studien gibt, die sich insbesondere mit der Resilienz von Pflegefachpersonen befassen (siehe hierzu Ewers/Lehmann 2021). Von Interesse war hier zunächst, wie es um die Widerstandsfähigkeit der Befragten als Privatperson gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen bestellt ist. Hierfür wurde die validierte deutsche Fassung der Brief Resilience Scale (BRS-D, Ufer 2016) in das Befragungsinstrument integriert. Mit diesem einfachen Selbsteinschätzungsinstrument wird die Fähigkeit gemessen, sich schnell von stressreichen Erlebnissen erholen zu können. Die Befragten wurden dafür gebeten, sich auf einer 5-stufigen Skala („trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“) zu den folgenden sechs Items zu positionieren:

- In der Regel komme ich nach harten Zeiten wieder schnell auf die Beine.
- Es fällt mir schwer, stressige Situationen zu bewältigen.
- Ich kann mich schnell von einem belastenden Ereignis erholen.
- Es fällt mir schwer, mich wieder zu fangen, wenn etwas Schlimmes passiert.
- In der Regel stehe ich schwierige Zeiten mit wenig Mühe durch.
- Ich benötige in der Regel lange, um mich von Rückschlägen im Leben zu erholen.

Um das Ergebnis – den sogenannten BRS Score – zu ermitteln, werden die je zu erreichenden 1 bis 5 Punkte zu jedem der sechs Items zu einer Summe addiert und durch sechs (Anzahl der Items) dividiert. Der auf diese Weise ermittelte BRS Score steht dann für eine niedrige, eine mittlere oder eine hohe Resilienz (Ufer 2016):

- Summe: 6 – 17 → BRS Score 1.00 – 2.99 = niedrige Resilienz
- Summe: 18 – 25 → BRS Score 3.00 – 4.30 = mittlere Resilienz
- Summe: 26 – 30 → BRS Score 4.31 – 5.00 = hohe Resilienz

Im Ergebnis haben 10 der hier Befragten (n=101) einen Score erreicht, der eine niedrige personale Resilienz anzeigt, 18 Personen haben Scores erzielt, die auf eine hohe Resilienz hinweisen. Der überwiegende Teil der Befragten – 73 Personen – erreichten Werte in einem mittleren Resilienz-Bereich (siehe **Abbildung 14** sowie **Tabelle 5**).

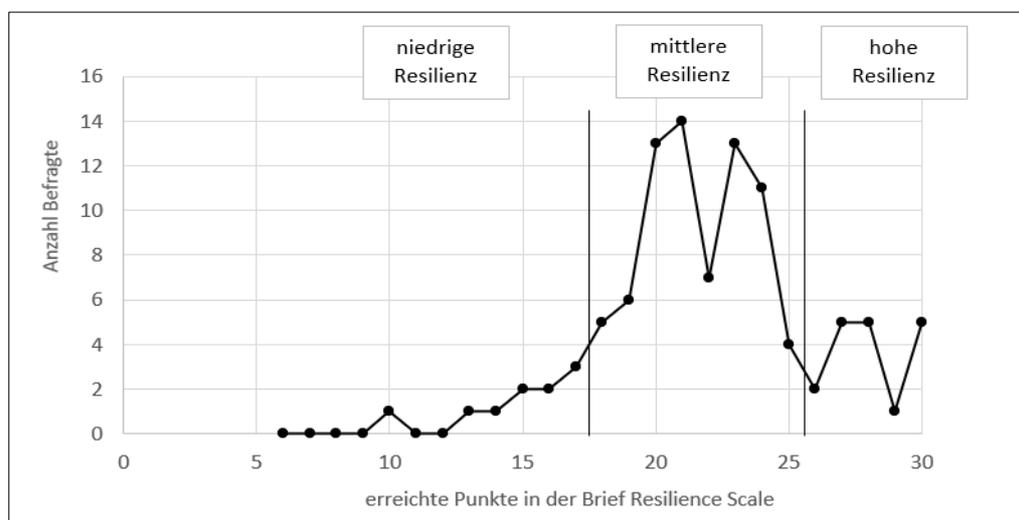


Abbildung 14: Erreichte Punkte der Befragten gemäß Brief Resilience Scale

Das Ergebnis entspricht damit in etwa der Verteilung in der Referenzstichprobe in der Validierungsstudie von Ufer (2016). Die in dieser Online-Befragung erfasste Gelegenheitsstichprobe (n=101) weist somit keine auffälligen personalen Resilienzwerte auf.

Tabelle 5: Charakterisierung der personalen Resilienz der Befragten mittels BRS-Scores

Level an Resilienz	Häufigkeit Summe BRS-D-Score	BRS-D Score einzel
niedrige Resilienz BRS-D-Score 1.00 – 2.99	1	1.67
	1	2.17
	1	2.33
	2	2.50
	2	2.67
	3	2.83
	10	
mittlere Resilienz BRS-D-Score 3.00 – 4.30	5	3.00
	6	3.17
	13	3.33
	14	3.50
	7	3.67
	13	3.83
	11	4.00
4	4.17	
	73	
mittlere Resilienz BRS-D-Score 4.31 – 5.00	2	4.33
	5	4.50
	5	4.67
	1	4.83
	5	5.00
	18	
Gesamt	101	

Darüber hinaus war von Interesse, wie widerstandsfähig sich die Befragten in ihrer beruflichen Rolle als Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen einschätzen. Für die Ermittlung dieser Form der Resilienz stand kein validiertes deutschsprachiges, auf den ambulanten Sektor ausgerichtetes und pragmatisch umsetzbares Instrument zur Verfügung – auch auf dieses Desiderat wurde im Rahmen der bereits angesprochenen Literatursynthese und Bibliografie hingewiesen (Ewers/Lehmann 2021). Um dem zu begegnen, wurde die Connor-Davidson Resilience Scale 10-Item (Campbell-Sills/Stein 2007), ein international verbreitetes, englischsprachiges Instrument für den jetzigen Untersuchungskontext herangezogen. Sieben von zehn Items dieses Instruments wurden hinsichtlich des jetzigen Untersuchungsgegenstandes für nutzbar befunden, mit Unterstützung eines englischen Muttersprachlers ins Deutsche übertragen und in einer standardisierten Auswahlfrage für den Online-Fragebogen zusammengeführt.

- Can handle unpleasant feelings – In Krisen und bei Schwierigkeiten kann ich anderen ein Gefühl von Sicherheit geben.
- Thinks of self as strong person – In Krisen und bei Schwierigkeiten merke ich, dass ich eine starke Person bin.
- Can achieve goals despite obstacles – Auch wenn mir Hindernisse begegnen, behalte ich meine Ziele im Auge.
- Can stay focussed under pressure – Wenn ich unter Druck stehe, versuche ich meist einen klaren Kopf zu behalten.
- Coping with stress can strengthen me – Stress im Berufsalltag kann für mich auch eine positive Herausforderung sein.

- Tries to see humorous side of problems – Probleme im Berufsalltag versuche ich stets mit Leichtigkeit und Humor zu nehmen.
- Able to adapt to change – An plötzliche Veränderungen im Berufsalltag kann ich mich gut anpassen.

Die Befragten sollten im Fragebogen zu diesen Items angeben, inwieweit die jeweilige Aussage für sie gilt (vierstufige Likert-Skala). Das Ergebnis ist in **Abbildung 15** dokumentiert.

Die Zustimmungswerte zu den einzelnen Items schwanken zwischen 88,1 % und 97 % und sind damit durchweg in einem sehr hohen Bereich angesiedelt. Vergleichsdaten, die eine Einordnung dieses Ergebnisses erlauben würden, liegen nicht vor. Unklar ist, ob die Befragten sich tatsächlich für derart widerstandsfähig halten, ob sie eher nach sozialer Erwünschtheit geantwortet haben oder ob ein durch die Befragungstechnik verzerrtes Bild entstanden ist. Vor dem Hintergrund der sonstigen Befragungsergebnisse werden die Antworten auf diese Frage zur Resilienz in der beruflichen Rolle als Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen aber mit einer gewissen Skepsis zu betrachten sein.

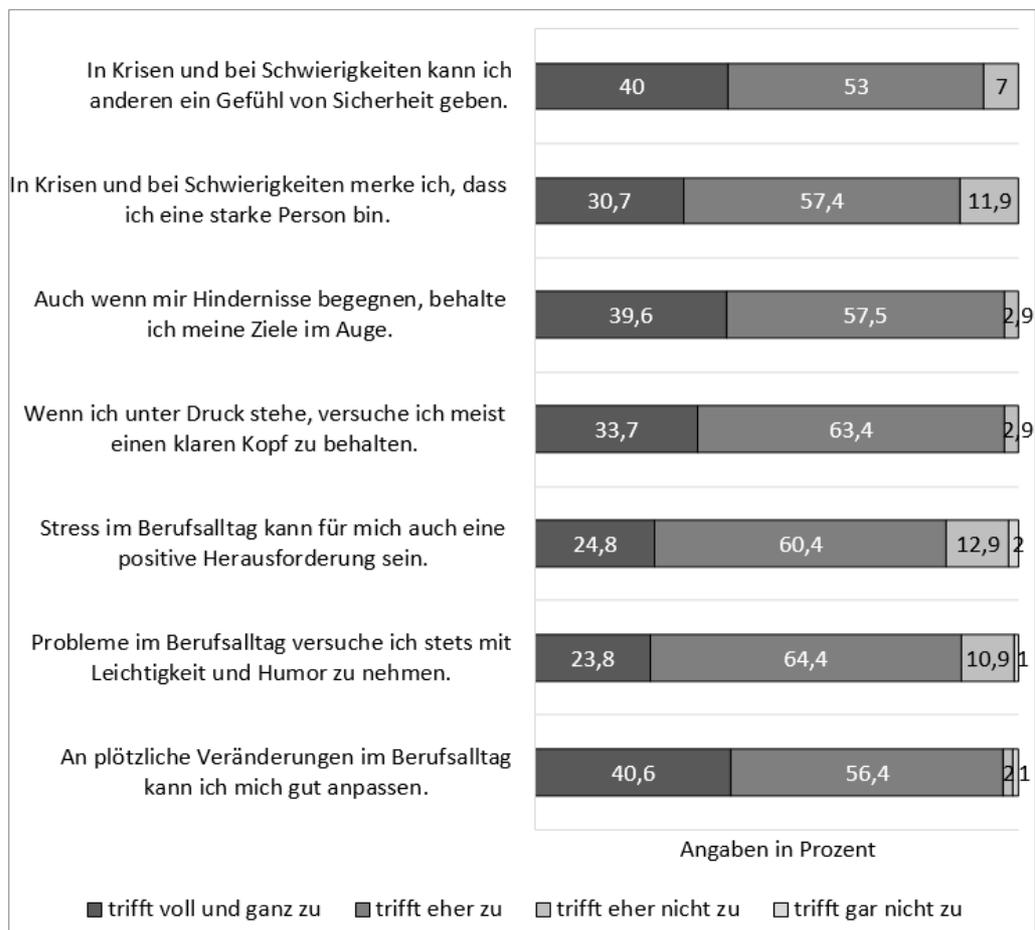


Abbildung 15: Einschätzungen zur personalen Resilienz aus beruflicher Perspektive

5. Vorsorgemaßnahmen auf Seiten ambulanter Pflegedienste

Ein weiterer Themenblock des Fragebogens zielte darauf ab, nähere Informationen über die in den ambulanten Pflegediensten bereits antizipierten oder getroffenen Maßnahmen zur Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen zu erhalten sowie zum Management und zur Bewältigung solcher Ereignisse. Die Befragten wurden daher gebeten, aus ihrer Sicht Einblicke in die Vorgehensweisen der Dienste zu gewähren, in denen sie beschäftigt sind.

Zunächst wurde erfragt, ob in ihrem Pflegedienst bestimmte Arbeitshilfen vorgehalten werden oder spezifische Vorkehrungen getroffen wurden (siehe **Tabelle 6**).

Tabelle 6: Arbeitshilfen und Vorkehrungen zur Katastrophenvorsorge in ambulanten Pflegediensten

	ja	nein	keine Angabe
Es gibt einen verbindlichen Plan zum Verhalten in medizinischen Notfallsituationen.	88,1	8,9	3
Jeder Mitarbeitende ist verpflichtet, sich über das Vorgehen bei Krisen- und in Katastrophenfällen aktiv zu informieren.	58	31	11
Es gibt regelmäßig verpflichtende Schulungen während der Arbeitszeit in Erster Hilfe und für die Durchführung Notfallmaßnahmen.	94,2	2,9	2,9
Es gibt regelmäßig freiwillige Angebote zur Weiterbildung in Erster Hilfe und für die Durchführung Notfallmaßnahmen.	63	29	8
Es wird eine zentrale Liste (Papierform) mit den Kontaktdaten aller Patient*innen (und ggf. ihrer Angehörigen) geführt.	66,3	26,7	7
Es gibt einen Evakuierungsplan für Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften, die durch den Pflegedienst betreut werden.	16,8	69,3	13,9
Es gibt strukturierte Gespräche mit Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen zu Maßnahmen der Notfallvorsorge/des Katastrophenschutzes.	10,9	81,2	7,9
Patient*innen und ggf. ihre Angehörigen werden bei der Beschaffung, Bestückung und Aktualisierung eines Notfallsets (z.B. „SOS-Notfalldose“) unterstützt.	34,7	54,5	10,8

Die Befragten bestätigen, dass es in ihren Pflegediensten regelmäßige Pflichtschulungen in Erster Hilfe und zur Durchführung von Notfallmaßnahmen während der Arbeitszeit gibt (94,1 %). Darüber hinaus werden auch regelmäßige freiwillige Angebote zur Weiterbildung in Erster Hilfe und zur Durchführung von Notfallmaßnahmen angeboten (63,0 %). Auch verbindliche Verhaltensanweisungen in medizinischen Notfällen sind demnach in den ambulanten Pflegediensten weit verbreitet (88,1 %). Demnach scheinen sich die Vorbereitungsmaßnahmen insbesondere auf im engeren Sinne medizinische Krisen und Notfälle auf Seiten einzelner Pflegebedürftiger zu beziehen. Auf diese eher auf Individuen bezogene Perspektive deutet auch hin, dass die Pflegedienste bei 66,3 % der Befragten eine zentrale Liste mit den Kontaktdaten aller Patient*innen (und ggf. ihrer Angehörigen) in Papierform vorhalten.

Weiterreichende und eher populationsbezogene Maßnahmen werden in den Diensten an die Mitarbeiter*innen delegiert: 58,0 % der Befragten gaben an, dass Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes verpflichtet sind, sich über das Vorgehen bei Krisen- und in Katastrophenfällen aktiv zu informieren. Ob und wie sie dabei von ihren Vorgesetzten und Trägern möglicherweise unterstützt werden, lässt sich dieser Befragung nicht entnehmen. Die Antworten auf die übrigen Items deuten aber an, dass organisatorische Maßnahmen zur Disaster Preparedness in den ambulanten Pflegediensten weniger verbreitet sind. 34,7 % der Befragten haben angegeben, dass ihr Pflegedienst Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen bei der Beschaffung, Bestückung und Aktualisierung eines Notfallsets unterstützen würde. In 16,8 % der Fälle gibt es einen Evakuierungsplan für Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften, in denen Menschen leben, die durch den Pflegedienst betreut werden. Noch seltener werden mit Pflegebedürftigen und ggf. deren Angehörigen strukturierte Gespräche geführt, in denen Maßnahmen der Notfallvorsorge bzw. des Katastrophenschutzes thematisiert werden (10,9 %). Die drei letztgenannten Maßnahmen wären allerdings eine wichtige Voraussetzung dafür, um sich in enger Kooperation mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf mögliche Krisen, Notfälle und Katastrophen besser vorbereiten zu können, beim Eintreten von Alltagsstörungen (gemeinsam) handlungsfähig zu bleiben, die Sicherheit aller Beteiligten zu erhöhen und insbesondere Personenschäden abwenden oder minimieren zu können.

6. Unterstützungserwartungen gegenüber Dritten

In einer weiteren Frage war von Interesse, ob und von wem sich die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste Unterstützung erwarten würden, um die (Weiter-)Vorsorge der Pflegebedürftigen im Fall von Krisen, Notfällen und Katastrophen aufrechterhalten zu können. Die Antworten auf diese Frage sind in der **Abbildung 16** dokumentiert.

Insgesamt zeigen die Befragungsergebnisse eine hohe Erwartungshaltung gegenüber Dritten. Rund 90 % der Befragten erwarten, dass Angehörige der Pflegebedürftigen bei entsprechenden Krise- oder Katastrophenereignissen Unterstützung leisten. Womöglich schlägt sich in diesem Ergebnis die familienergänzende Konzeptualisierung der häuslichen Versorgung in Deutschland und die Nachrangigkeit professioneller Dienstleistungen nieder. Deutlich geringer sind die Erwartungen aber bereits in Richtung von Personen aus der Nachbarschaft oder aus dem Quartier – hier erwarten lediglich 57,4 % der Befragten Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung. In einer vergleichbaren Größenordnung bewegt sich die Unterstützungserwartung gegenüber anderen ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen (53,5 %) vor Ort oder in der jeweiligen Region.

Höhere Erwartungen an Unterstützung richten sich dagegen auf andere Leistungserbringern im Gesundheitssystem – darunter niedergelassene (Haus- und Fach-)Ärzt*innen (77,2 %) und Krankenhäuser (80,2 %). Gut dreiviertel der Befragten (76,2 %) gehen davon aus, dass die ambulanten Pflegedienste bei der Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung von Behörden (z. B. dem Ordnungsamt oder dem Gesundheitsamt) unterstützt werden. Mit am höchsten sind die Erwartungen jedoch an den Polizeinotruf (90,9 %), den Rettungsdienst (97,0 %), den Katastrophenschutz (95 %) oder die Feuerwehr (99,0 %) – sie übersteigen z. T. sogar noch die auf die Angehörigen gerichteten Erwartungen. Nähere Informationen darüber, wie die Befragten sich die Unterstützung dieser im Falle einer Krise, eines Notfalls oder einer Katastrophe vermutlich stark geforderten Akteur*innen und Organisationen bei der Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung konkret vorstellen, liefert die Online-Befragung nicht.



Abbildung 16: Erwartungen an Unterstützung in Krisen, Notfällen und Katastrophen

7. Sichtweisen zur Weiterversorgung an einem zentralen Betreuungsplatz

Bei Krisen, Notfällen und Katastrophen kann es sein, dass pflegebedürftige Personen nicht mehr häuslich betreut werden können – sei es in einer privaten Häuslichkeit oder einer (betreuten) Wohngemeinschaft. Sie müssen dann evakuiert und an einem zentralen Betreuungsplatz (in einer „Notunterkunft“) untergebracht werden. Dabei stellt sowohl die Evakuierung wie v. a. auch die Weiterversorgung insbesondere immobiler, schwerkranker oder auch technikabhängiger Personen erfahrungsgemäß eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar (vgl. auch Ewers/Lehmann 2021). Vor diesem Hintergrund wurde in der Online-Befragung erhoben, wie die Befragten diese Situation aus ihrer beruflichen Perspektive heraus beurteilen und welche Bereitschaft sie zeigen, die Evakuierung und Versorgung im Rahmen eines zentralen Betreuungsplatzes zu unterstützen. Die Befragten konnten sich in den entsprechenden Fragen erneut zwischen vorgegebenen Auswahloptionen positionieren (Likert-Skala).

Zunächst wurden sie gefragt, was sie im Falle einer erforderlichen Evakuierung konkret tun würden und was sie für die Weiterversorgung der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen an einem zentralen Betreuungsplatz für notwendig erachten würden. Die Ergebnisse sind in der **Abbildung 17** zusammenfassend dargestellt. Demnach gehen 62,4 % der Befragten voll oder eher davon aus, dass sie im Evakuierungsfall die Übergabe der Patient*innen an Mitarbeiter*innen des Katastrophenschutzes gewährleisten und sich dann anderen Aufgaben widmen würden. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,0 %) stimmt der Aussage voll oder eher zu, dass die von ihnen betreuten Pflegebedürftigen in einer Notunterkunft bedarfsgerecht und sicher betreut werden könnten. Allerdings sind 64 % der Befragten zugleich voll oder eher davon

überzeugt, dass für die Betreuung pflegebedürftiger Personen in einer Notunterkunft besondere Vorkehrungen (z. B. technische Voraussetzungen, Sicherheitsmaßnahmen) getroffen werden müssen. Das Vertrauen darin, dass die (ehrenamtlichen) Mitarbeiter*innen des Katastrophenschutzes (z. B. von THW oder DRK) die Betreuung von Pflegebedürftigen in einer Notunterkunft ohne Hilfe von ambulanten Pflegediensten sicherstellen können, ist gering. Lediglich 15,8 % der Befragten stimmen dieser Aussage voll oder eher zu. Entsprechend sind 88,2 % von ihnen voll oder eher der Auffassung, dass die Betreuung pflegebedürftiger Personen in einer Notunterkunft in jedem Fall den Einsatz von qualifiziertem Pflegepersonal von ambulanten Pflegediensten erforderlich macht.

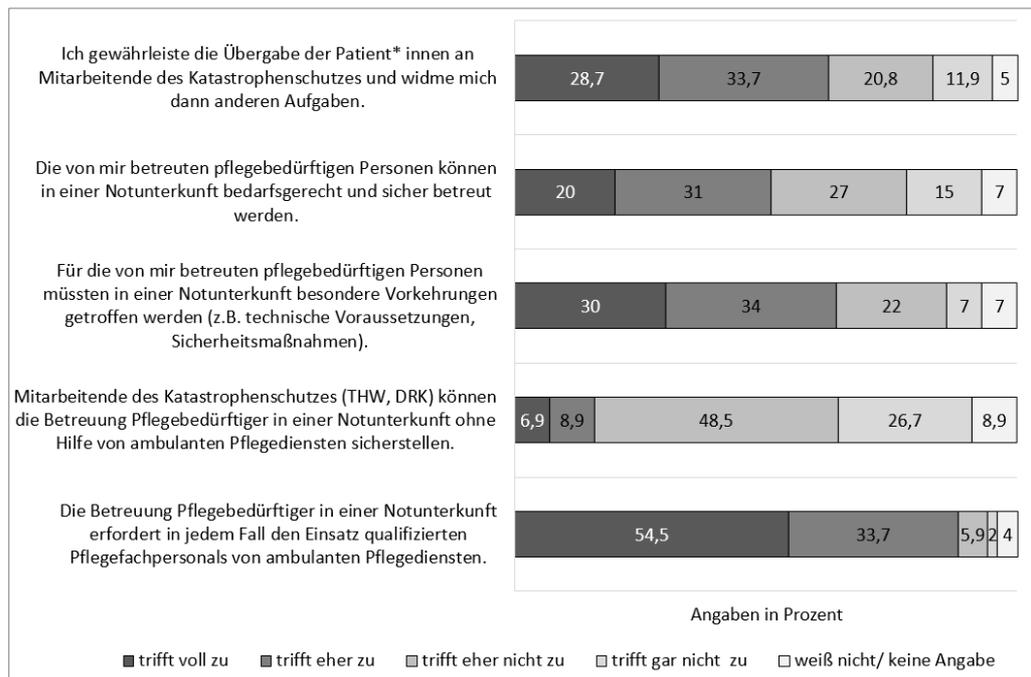


Abbildung 17: Einschätzungen zur Betreuung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft

Wie sich anhand der Ergebnisse in der **Abbildung 18** zeigt, besteht eine große Bereitschaft der befragten Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste, sich in einem solchen zentralen Behandlungsplatz an der Weiterversorgung der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen zu beteiligen. In der Online-Befragung stimmten über 90 % der Befragten voll oder eher zu, sich als Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes auf diese Weise engagieren zu wollen. Fast ebenso viele (89,9 %) halten es für voll oder eher zutreffend, dass sie hinreichend qualifiziert sind, um die Versorgung von Pflegebedürftigen in einer Notunterkunft unter Leitung des Katastrophenschutzes zu übernehmen. Diese ausgeprägte Einsatzbereitschaft relativiert sich bei Betrachtung der dann folgenden Items. So stimmen 36,7 % der Befragten voll oder eher der Aussage zu, dass sich aus einer Tätigkeit in einer solchen Notunterkunft womöglich Probleme für sie ergeben könnten (z. B. im Hinblick auf das Haftungsrecht). 45,5 % der Befragten würde ihren Einsatz davon abhängig machen, ob die Tätigkeit ein gesundheitliches oder sonstiges Risiko für sie darstellt (voll oder eher zustimmend). Drei Viertel der Befragten (75,3 %) stimmten der Aussage voll oder eher zu, dass sie ihren Einsatz zur Versorgung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft des Katastrophenschutzes davon abhängig machen würden, ob ihre Familie (z. B. Kinder) in Sicherheit und gut versorgt wäre.

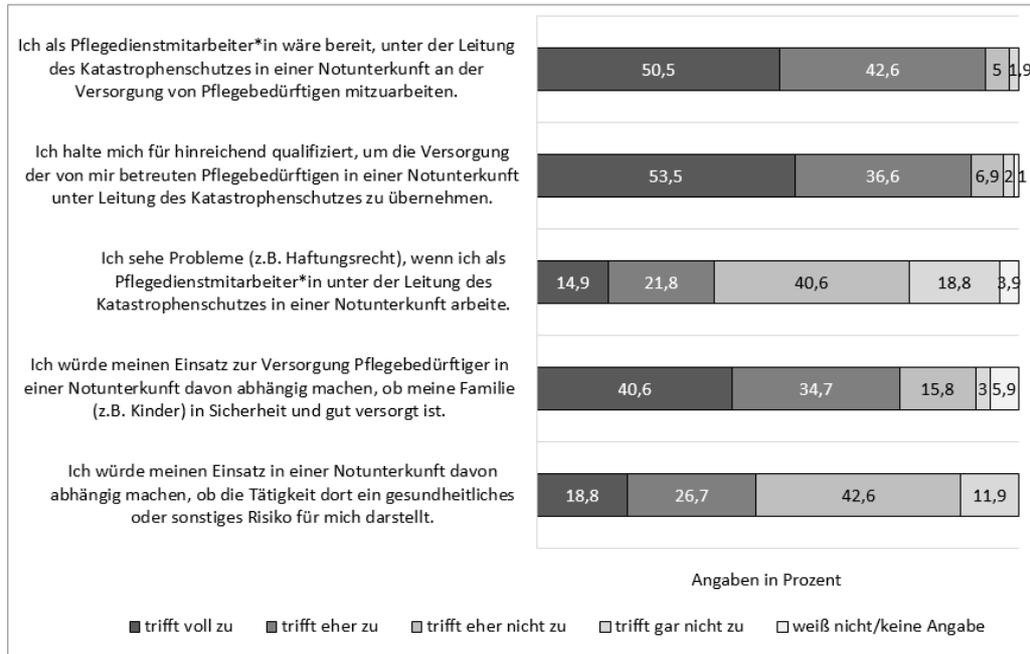


Abbildung 18: Bereitschaft zur Unterstützung der Weiterversorgung in einer Notunterkunft

Bezüglich der meisten Einschätzungen in diesem Fragenblock bestehen keine erwähnenswerten Unterschiede im Antwortverhalten der Befragten ohne und mit Leitungsverantwortung. Allenfalls für drei Items sind Unterschiede erkennbar – jedoch ohne Signifikanz. So stimmten die Befragten ohne Leitungsfunktion etwas häufiger als Personen mit Leitungsverantwortung der Aussage zu, dass für die Betreuung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft besondere Vorkehrungen getroffen werden müssten. Ähnlich fällt das Antwortbild hinsichtlich der Einschätzung aus, sich für die Betreuung von Pflegebedürftigen in einer Notunterkunft hinreichend qualifiziert zu fühlen. Dem stimmten ebenso etwas mehr Befragte ohne als mit Leitungsverantwortung zu. Zugleich sehen die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste ohne Leitungsverantwortung etwas häufiger als Personen mit Leitungsverantwortung Probleme hinsichtlich haftungsrechtlicher Fragen bei ihrer möglichen Tätigkeit in einer Notunterkunft.

8. Abschließende Anmerkungen der Befragten

Am Ende des Fragebogens bestand Gelegenheit für die Befragten, Aspekte anzusprechen, die in den geschlossenen Fragen keinen Platz gefunden haben. Auch allgemeine Anregungen und Kritik konnte notiert werden. 19 Befragte nutzten diese Möglichkeit, wobei neun mehr als einen Aspekt ansprachen. Sieben Befragte äußerten ihren Unmut über die belastende Situation in der ambulanten Pflege mit hohem Arbeitsaufkommen, hoher Verantwortung bei schlechter Vergütung sowie als zu hoch empfundener Bürokratie. Sie sehen sich von der Politik, den Leistungsträgern (Kranken- und Pflegekassen) und Behörden im Vergleich zu Krankenhäusern und Arztpraxen benachteiligt – besonders, aber nicht nur während der COVID-19-Pandemie.

Auch das Thema der Online-Befragung wurde von drei Befragten kommentiert. Sie unterstrichen, dass die Bevölkerung und (Pflege-)Unternehmen in Deutschland nicht ausreichend auf Katastrophenfälle vorbereitet seien und kaum ein Bewusstsein für das Thema der häuslichen Versorgung im Fall von Krisen, Notfällen und Katastrophen vorhanden sei. Bezogen auf ambulante Pflegedienste wurde von drei der Befragten die elektronische Dokumentation als Problem bei einem Stromausfall benannt. Zwei weitere verwiesen darauf, dass im Fall eines Stromausfalls v. a. die Intensivpflege mit Schwierigkeiten rechnen müsste, da technikabhängige, schwerkranke Patient*innen vermutlich kaum eine Chance haben, evakuiert werden zu können. Damit

verbunden hat eine der befragten Personen Unverständnis darüber geäußert, dass keine vorsorgenden, gesetzlichen Vorgaben bestehen, um z. B. ein Notstromaggregat vorhalten zu müssen. Sechs Befragte verwiesen schließlich mit ihren Einschätzungen auf die Notwendigkeit von Initiativen seitens der Pflegedienste, sich konkret auf Krisen und Katastrophen vorzubereiten und/oder regten eine stärkere Vernetzung von ambulanter Pflege und den Strukturen der Notfallversorgung sowie des Katastrophenschutzes an.

9. Zusammenfassung der Ergebnisse

Den Ergebnissen der Online-Befragung von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste war zu entnehmen, dass mehr als ein Drittel von ihnen persönlich schon einmal von einem solchen Ereignis betroffen war – am häufigsten von Extrem- und Hochwetterlagen mehr oder weniger großen Ausmaßes, gefolgt von Bombenfunden mit Evakuierungen. Fast dreiviertel der Befragten halten es für wahrscheinlich, in den kommenden fünf Jahren persönlich von einer Naturkatastrophe betroffen zu sein und etwas weniger als die Hälfte von ihnen von einer Evakuierung in Folge eines Bombenfundes. Für deutlich wahrscheinlicher wird indes das Auftreten einer Massenerkrankung gehalten; nahezu vier Fünftel rechnen mit dem Eintreten eines solchen Ereignisses in den nächsten fünf Jahren. Vor der Befragung hatten jedoch erst knapp 15 % der Befragten schon Erfahrungen mit einem solchen Ereignis. Hier könnten sich also die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie auf das Befragungsergebnis ausgewirkt haben. Der im AUIPK-Gesamtprojekt interessierende Stromausfall rangiert auf mittleren Plätzen. Persönlich erlebt haben ein solches Ereignis nur gut ein Zehntel der Befragten; für wahrscheinlich halten es aber immerhin mehr als die Hälfte von ihnen. Dabei sehen sich die Befragten – mit gewissen Varianzen – persönlich eher schlecht auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereitet. Im gewissen Widerspruch dazu steht, dass sie sich über ihre persönlichen Möglichkeiten zur Notfallvorsorge eher gut informiert fühlen. Allerdings kennen weniger als die Hälfte der Befragten die Empfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und weniger als ein Drittel haben tatsächlich alle notwendigen Informationen für die persönliche Notfallvorsorge zusammengetragen. Diese Ergebnisse zur persönlichen Risikowahrnehmung und Kompetenz der Befragten zur Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen werden vor dem Hintergrund ihrer wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung zu diskutieren sein.

Konkret auf das ihnen vorgestellte Katastrophenszenario des Stromausfalls angesprochen und nach ihren beruflichen Reaktionen darauf gefragt, zeigen sich die Befragten eher orientierungslos, aber grundsätzlich handlungsbereit. Lediglich ein Zehntel der Befragten wüssten, was sie in einer solchen Situation konkret tun könnten, die im Fragebogen angebotenen pragmatischen Handlungsoptionen erfahren aber viel Zustimmung. Dabei haben die Befragten die Situation ihrer eigenen Angehörigen auch in einer solchen Ausnahmesituation stets im Blick – dreiviertel von ihnen stimmten der Aussage voll oder eher zu, dass sie sich nach dem Wohlbefinden ihrer Familie erkundigen würden. Ansonsten vertrauen knapp zwei Drittel der Befragten darauf, dass ein großflächiger Stromausfall von den zuständigen Stellen rasch behoben wird. Allerdings geht nur rund ein Drittel der Befragten davon aus, dass die Behörden in ihrer Region Vorkehrungen für einen solchen Fall getroffen haben. Ähnlich skeptisch zeigen sie sich, wenn es um die Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen auf ein solches Katastrophenszenario geht. Weniger als ein Fünftel von ihnen denkt, dass ambulante Dienste gut auf einen anhaltenden Stromausfall vorbereitet sind; bei den stationären Einrichtungen sind es immerhin fast ein Viertel. Dieses Ergebnis stimmt nachdenklich, denn tatsächlich erwarten sie von einem solchen Störfall die weitreichendsten Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Die Risikowahrnehmung, die antizipierten Wirkungen und die Bereitschaft, darauf ausgerichtete Vorsorgemaßnahmen zu ergreifen, scheinen in diesem Fall also auseinanderzufallen.

Eine solche Diskrepanz zeigt sich auch, wenn sie nach ihrer beruflichen Vorbereitung auf Krisen, Notfälle oder Katastrophen gefragt werden. Geht es um individuelle medizinische Notfälle sowie psychische oder soziale Krisen der Pflegebedürftigen, fühlt sich der überwiegende Teil der Befragten recht gut vorbereitet. Werden aber andere Szenarien in den Blick genommen, die auch größere Personengruppen betreffen, die unübersichtlicher sind und die weniger im Kernkompetenzbereich der Befragten liegen, zeigt sich ein anderes Bild. Abgesehen von Massenerkrankungen (hier dürfte sich die COVID-19-Pandemie ausgewirkt haben) und Bränden sehen sich die Befragten überwiegend eher weniger oder gar nicht gut auf die Krisenbewältigung vorbereitet. Bei dem Stromausfallszenario gilt das für immerhin vier Fünftel der Befragten. Noch niedriger sind die Werte bei anderen krisenhaften Ereignissen wie Großunfällen und technischen Krisen, Trinkwasserausfall, Gewalt, sozialen Unruhen oder Terrorismus.

In gewissem Gegensatz zu diesen Ergebnissen stehen die Einschätzungen zur personalen Resilienz – sowohl aus der persönlichen wie aus der beruflichen Perspektive. Tatsächlich schätzt der überwiegende Teil der Befragten die eigene Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen, Notfälle und Katastrophen als mittel (persönlich) oder sogar stark (beruflich) ausgeprägt ein. Auch dieses Ergebnis und die darin zum Ausdruck kommende Widersprüchlichkeit zwischen der beruflichen Vorbereitung auf Krisenereignisse und der Selbsteinschätzung der Resilienz der Befragten werden zu diskutieren sein.

In nahezu allen Pflegediensten wurden laut den Befragten Vorkehrungen im Zusammenhang mit medizinischen Notfallsituationen getroffen, z. B. in Form verbindlicher Pläne zum Verhalten in medizinischen Notfällen oder in Form regelmäßiger verpflichtender Schulungen in Erster Hilfe und zur Durchführung von Notfallmaßnahmen. Auch freiwillige Fortbildungen zu diesen Themen werden häufiger angeboten. Die Verantwortung für die Vorbereitung auf andere als medizinische Notfälle scheint aber nicht selten an die Mitarbeiter*innen verlagert zu werden. So stimmten lediglich weniger als zwei Drittel der Befragten der Aussage zu, dass sie als Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste verpflichtet sind, sich über das Vorgehen in Krisen- und in Katastrophenfällen aktiv zu informieren. Dazu, wie das geschehen soll, liegen keine Informationen vor.

Interessant sind auch die in Richtung der Pflegebedürftigen ergriffenen Maßnahmen. So geben rund zwei Drittel der Befragten an, dass in ihrem Pflegedienst eine zentrale Liste mit Kontaktdaten der Pflegebedürftigen (und ggf. ihrer Angehörigen) geführt wird. Unterstützung bei der Notfallvorsorge wird aber nur in etwas mehr als einem Drittel der Fälle geleistet und nur in einem Zehntel der Fälle werden dabei vorbereitende Gespräche mit Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen geführt und in wenig mehr der Fälle werden auch Evakuierungspläne für Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften vorgehalten. Dies wirft grundsätzliche Fragen nach der Disaster Preparedness ambulanter Dienste sowie nach ihrer Verantwortung für die Katastrophenvorsorge gegenüber Mitarbeiter*innen, aber auch gegenüber den Pflegebedürftigen und Angehörigen auf.

Tatsächlich scheinen sich – so die Sichtweisen der Befragten – die ambulanten Dienste im Fall einer Krise, eines Notfalls oder einer Katastrophe v. a. auf Hilfe von außen zu setzen. Beinahe alle Befragten erwarten in einem solchen Fall Unterstützung von Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizeinotruf und Katastrophenschutz. Gut dreiviertel der Befragten hoffen zudem auf den Beistand von Behörden (z. B. Ordnungs- oder Gesundheitsamt) und bis zu vier Fünftel auf den Beistand anderer Leistungserbringer (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser). Bemerkenswert sind die sehr hohen Erwartungen in Richtung der Angehörigen der Pflegebedürftigen – rund neunzig Prozent der Befragten würde von diesen (von den Folgen der eingetretenen Katastrophe vermutlich ebenfalls stark betroffenen Personen) Unterstützung erwarten. Etwas mehr als die Hälfte setzt zudem darauf, Unterstützung von Personen aus der Nachbarschaft bzw. dem Quartier zu erhalten und etwa ebenso viele Befragte denken, in einem Krisenfall auch von anderen

ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen unterstützt zu werden. Inwiefern die in dieser Befragung erfassten Erwartungshaltungen realistisch sind und mit Konzepten zur Katastrophenvorsorge in regionalen Kontexten übereinstimmen oder ob hier ggf. nachjustiert und bewusstseinsbildend eingewirkt werden müsste, ist kritisch zu hinterfragen.

Vor diesem Hintergrund sind schließlich auch die Befragungsergebnisse zu einem zentralen Betreuungsplatz (d. h. einer Notunterkunft) interessant. Etwa die Hälfte der Befragten geht davon aus, dass die von ihnen betreuten Pflegebedürftigen bei einer Evakuierung in einer Notunterkunft bedarfsgerecht und sicher versorgt werden könnten. Zwei Drittel vertreten aber die Auffassung, dass dafür besondere Vorkehrungen getroffen werden müssten – u. a. die Hinzuziehung von fachpflegerischer Expertise. Lediglich ein Zehntel hält die Einbindung von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen für verzichtbar. Korrespondierend mit dem positiven Selbstbild, was die personale Resilienz der Befragten betrifft, zeigen sie eine hohe Bereitschaft, selbst in einer Notunterkunft an der Versorgung von Pflegedürftigen mitzuwirken. Weniger als ein Zehntel stünde dafür nicht bereit. Allerdings relativiert sich dieses Bild bei der Betrachtung einiger weiterer Items. So sehen etwas mehr als ein Drittel der Befragten Probleme mit dem Haftungsrecht, immerhin drei Viertel würden ihren Einsatz davon abhängig machen, dass ihre Angehörigen in Sicherheit und gut versorgt sind und knapp die Hälfte möchte gesundheitliche oder sonstige Risiken ausgeschlossen wissen. Ob also die hohe Einsatzbereitschaft zu einem tatsächlichen Einsatz in einer Notunterkunft führt, ist aufgrund der getroffenen Einschränkungen anzuzweifeln und damit ein Aspekt, der in der abschließenden Diskussion der Ergebnisse noch einmal aufzugreifen sein wird. Dabei werden dann kontrastierend und ergänzend auch die nachfolgend dokumentierten Ergebnisse aus den Interviews mit den Leitungspersonen zu bedenken sein.

IV. Ergebnisse der Interviews mit Leitungspersonen

Im weiteren Verlauf werden nun die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews mit Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste dokumentiert. Um diese Aussagen in einen Kontext stellen und einordnen zu können, werden auch hier zunächst zentrale Angaben zu soziodemographischen Aspekten der interviewten Personen, zu den ambulanten Pflegediensten, in denen sie tätig sind, sowie zur Interviewsituation und dem konkreten Ablauf der Interviews dargelegt. Dem schließt sich eine thematische Darstellung der Interviewergebnisse an.

1. Beschreibung der Befragten, ihrer Dienste und der Interviewsituation

Im November und Dezember 2020 wurden acht telefonische Einzelinterviews mit sechs Frauen und zwei Männern realisiert. Wie sich an den in **Tabelle 7** enthaltenen Informationen zu den Interviewpartner*innen und den ambulanten Diensten zeigt, wurden die im Methodenteil angesprochenen Kriterien für die Samplebildung bei der Auswahl der Gesprächspartner*innen in Form unterschiedlicher Kombinationen berücksichtigt

Tabelle 7: Informationen zu den Interviews, Interviewpartner*innen und ambulanten Pflegediensten

Nr.	Dauer min. gesamt/ Band	m/ w	Funktion im Pflege- dienst	Lage Pflege- dienst	Träger- schaft	Anzahl betreute Personen	Intensiv- versorg.	WG-/ Service- Wohnen
1	62 / 58	w	GF	Stadt	privatwirt- schaftlich	>100	nein	ja
2	47 / 38	m	GF	Stadt	frei-gemein- nützig	26-50	nein	nein
3	73 / 71	w	GF, PDL	Land	privatwirt- schaftlich	>100	nein	nein
4	41 / 37	w	PDL	Stadt	frei-gemein- nützig	51-100	nein	nein
5	58 / 44	w	PDL	Stadt	frei-gemein- nützig	>100	nein	nein
6	47 / 43	w	PDL	Stadt	privatwirt- schaftlich	51-100	nein	ja
7	51 / 53	m	GF, PDL	Land	privatwirt- schaftlich	>100	nein	nein
8	47 / 37	w	PDL	Land	privatwirt- schaftlich	<25	ja	nein

Vier Personen nahmen in ihrer Funktion als Geschäftsführungen (GF) teil, wobei zwei zugleich auch als Pflegedienstleitung (PDL) tätig sind; die anderen vier wurden in der primären Funktion von Pflegedienstleitungen befragt. Bis auf eine Person verfügen alle anderen über einen Berufsabschluss in der Alten- oder Gesundheits- und Krankenpflege. Mit den Angaben der Befragten liegen Einschätzungen aus Pflegediensten vor, die im städtischen und im ländlichen Raum angesiedelt sind und die sowohl in privatwirtschaftlicher als auch in frei-gemeinnütziger Trägerschaft geführt werden. Darunter sind sowohl Pflegedienste mit einer kleineren Anzahl von bis zu 50 zum Befragungszeitpunkt betreuten Patient*innen, als auch Dienste mit rund 50 bis 100 sowie Dienste mit z. T. deutlich über 100 Patient*innen. Während ein Dienst ausschließlich auf die häusliche Intensivpflege spezialisiert ist, bieten die anderen allgemeine Pflegeleistungen nach SGB XI und häusliche Krankenpflege nach dem SGB V an. Hinzu kommt in zwei Fällen eine punktuelle Einbindung in die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Zwei Dienste

versorgen auch in Demenz-Wohngemeinschaften und ein weiterer in einem Wohnen-mit-Service-Arrangement. Teilweise werden von den Trägern der Pflegedienste, die mitunter in mehreren Bundesländern tätig sind, weitere Versorgungs- und Betreuungsangebote unterbreitet, z. B. stationäre Langzeitpflege, Tagespflege oder ein Fahrdienst. Drei Pflegedienste sind Ausbildungsbetrieb für Pflegefachpersonen.

Nachdem die Rekrutierung von Interviewpartner*innen angesichts der COVID-19-Pandemie mit einem erheblichen Aufwand und zahlreichen Störungen verbunden war, verliefen die eigentlichen Interviews weitgehend reibungslos. Während sich einige Interviewpartner*innen explizit Zeit eingeräumt hatten und für ein störungsfreies Gespräch sorgen konnten, standen andere erkennbar unter Zeitdruck; z. T. mussten Gespräche wegen zwischenzeitlich eingehender Telefonate oder anderer Störungen kurz unterbrochen werden. Zuweilen kam es vor, dass Gesprächspartner*innen das Gespräch von einem mobilen Telefonat aus führten und entweder unmittelbar von einem anderen Termin kamen oder zu einem Folgetermin unterwegs waren. Zwei Personen waren von Vorgesetzten dazu bestimmt worden, an dem Interview teilzunehmen; dies führte anfangs zu einer leichten Verunsicherung auf Seiten der Befragten, legte sich aber im Gesprächsverlauf. Die Gesamtdauer der Interviews betrug zwischen 41 und 73 Minuten (Ø 53 Min.). Die Länge der Aufzeichnung lag bei 37 bis 71 Minuten (Ø 48 Min.). Insgesamt konnte sowohl umfangreiches wie auch reichhaltiges Datenmaterial zu der interessierenden Fragestellung erhoben und auf die im Methodenteil beschriebene Weise ausgewertet werden.

2. Vorerfahrungen mit Krisen und Katastrophen

Bevor das Katastrophenszenario eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls konkret angesprochen wurde, hatten die Befragten in den Interviews zunächst Gelegenheit, andere von ihnen als krisenhaft oder katastrophal befundene Situationen und ihre Erfahrungen damit zu schildern. Von Interesse war zudem, wie sie damit umgegangen sind und wer oder was ihnen geholfen hat, diese Ereignisse zu bearbeiten und zu bewältigen.

2.1 Krisenerfahrungen in der ambulanten Pflege

Die Interviewpartner*innen berichteten v. a. von ihren Erfahrungen mit Extremwetterlagen und deren Folgen. Konkret angesprochen wurden etwa die Hochwasserlagen an der Elbe von 2002 und 2013, der Orkan Kyrill im Jahr 2007, schwere Gewitter 2018 oder auch andere Extremwetterereignisse (Winterstürme, Schneelagen etc.). Daneben kamen auch Evakuierungen nach Bombenfunden zur Sprache. Anhand eines Interviewauszugs soll hier angedeutet werden, wie mit solchen Ereignissen in der Vergangenheit umgegangen wurde:

„Naja, wir hatten [...] hier mal Schnee-Chaos zu Weihnachten. Und da war unser Ort, also wo der Pflegedienst ansässig ist, komplett von der Außenwelt abgeschnitten. Also wir kamen nicht raus und es kam auch keiner rein hier. Das heißt, wir mussten ja die Pflege trotzdem organisieren und Gott sei Dank kommen nicht alle Pflegekräfte hier aus dem Ort, sondern auch teilweise aus den Orten, die wir mitversorgen. Und somit haben wir weit rumtelefoniert, alle die eben frei waren, haben dann halt auch ohne Auto [...], halt zu Fuß, die Leute in ihren Orten gepflegt. [...] über zwei Tage ging das.“ (Int. Y27)

Offenbar wurden von Seiten dieses Pflegedienstes Bemühungen unternommen, die häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen trotz der wetterbedingten Einschränkungen weiter aufrecht zu erhalten. Dabei erwies sich dann als nützlich, dass nicht nur die Pflegebedürftigen dezentral versorgt werden, sondern auch die Mitarbeiter*innen der Dienste vielfach weit verstreut wohnen und für die Versorgung an ihrem eigenen Wohnort aktiviert werden konnten.

Sind derartige Alltagsstörungen in ihrer Entwicklung absehbar oder auch angekündigt (z. B. Evakuierungen nach Bombenfund), ist den Pflegediensten auch eine gewisse Vorbereitung darauf

möglich. So lassen sich nicht zwingend notwendige medizinisch-pflegerische Versorgungsleistungen verschieben, aussetzen oder – wo dies möglich ist – auch auf Angehörige übertragen. Sie könnten – so die vertretene Position – durchaus angeleitet werden, um im Falle einer zu erwartenden längerdauernden Krisensituation diverse Aufgaben eigenständig zu übernehmen. Die damit verbundenen Vorteile für den Pflegedienst werden am folgenden Interviewauszug deutlich:

„Und somit konnten wir von fünf Touren auf zwei reduzieren [...] an dem Tag, wo dann wieder relativ die Straßen geräumt waren. [...] und es hat ja immer weiter geschneit, bin ich dann mit Mütze, Schal, Handschuhen, Besen, Schippe, Schneeschieber, mitgefahren, mit einer meiner Pflegekräfte, [...] um sicherzustellen, dass sie auch da ankommt, wo sie hin will. Das war schon eine außergewöhnliche Situation, sage ich mal. Aber das muss man dann halt immer spontan machen, was dann machbar ist.“ (Int. Y27)

Die Verpflichtung und ggf. auch Anleitung von Angehörigen zur eigenständigen Versorgungsübernahme dienten in diesem Fall also dazu, die Frequenz der Besuche bei den Pflegebedürftigen aufgrund der widrigen Wetterbedingungen zu reduzieren. Zugleich wird noch ein anderes Motiv für diese Vorgehensweise sichtbar, das auch in anderen Interviews angesprochen wurde, so beispielsweise in folgendem Auszug:

„[...] an erster Stelle stehen die Mitarbeiter und an zweiter Stelle wird das medizinisch Notwendige rausgesucht. Und das machen wir immer so, egal ob bei Glätteis und bei Sturm.“ (Int. B45)

Weniger die konkreten Problemlagen der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen, sondern v. a. der Sicherheit und dem Schutz der Mitarbeiter*innen wird hier in diesem Zitat Priorität eingeräumt – unabhängig von der jeweiligen Krise, die es zu bewältigen gilt. In einem anderen Fall wird berichtet, dass die Pflegedienstleitung eines inhabergeführten Pflegedienstes zum Schutz der Mitarbeiter*innen bei der letzten Sturmwarnung selbst die notwendigsten medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen übernommen habe. Zudem sei es wichtig, als Person mit Leitungsverantwortung je nach Krisen- oder Katastrophenereignis im Pflegedienstbüro selbst vor Ort zu sein, die Stellung zu halten und koordinierend tätig zu werden. Ähnliches klang auch in dem vorstehenden Interview bereits an. Wie diesen konkurrierenden Aufgaben – Übernahme der Patientenversorgung einerseits und Koordination im Pflegedienstbüro andererseits – gleichermaßen entsprochen werden kann, bleibt in den Interviews offen.

In einzelnen Interviews wurde auch von mehrstündigen Stromausfällen berichtet, z. B. wegen der Räumung einer Weltkriegsbombe oder des Elbehochwassers. In diesen Fällen mussten häuslich versorgte Pflegebedürftige dann für Stunden oder Tage evakuiert werden. Die Aufgaben der Pflegedienste haben sich bei diesen Evakuierungen meist darauf beschränkt, Adressen herauszugeben oder Informationen zum Befinden der Pflegebedürftigen (z. B. Gehfähigkeit, Orientierung) zu übermitteln. Die Evakuierung selbst sei dann von den Krisenstäben und Katastrophenschützern weitgehend ohne Beteiligung der Pflegedienste organisiert worden.

„Aber sonst, der Rest wurde dann übernommen von den, ja, von wem auch immer. THW? Keine Ahnung, wer da alles involviert war. Auf jeden Fall lief das gut. Die Stadt hat uns dann rückgemeldet, wo diese Leute untergebracht wurden. Da gab es ja dann verschiedene Stellen. Und dann sind wir dorthin gefahren und haben die Leute versorgt.“ (Int. L14)

Positiv hervorgehoben wird sowohl die Informationsweitergabe an den Pflegedienst als auch der Umgang mit den Pflegebedürftigen bei der Evakuierung und Betreuung in der Notunterkunft. Wer bei den Evakuierungen genau welche Art von Hilfe geleistet hat, konnte von den Befragten aber selten benannt werden. Wie in dem vorstehenden Zitat angesprochen sind Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes aber z. T. an der Weiterversorgung in Notunterkünften beteiligt gewesen (z. B. in sonst freistehenden Wohnungen) oder bei Verwandten. Wenn die Unterbringung in einer Turnhalle erfolgte, seien dann meist viele andere Helfende vor Ort eingebunden gewesen.

Am Beispiel des Elbehochwassers 2013 wird in einem Interview davon berichtet, dass Intensivpatient*innen in einer betreuten Wohngemeinschaft zunächst dort weiterversorgt wurden – trotz der aus Sicherheitsgründen erforderlichen Stromabschaltung. Die Stromversorgung für die Beatmungsgeräte sei in diesem Fall durch das Bereitstellen eines Notstromaggregats durch das THW gewährleistet worden. Erst mit dem weiteren Zuspitzen der Hochwassersituationen wurden die beatmeten Bewohner*innen dann in Krankenhäuser evakuiert und vom dortigen Personal weiter betreut.

In der Summe wird die Zusammenarbeit mit Feuerwehr, THW, Rettungsdienst und Krankenhäusern in den Interviews ausgesprochen positiv dargestellt. So auch in folgendem Zitat:

„Also ich bringe noch ein anderes Beispiel, Bombenfund, hatten wir auch, da wird man dann auch angemailt, per Mail, ob wir in den und den Straßenzügen Bewohner haben, also Patienten. Und wenn wir die hätten, würde da auch ein Evakuierungsplan ganz geregelt folgen. [...] Also das geht dann auch sehr schnell.“ (Int. C89)

Die Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste haben die Erfahrung gemacht, dass es im Fall von mehr oder weniger schwerwiegenden Krisen und Katastrophen funktionierende Planungen und weitgehend reibungslos ablaufende Prozesse auf Seiten externer Instanzen gibt. Sie selbst befanden sich bei all dem in einer nachrangigen und allenfalls flankierenden Rolle.

2.2 Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie

Die Interviews fanden in einer Hochphase der COVID-19-Pandemie statt. Einige der Befragten sprachen ihre Erfahrungen mit diesem Thema spontan an, andere kamen erst im weiteren Verlauf darauf zu sprechen, zuweilen auch nur indirekt. Nicht alle haben die Pandemie mit dem Forschungsthema unmittelbar in Verbindung gebracht. Ursächlich hierfür war nach eigenem Bekunden der schleichende Beginn der Pandemie, der ihnen eine mehrwöchige Vorbereitung ermöglichte – sowohl in persönlicher wie auch in beruflicher Hinsicht. Einige berichten davon, dass die Situation zu Beginn durchaus von viel Unwissen und wiederholt neuen, z. T. auch widersprüchlichen Informationen begleitet gewesen sei. Während man von einem Unwetter oder beispielsweise einem Schneechaos klare Vorstellungen vom Ablauf und möglichen Handlungsoptionen gehabt hätte, sei das bei der Pandemie anders gewesen. Andere betonen, dass sie sich zwischenzeitlich an die Lage angepasst und gewöhnt hätten. In einem Interview wurde dann resümiert: *„Das ist ja keine Krisensituation mehr für uns.“ (Int. B45)*

Die Interviewpartner*innen wurden daraufhin gefragt, was an der Arbeit im Pflegedienst unter Pandemiebedingungen anders sei als zuvor, wer oder was ihnen am meisten hilft mit diesem Ereignis umzugehen und wobei sie sich aktuell Unterstützung wünschen. Auch hier wurde eher beschwichtigt und betont, dass die Versorgung sich nicht wesentlich verändert hätte. Man würde halt die Hygieneregeln einhalten und die Probleme der Pflegebedürftigen beantworten.

„Also das Hauptproblem bei uns ist eigentlich die Psyche der Klienten. [...] Also, dass es jetzt wirklich schon Richtung Depressionen geht [...]. Ja, wo man halt immer wieder motivieren muss und erklären muss, es geht vorbei, die Ängste nehmen muss, [...] das ist anstrengender als sonst.“ (Int. J73)

Durch zugewandtes Verhalten und Gespräche – so ist diesem Interviewauszug zu entnehmen – wird versucht, Ängste, Verstimmungen und emotionale Erschöpfung bei den Pflegebedürftigen bestmöglich zu lindern. Insbesondere alleinlebende Patient*innen und Bewohner*innen betreuter Wohngemeinschaften müssten vor Resignation und Vereinsamung geschützt werden. Dieser anhaltend hohe psychosoziale Aufwand wird von den Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste als beschwerlich erfahren – so die befragten Leitungspersonen. Dabei verleihen sie zugleich ihrer eigenen größten Sorge in Pandemiezeiten Ausdruck – so beispielsweise in dem folgenden Interviewauszug:

„[...] wenn Mitarbeiter in Quarantäne gesetzt werden müssen, haben wir ein Dienstplanproblem, ja, weil, dann ein anderer Mitarbeiter theoretisch mehr arbeiten müsste. Und das könnte bis an die Belastungsgrenzen gehen. Und das ist so eine unterschwellige Sache, die immer mitschwingt, die Gott sei Dank noch nicht eingetroffen ist, aber wo alle sich dann auch Gedanken machen, [...]“ (Int. C89)

Mitarbeiter*innen oder deren Familienmitglieder könnten sich infizieren, was zum Ausfall führen könnte, der dann wiederum von anderen kompensiert werden müsste. Da aber das gesamte Personal der ambulanten Dienste ohnehin erheblich gefordert ist – auch aufgrund der allgemeinen Personalknappheit, der psychosozialen Mehrarbeit und eigener Infektionsängste – ließen sich solche Ausfälle kaum noch kompensieren. Diese stets präsente Sorge scheint sich aber zumindest bei den hier befragten Leitungspersonen noch selten realisiert zu haben:

„Und wir haben gesehen, dass in der Corona-Krise, dass die Mitarbeiter wirklich nicht krank sind. Also wir sind ein Team und alle motivieren sich dann, auch wenn es mal schwer ist, eben nicht krank zu sein, außer das, was wirklich nötig ist, eine Operation, die eben eh angesetzt war. Aber sonst sind alle hier gewesen.“ (Int. C89)

Die Mitarbeiter*innen in den ambulanten Diensten würden generell eine hohe Einsatzbereitschaft zeigen, Krankmeldungen wenn möglich vermeiden, einander unterstützen und so ihren Beitrag dazu leisten, dass die häusliche Versorgung aufrechterhalten werden kann – so der Tenor in diesem und auch in anderen, aber nicht allen Interviews. Gleichwohl sei die anhaltende Pandemie für Mitarbeiter*innen wie auch für „Klient*innen“ gleichermaßen belastend. Ob bei dieser von einigen Leitungspersonen genutzten Bezeichnung neben den Pflegebedürftigen selbst auch deren Angehörige eingeschlossen sind, wird in den Interviews nicht thematisiert.

Vereinzelt wurde beobachtet, dass sich Angehörige aus der Betreuung zurückgezogen haben. Zwar würde für ausreichend Lebensmittel und Getränke gesorgt – auch auf Vorrat für etwaige Quarantäne-Zeiten. Zu Besuch kämen sie aber nicht mehr, was dann wiederum vom Pflegedienst kompensiert werden müsste. Dabei fallen dann Aufgaben an, die über die Sozialversicherung nicht refinanzierbar seien und den in ökonomischen schwierigen Situationen lebenden Pflegebedürftigen oder Angehörigen nicht einfach in Rechnung gestellt werden könnten. Um die Pflegebedürftigen nicht im Stich zu lassen, werden diese Aufgaben dann dennoch übernommen. Tatsächlich aber seien das eher Ausnahmefälle – in den Interviews wird berichtet, dass die Corona-Situation mehrheitlich in großer Solidarität bewältigt werden würde.

Größere Unzufriedenheit wurde gegenüber den Behörden, insbesondere den örtlichen Gesundheitsämtern, zum Ausdruck gebracht. Bemängelt wurde, dass E-Mails oder telefonische Anfragen unbeantwortet geblieben seien. Zum Teil wurden sie von nicht zuständigen „Fachpersonen“ beantwortet, was dann als wenig hilfreich erlebt wurde. Notwendige Schutzausrüstung sei erst nicht und dann nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung gestellt worden. In einem Interview wird betont, dass im Pflegedienst bereits im März 2020 mit der Erstellung eines Maßnahmenplans zum Umgang mit der Pandemie begonnen wurde, während die erforderlichen Hinweise aus dem zuständigen Gesundheitsamt oder dem Bundesgesundheitsministerium erst im Juni 2020 vorgelegen hätten. Die Kriseninformation von Seiten der Behörden oder der Medien wurde als unzureichend kritisiert; nützliche Informationen zu erhalten oder sich bei widersprüchlichen Informationen zu orientieren, sei schwierig gewesen. Lobend erwähnt wurde in dem Zusammenhang in einigen Interviews die Rolle eines Arbeitgeber- und Trägerverbandes. Er hätte von Beginn an für klare und brauchbare Information gesorgt. Grundsätzlich aber seien ambulante Pflegedienste – so die Sicht der Befragten – in den öffentlich geführten Debatten zum Krisenmanagement gegenüber anderen Institutionen eher benachteiligt worden:

„[...] und als es damals hieß, es werden die Heime versorgt, die Krankenhäuser werden aufgerüstet mit Masken, da war vom ambulanten Dienst erst einmal eine ganze Weile nichts zu hören, da musste unser Berufsverband kämpfen.“ (Int. B45)

Wie dieser Interviewauszug verdeutlicht, wurden ambulante Dienste z. B. bei der Beschaffung von Schutzausrüstung wenig beachtet und erst nach entsprechenden Protesten ebenfalls einbezogen. In anderen Interviews wird betont, dass dieses Muster auch in anderen Fragen gelten würde, etwa als von politischer Seite zusätzliche Assistenzpflegekräfte für die Langzeitversorgung versprochen wurden. Vielfach würde es den Entscheider*innen schlicht an einem Bewusstsein für die Relevanz und die Vielfalt der häuslichen Versorgung fehlen – so wird es in mehreren Interviews betont. Dabei würde missachtet, dass die ambulanten Dienste ähnlich wichtige Versorgungsaufgaben wahrnehmen, wie beispielsweise Pflegeheime oder Krankenhäuser. In folgendem Auszug wird diese Sichtweise konkretisiert:

„Wir arbeiten mit Patienten [...] und das sage ich Ihnen so wie es ist: Ein ambulanter Dienst hat ja nicht nur alte Leute, die haben auch junge Leute oder – was bei mir ist – ich habe auch noch Palliativpatienten. [...] Vielleicht sollte das mal unterstrichen werden [...] die Leute kommen teilweise ins Krankenhaus und nach der Operation, weil der Kostenfaktor zu hoch ist, werden sie eben dann halt erst einmal dem ambulanten Dienst übergeben und wir machen zum Beispiel die Sachen weiter. Ja, ob es halt Verbände sind oder [...] sonst wie irgendwas. Das wird vergessen, wir arbeiten mit Patienten.“ (Int. B45)

Es sind eben nicht nur ältere Pflegebedürftige mit einem vermeintlich weniger wichtigen Bedarf an Unterstützung, die von den ambulanten Pflegediensten versorgt werden. Vielmehr werden auch von den Krankenhäusern postoperativ entlassene Patient*innen mit Bedarf an medizinisch-pflegerischer Weiterversorgung oder Menschen mit schweren, nicht mehr heilbaren Erkrankungen oder am Lebensende betreut. Eben diese unterschiedlichen Personengruppen mit ihrem Bedarf zu sehen und damit zugleich anzuerkennen, dass auch die ambulanten Dienste im Krisen- und Katastrophenfall unterstützt werden müssten – beispielsweise mit ausreichend Schutzausrüstung – sei überfällig. Improvisation habe hier enge Grenzen – so die Befragten.

In einigen Interviews wurde dann aber auch Verständnis für die Behörden geäußert. So seien auch deren Mitarbeiter*innen durch die Pandemie vor neue Aufgaben gestellt, oft nicht hinreichend qualifiziert und stark herausgefordert. Ähnliches würde auch für Rettungsdienste und ähnliche Organisationen gelten. In einem Fall wurde spekuliert, dass daher auch in anderen Krisen und Katastrophen – etwa einem mehrtägigen, großflächigen Stromausfall – wenig konkrete Hilfe von den Behörden zu erwarten sein dürfte. Von daher müssten wohl auch künftig vorrangig eigene Ressourcen aktiviert werden:

„Vielleicht ist auch das schon eine Stärke zu wissen, ich muss mir selbst helfen und deshalb [...] ja ansonsten wäre ich jetzt aufgeschmissen, [...]. Die wollen alle einen Maßnahmenplan machen, wahrscheinlich auch dann Katastrophenschutz [...]. Es hapert an der ganzen Umsetzung. Und deswegen mache ich lieber meinen eigenen. So.“ (Int. B45)

Das Vertrauen auf die eigenen Kompetenzen, Selbsthilfe- und Widerstandsfähigkeiten wird in diesem Interviewauszug hervorgehoben. Der ggf. vorhandenen offiziellen Vorsorge für eine Krise oder eine Katastrophe wird eher wenig Vertrauen geschenkt – auch weil es vielfach an der Umsetzung der Pläne hapern würde. Diese Haltung zeigt sich auch in anderen Interviews. Zwar wird eine bessere Vorbereitung auf Krisensituationen von Seiten des Bundes, des Landes oder Landkreises oder von Ministerien und Behörden erwartet; wie diese aussehen soll, bleibt in den Interviews aber unklar. Lediglich klarere Informationen und die rasche Beantwortung konkreter Anfragen würden sich die Befragten von Seiten der Behörden wünschen. Ansonsten verweisen sie wiederholt auf eigene Leistungen beim Krisenmanagement. Als Beispiele dafür werden dann etwa die vorausschauende Bevorratung mit Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel angeführt. Damit soll künftigen Verknappungsszenarien und damit verbundenen Preissteigerungen vorgebeugt werden. Ob diese Maßnahmen dann auch bei anderen Krisen und Katastrophen nützlich sind, wird in den Interviews nicht hinterfragt.

2.3 Lehren aus bisherigen Krisen- und Katastrophenerfahrungen

Die Interviewpartner*innen wurden gefragt, welche grundsätzlichen Lehren sie aus den in der Vergangenheit mit Krisen und Katastrophen gesammelten Erfahrungen persönlich oder für die Arbeit als Leitungsperson in einem ambulanten Pflegedienst gezogen haben. In einem Fall wurde dabei als erstes eine gewisse Sensibilisierung angesprochen:

„Kyrill habe ich live miterlebt, ja, dieses Szenario. Das vergisst man nicht. Da stellt man sich immer wieder vor, was wäre, wenn? Wenn das jetzt nochmal geschehen würde, wie versorgst du überhaupt die Klienten dann in dem Moment, ne? (Int. P36)

Frühere Krisenerfahrungen führen demnach dazu, dass das Auftreten von weitreichenden Alltagsstörungen im Bereich des Möglichen gesehen und gedanklich immer wieder einmal durchgespielt wird. Offen bleibt aber zum einen, ob lediglich das Wiederauftreten bereits erlebter Krisen und Katastrophen und damit bereits bekannte Szenarien antizipiert werden oder ob die Interviewpartner*innen auch andere, selbst (noch) nicht erfahrene Ereignisse in den Blick nehmen. Offen bleibt zum anderen auch, ob aus dem Nachdenken auch konkrete Maßnahmen (auf persönlicher wie organisatorischer Ebene) im Sinne einer Förderung der Katastrophenvorsorge resultieren. In den Interviews deutet sich zumindest an, dass grundsätzliche Veränderungen des eigenen Verhaltens oder von Routinen in den Diensten selten sind. Allenfalls von punktuellen Anpassungen ist zu hören.

So wird in einem Interview davon berichtet, dass eine Leitungsperson nach einem glimpflich verlaufenen Stromausfall seither zu Beginn jeder neuen Versorgung von Pflegebedürftigen mit technikintensivem Unterstützungsbedarf den Sicherungskasten in Augenschein nimmt. Etwaige Besonderheiten in der Stromversorgung des jeweiligen Haushaltes würden dann in der Akte notiert. In einem anderen Interview wird die Zusammenarbeit mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen in einem Notfall thematisiert. Um auf deren Seite eine gewisse Mitverantwortlichkeit für die Aufrechterhaltung der Versorgung im Ereignisfall zu erzeugen, würde das Thema bereits im Aufnahmegespräch angesprochen. Angehörige würden dann darauf hingewiesen, dass sie pflegerische Aufgaben im Ausnahmefall auch eigenständig übernehmen müssten – einem Ansinnen, dem meist mit Verständnis begegnet werde. Wie konkret hierbei verschiedene Krisen oder Katastrophen angesprochen werden, bleibt aber offen. Andere Interviewpartner*innen sind skeptischer, was die Information der Patient*innen betrifft:

„Ja, und bei den Patienten, also ich muss sagen, ich thematisiere das nicht so gern, weil viele sowieso schon sehr ängstlich sind und sehr verunsichert sind. Und da ist es oft schwierig dann, [...] denen dann vielleicht zu sagen, also wenn jetzt hier irgendwas sein sollte, dann kommen wir nicht mehr jeden Tag; das finden die dann ganz furchtbar [...] Manche sind schon total panisch. Und ich denke mal, da muss man abwägen. (lacht) Da würde ich dann, bei einigen zumindest, man kennt ja seine Patienten auch, bei einigen eher ins Gespräch gehen mit den Angehörigen.“ (Int. L14)

Besonders die Pflegebedürftigen selbst könnte ein solches Gespräch verunsichern. Der Hinweis, in bestimmten Situationen allein zurecht kommen zu müssen, würde sie dann womöglich emotional belasten. Besser sei es daher, direkt mit den Angehörigen zu sprechen – so ist es dem Interviewauszug zu entnehmen. Ob und wie diese Angehörigengespräche dann konkret geführt werden und ob dabei auch eine systematische Information, Beratung und eine Anleitung zur Selbsthilfe im Krisen- und Katastrophenfall durch den ambulanten Pflegedienst angeboten wird, ist den Interviews nicht zu entnehmen. Andere haben solche Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen bislang noch nie in Erwägung gezogen. Eine Leitungsperson bemerkt in dem Zusammenhang: *„Aber das ist eine gute Idee, das mal zu tun, ja.“ (Int. Y27).*

Eine konkretere Vorbereitung auf mögliche Krisen und Katastrophen ist meist eher von außen veranlasst und dann von den Diensten umgesetzt worden – so ist aus den Interviews zu entnehmen. Erwähnt wird, dass kurze Zeit nach dem Elbehochwasser von 2013 im Rahmen einer

Gesetzesänderung viele Neuerungen an Medizinprodukten bzw. Hilfsmitteln vorgenommen wurden. Seither haben viele Geräte in der außerklinischen Intensivpflege eine mehrfache Absicherung durch interne und externe Akkus. Zudem seien bei lebenserhaltender Beatmung stets auch Ersatzgeräte vor Ort. Dies biete die Chance, eine gewisse Zeit ohne Stromversorgung zu überbrücken. Dass es einen unmittelbaren Bezug der Gesetzesänderung zu der Hochwasserlage gab, wird bezweifelt. Diese Neuerung wurde aber mit gewisser Erleichterung aufgenommen. Auch die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geforderten Notfallpläne wurden angesprochen. Sie seien in den ambulanten Diensten auch in Reaktion auf erlebte Alltagsstörungen punktuell überarbeitet worden. In Einzelfällen – so deutet sich in den Interviews an – scheinen darin auch Vorgehensweisen zur Kontaktierung der Patient*innen und/oder ihrer nächsten Angehörigen beschrieben zu sein. In einem Interview wird von einer Übung zur Umsetzung des Notfallplans berichtet. So seien an einem festgelegten Tag von der Leitungsperson und ihren Mitarbeiter*innen alle Angehörigen telefonisch kontaktiert worden, um zu prüfen, ob diese in einem Notfall auch tatsächlich erreichbar wären. Infolgedessen mussten dann einige Kontaktdaten aktualisiert werden, was sich bei einer winterlichen Extremwetterlage auch tatsächlich als nützlich erwiesen habe; auf diese Weise konnten Angehörige informiert und mobilisiert werden.

Im Rahmen einer Katastrophenschutzübung hätten die Stadt oder Katastrophenschutzorganisationen bei einzelnen Pflegediensten schon einmal Struktur- und Kontaktdaten abgerufen, einschließlich von Angaben zur betreuten Klientel. Dies sei während der COVID-19-Pandemie der Fall gewesen, ansonsten aber weitgehend folgenlos geblieben. Von konkreten Informationsveranstaltungen oder der Beteiligung an größer angelegten Übungen – etwa zur Evakuierung von Pflegebedürftigen – wird in den Interviews nicht berichtet. Die Reaktionen auf die von den Behörden veranlassten Vorsorgemaßnahmen in Form einer Abfrage von Struktur- und Kontaktdaten waren eher gemischt:

„Sowohl als auch. Einige sind natürlich, die jetzt nicht unbedingt unter Demenz leiden, die finden das gut, dass sie genau wissen: Mensch, wenn mal was passiert, sind wir abgesichert, es kümmert sich jemand. Bei den Demenzkranken ist es schwierig. Das ist wieder was Neues. Da sorgt es für Unruhe, wobei wir dann als Pflegedienst halt wieder in der Pflicht waren, zu erklären, so zu beruhigen.“ (Int. J73)

Je nach Zustand der Pflegebedürftigen wirkten diese Vorsichtsmaßnahmen auf die Pflegebedürftigen entweder sicherheitsstiftend oder auch beunruhigend. In jedem Fall waren hier die Mitarbeiter*innen der ambulanten Dienste gefordert, um die Maßnahmen gegenüber den Pflegebedürftigen einzuordnen. Dabei dürfte nicht unerheblich gewesen sein, wie sehr sie selbst von der Sinnhaftigkeit dieser Vorsorgemaßnahmen überzeugt waren.

In einigen Fällen wurden in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie Überlegungen in Richtung auf eine Priorisierung von Versorgungsaufgaben für den Fall eines pandemiebedingten Personalmangels angestellt, schriftlich fixiert und auch kommuniziert:

„Und das wissen die Patienten auch, dass wir dann beispielsweise [...] diese Hauswirtschafts-Patienten, erstmal nicht versorgen, sondern da gibt es eine Einteilung von Patienten in Gruppe A, B, C, die, die also unbedingt versorgt werden müssen, meinetwegen Insulin-Patienten, die angewiesen sind auf ihr Insulin, das nicht allein spritzen können. Und dann, einige, wo wir sagen können, okay, da könnte eine Angehörige mit einsteigen, oder da müssten wir im Notfall vielleicht nur alle zwei Tage hin. Und dann gibt es eben diese noch mobilen Patienten, wo man dann auch sagen kann, okay, die Hauswirtschaft lassen wir jetzt eben mal zwei Wochen weg, oder so. Also diese Einteilung haben wir jetzt erst neu gemacht, quasi Anfang des Jahres, als wir mit Corona und COVID-19 konfrontiert waren. Sowas könnte ich mir dann auch in anderen Situationen vorstellen.“ (Int. L14)

Die verschiedenen Pflegebedürftigen werden orientiert nach ihrem jeweiligen Bedarf in Gruppen eingeteilt, um sie dann im Ereignisfall mehr oder weniger vorrangig oder intensiv weiterversorgen zu können. Dabei rücken in erster Linie klassische medizinisch-pflegerische Kriterien ins Blickfeld (also etwa der Bedarf an kontinuierlichen Medikamentengaben), aber auch die Möglichkeiten im sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen (etwa die Einbindung von Angehörigen). Der hier zitierten Leitungsperson zu Folge könnte sich eine solche Priorisierung auch bei anderen Krisen und Katastrophen als nützlich erweisen. Meist aber bleiben die Überlegungen der Interviewpartner*innen sehr konkret auf die aktuelle pandemische Lage und die dabei zu bewältigenden Herausforderungen gerichtet. Eine Übertragung auf andere Krisen und Katastrophen erfolgt selten. Dies zeigt sich auch daran, dass zwar über die Bevorratung von Lebensmitteln für eine mögliche 14-tägige Quarantäne bei positivem Corona-Test nachgedacht wird, die darüber weit hinausgehenden Empfehlungen des BBK (2019) zur Bevorratung im Rahmen der persönlichen Notfallvorsorge bleiben aber unberücksichtigt. In einem Interviewauszug wird diese Haltung auch direkt angesprochen:

„Aber, weiter denkt dann aber auch keiner. Das geht jetzt wirklich nur rein um die Lebensmittel, da ja. [...] Aber sonst, dass man fragt, was passieren würde, wenn hier Stromausfall oder Kommunikation komplett zusammenbricht. Nein, das macht man nicht. [...] Ich weiß, aber ich denke, dass so viele denken, das ist ja nur Panikmache. So schlimm kann es ja gar nicht werden.“ (Int. J73)

Die über die unmittelbare Erfahrung der COVID-19-Pandemie hinausreichende Auseinandersetzung mit dem Thema und damit eine umfassendere Vorbereitung auf andere mögliche Krisen und Katastrophen würde eher als übertrieben abgetan werden und unterbleibt daher in der Regel – so die hier zitierte Beobachtung. Von anderen Interviewpartner*innen wird beobachtet, dass die Verantwortung für die Vorsorge nach dem Motto *„die werden uns schon sagen, was wir zu machen haben“* (Int. L14) nicht selten auch schlicht wegdelegiert wird – etwa von den Mitarbeiter*innen auf die Leitungspersonen. Die wiederum zeigen sich in den Interviews in gewisser Weise dann auch problembewusst, so auch in dem folgenden Auszug:

„Aber wir müssten das sicher dann als Hausaufgabe nochmal konkretisieren, für den Schadenfall. Das ist uns bisher aufgrund von Zeitmangel leider noch nicht gelungen, so weit vorzudenken.“ (Int. C89)

Die Vorsorge wird aber aufgrund der aktuellen Anforderungen und der begrenzten zeitlichen Ressourcen hintenangestellt und verbleibt damit im Bereich des Möglichen. Dies wird noch dadurch befördert, dass den Leitungspersonen die für einen Krisen- oder Katastrophenfall greifenden Strukturen und Prozesse, die vor Ort zuständigen Stellen und auch die konkreten Ansprechpartner*innen meist nicht bekannt sind. Zwar wird in einigen Interviews angeführt, dass die Leitungspersonen schon mal über Vernetzungsmöglichkeiten nachgedacht haben:

„Dass wir einen guten Partner hätten, auf den wir uns verlassen könnten, wie zum Beispiel das Technische Hilfswerk oder die örtlichen Feuerwehren, dass man da nochmal irgendwie für die Zukunft einen Plan entwickelt, eine Strategie entwickelt, dass man da jetzt, wenn der Fall X jetzt wirklich eintritt, dass wir uns auch wirklich auf die verlassen könnten, die dann für uns auch da sind.“ (Int. P36)

Verbunden sind diese Überlegungen zur Kooperation mit der Erwartung, dass diese Rettungsdienste und Katastrophenschutzorganisationen sowohl bei der Vorsorge für eine mögliche Krise helfen und zugleich eine stabile Zusammenarbeit im Ereignisfall gewährleisten würden. Umgesetzt wurden diese Überlegungen aber anscheinend noch nicht. Dabei haben die Leitungspersonen die mit der dezentralen häuslichen Versorgung ihrer jeweiligen Pflegebedürftigen verbundenen Risiken im Blick, wie folgender Auszug verdeutlicht:

„Was ist, wenn in der ganzen Region mal der Strom ausfällt, oder so, ne. Dass man sich da wirklich Gedanken macht und vielleicht schon mal so ein kleines organisatorisches Netzwerk aufstellt und da vielleicht auch irgendwo Prioritäten gesetzt werden, dass man sagt, ja, okay, das ist ein Intensiv-Pflegedienst, der braucht uns eigentlich am ehesten, das sind intensivpflegepflichtige Klienten. Weil, es können ja auch dann nicht alle in das Krankenhaus stürzen, weil die örtlichen Krankenhäuser, die kriegen (lacht)/ haben ja dann eine totale Überlastung. Funktioniert also auch nicht. Ja.“ (Int. P36)

Vor allem ausgewählte Gruppen von Pflegebedürftigen – hier intensivpflichtige Patient*innen – sind bei einem mehrtägigen, großflächigen Stromausfall oder anderen Krisenereignissen besonders gefährdet. Sie dann kurzerhand in ein lokales oder regionales Krankenhaus zu evakuieren, stellt keine realistische Option dar. Schließlich seien diese – so wird hier mit einem Lachen quittiert – in einer solchen Situation vermutlich ebenfalls vollkommen überlastet. Der Ausarbeitung konkreter Vorüberlegungen gemeinsam mit Rettungsdiensten und dem Katastrophenschutz oder anderen Akteur*innen vor Ort würde daher eine besondere Bedeutung zukommen. Auf Nachfrage wird aber deutlich, dass diese Überlegungen bislang noch keine Umsetzung erfahren haben und – angesichts zahlreicher anderer Entwicklungsaufgaben in den ambulanten Diensten – in nächster Zeit wohl auch eher keine Priorität erfahren dürften.

3. Stromausfall – Katastrophe unbekannter Dimension

Den Interviewpartner*innen war als ein mögliches Katastrophenszenario ein mehrtägiger, großflächiger Stromausfall bereits vor Augen – nicht zuletzt aufgrund der ihnen übermittelten Vorinformationen zum AUPIK-Gesamtprojekt. Konkret erlebt wurde so etwas aber von den Befragten noch nicht, wie die vorstehenden Ausführungen verdeutlicht haben. In den Interviews wurde daher die Aufmerksamkeit der Leitungspersonen noch einmal gezielt auf das Stromausfallszenario gerichtet – verbunden mit konkreten Informationen dazu, welche Herausforderungen und Ereigniskaskaden in einem solchen Fall aus ihrer Sicht zu bedenken wären. Die befragten Leitungspersonen wurden nach ihren spontanen Reaktionen, aber auch nach möglichen Auswirkungen auf Mitarbeiter*innen, Pflegebedürftige und Angehörige befragt.

3.1 Spontane Reaktionen der Befragten auf das Szenario

Die unmittelbaren Reaktionen der Befragten auf das geschilderte Szenario fielen einhellig aus. Wiederholt wurde von „Horror“, „Panik“, „Worst Case“ oder einem „Supergau“ gesprochen und vermutet, dass *„es ganz schön Chaos geben würde“* (Int. M61). Thematisiert wurde von den Leitungspersonen ein Gefühl des Ausgeliefertseins: *„Na, erstmal so eine Machtlosigkeit [...], man kann ja nichts dagegen machen. Erstmal.“* (Int. X32) In einem Interviewauszug wird die besondere Dimension eines solchen Ereignisses betont:

„Und der Stromausfall, wirklich, der ist Worst Case, ja. Weil, wie gesagt, Hochwasser betrifft immer nicht jedes Stadtgebiet, da kann man anders zusammenstehen, oder gucken. Aber Stromausfall, [...] und umso länger das dauert, umso schlimmer.“ (Int. C89)

Vor allem die Tatsache, dass sehr viele Menschen von einem solchen Ereignis betroffen wären und auch, dass es längere Zeit anhalten könnte, macht den Stromausfall aus Sicht der Befragten zu einem solchen Extremereignis mit vermutlich weitreichenden Folgen. Die Möglichkeiten der Vorbereitung wie auch der Einflussnahme sind in einem solchen Fall begrenzt – zumindest zu Beginn, wie in den Interviews betont wird. Während etwa mit der Ankündigung eines Unwetters oder Hochwassers innerhalb von Stunden oder mitunter auch Tagen entsprechende vorbereitende Maßnahmen zur Vermeidung oder zumindest Milderung von Personen- und Sachschäden eingeleitet werden könnten, hätte man einem unerwartet eintretenden großflächigen, langanhaltenden Stromausfall nichts entgegenzusetzen. Nicht antizipiert wird in dem Zusammenhang von den Befragten allerdings, dass auch mit den vorgenannten Ereignissen zuweilen angekündigte Stromabschaltungen verbunden sind, um Gefahren für die betroffenen Menschen ausschließen zu können.

Ebenso einhellig wie zuvor geschilderte Schockreaktionen sind aber auch spontane Aussagen der Befragten, wonach sie bei all dem in ihrer Rolle als Leitungsperson v. a. Ruhe und Gelassenheit bewahren müssten. Oberste Priorität habe es, Maßnahmen einzuleiten, um das alltägliche Arbeitsprogramm des Pflegeteams aufrecht zu erhalten. Die Mitarbeiter*innen benötigten ein Vorbild und feste Ansprechpartner*innen. Ihre Aufgabe als Leitungsperson sei es in erster Linie für Orientierung über die nächsten Schritte zu sorgen und diese dann nach und nach gemeinsam abzarbeiten. Auf die Bitte um Konkretisierung dieser nächsten Schritte bleiben die Antworten aber vage. Zum Teil meinen die Befragten auch, dass ihnen dazu wenig einfallen würde, dass sie „ein bisschen ideenlos“ (Int. M61) seien und nicht wüssten, welches denn in einer solchen Situation das vordringlichste Problem sei, dass angegangen werden müsste.

Zum einen wird in dem Zusammenhang angemerkt, „so ein riesiger Stromausfall wäre ja eine neue Situation“ (Int. M61) über die man sich im bisherigen Pflegealltag noch keine vertieften Gedanken gemacht habe. Andererseits sei das Ereignis an sich trotz aller Eventualitäten dann doch wohl eher unwahrscheinlich, zudem wenig greifbar und eher eine abstrakte Gefahr, wie in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt:

„Da war so eine Tabelle [auf der Homepage des BBK, Ergänzung YL], in welchen Ländern Stromausfall möglich wäre, also längerfristiger Stromausfall. Da war Deutschland auch dabei, aber relativ weit hinten – sage ich jetzt mal. Also, die Chance, dass in Ungarn zum Beispiel Strom ausfällt ist höher, entschieden höher als jetzt in Deutschland. Aber, es kann passieren.“ (Int. X32)

Gemessen an anderen Ländern mit womöglich weniger belastbarer Infrastruktur – so wird in diesem Interviewauszug ausgeführt – ist die Eintrittswahrscheinlichkeit eines solchen Krisenszenarios deutlich geringer. In anderen Interviews wird zwar ein gewisses Risiko für ein solches Ereignis gesehen, zugleich aber klarstellend eingeräumt: „Also auf so einen Fall sind wir [...] auf einen Stromausfall null vorbereitet hier. Gar nicht.“ (Int. Y27). Im weiteren Verlauf wird von den Interviewpartner*innen dann immer wieder die Frage aufgeworfen, ob und inwieweit man sich auf ein solches Katastrophenereignis überhaupt vorbereiten könne. Einerseits wären die konkreten Handlungsoptionen vermutlich ohnehin gering, andererseits müsse man in der konkreten Situation, d. h. situativ, entscheiden. Dies sei in der Vergangenheit auch nie anders gewesen und so habe man schließlich auch bisherige Krisen überstanden. In der Summe scheint diesem Risiko von Seiten der Befragten also entweder mit fatalistischer Ergebenheit begegnet zu werden oder auch mit einem gewissen Grundoptimismus hinsichtlich eines glimpflichen Endes.

3.2 Der Blick auf die Leitungsebene der Pflegedienste

Im Anschluss an diese ersten Reaktionen wurden die Leitungspersonen in den Interviews gebeten, ihre Überlegungen zu den Auswirkungen und zum Umgang mit dem vorgestellten Krisenszenario möglichst zu konkretisieren. Sie wurden gefragt, welche konkreten Auswirkungen und welche Handlungsmöglichkeiten bei einem solchen Stromausfallszenario aus ihrer Perspektive zu berücksichtigen wären – auf Seiten der Leitungsebene der Dienste, der Mitarbeiter*innen wie auch der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

In den Sinn kommt den befragten Leitungspersonen dabei als erstes die Dokumentation – sprich die Sammlung der auf die Pflegebedürftigen ausgerichteten personenbezogenen Daten (z. B. Adressen, Ansprechpartner, Informationen zum Gesundheitsstatus und Unterstützungsbedarf) sowie der Planungs- und Leistungsdaten (Einsatzplanung, erbrachte Leistungen des Pflegedienstes). Die einen betonten in dem Zusammenhang, in einem solchen Fall froh darüber zu sein, dass sie diese Aktenführung noch traditionell auf Papier und damit unabhängig von der Stromversorgung vornehmen würden – auch wenn dies nicht den Erwartungen der Leistungsträger („Kassen“) entsprechen würde. Die anderen haben bereits auf eine digitale Dokumentation umgestellt, weshalb einige hierauf bezogene Sorgen thematisiert wurden. Beispielsweise scheinen die Investitionen in die technische Ausstattung unterschiedlich hoch zu sein. In

einem Fall wurden Power Banks für Tablet-Computer der Mitarbeiter*innen angeschafft, die ein digitales Weiterarbeiten für fünf Tage ohne Stromversorgung sicherstellen sollen. Das sei jedoch kein Standard, sondern vielmehr Ausdruck eines vorausschauenden Handelns und auch eine größere Investition gewesen. Andere haben zwar ebenfalls auf eine stromabhängige Lösung umgestellt, scheinen dieser aber nicht recht zu vertrauen, wie in folgendem Interviewauszug betont wird:

„[...] wir haben trotz alledem unsere Patienten mit allem Drum und Dran auf Papier, wir haben sie auf dem Zettel vorsichtshalber [...]“ (Int. B45).

Neben der digitalen wird demnach noch eine traditionelle Dokumentation weitergeführt, um im Fall des Falles abgesichert zu sein. Zumindest zentrale Daten, wie Adressen und die aktuellen Tourenpläne, die häufig täglich neu auf die Endgeräte geladen werden, sind auch weiterhin in Papierform vorhanden – bei nahezu allen der hier befragten Leitungspersonen.

Als ein weiteres Problem der Leitungspersonen bei einem langandauernden, großflächigen Stromausfall wird in den Interviews wiederholt die Kommunikation angeführt – ein für die Arbeitsfähigkeit der ambulanten Dienste zentraler Aspekt.

Bei einem Ausfall von Telefonen würde der Kontakt zu Mitarbeiter*innen, Patient*innen und ihren Angehörigen sowie mit Behörden und einem womöglich nach einer gewissen Zeit eingerichteten Krisenstab erschwert bis unmöglich werden. Entsprechend dem thematisierten Stromausfallszenario wurde ein schrittweiser Verlust von Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten antizipiert. Um die Funktionsfähigkeit noch eine Weile aufrechterhalten zu können, würde – so die befragten Leitungspersonen – grundsätzlich darauf geachtet, die Akkus der Diensthandys morgens geladen zu haben. Auch die Tanks der Dienstfahrzeuge sollten stets mindestens halb voll sein.

Mehrfach wurde angesprochen, dass es zu den ersten konkreten Schritten in einem solchen Krisenfall gehören würde, die Mitarbeiter*innen in das Büro des Pflegedienstes einzubestellen – entweder um konkrete Anweisungen zu erteilen oder gemeinsam mit ihnen einen Plan zum weiteren Vorgehen zu entwerfen. Das Büro des Pflegedienstes wäre dann eine Art Einsatzleitstelle und ein fester Anlaufpunkt für die üblicherweise dezentral eingesetzten Mitarbeiter*innen. Von hier aus könnten die Leitungspersonen die Einsatzplanung und deren Nachjustierung vornehmen, aber auch eine emotionale Unterstützung für die Mitarbeiter*innen leisten. In einem Fall wurde vor einigen Jahren sogar ein benzinbetriebener Stromgenerator beschafft, der – so wurde ausgeführt – aber noch nie zum Einsatz kam. Die Beschaffung erfolgte wegen des „*ausgeprägten Pessimismus*“ der Leitungsperson dieses Pflegedienstes und soll die Funktionsfähigkeit der Geschäftsstelle aufrechterhalten können. Unter Umständen könne er aber auch Energie liefern, um wärmende Getränke und Mahlzeiten für die Patient*innen vorbereiten zu können.

All die in den Interviews angedachten Maßnahmen würden aber wohl nur der kurzfristigen Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der ambulanten Dienste und damit auch der häuslichen Weiterversorgung der Pflegebedürftigen dienen können – so die auch in dem folgenden Interviewauszug zum Ausdruck gebrachte Einschätzung:

„Man geht ja immer noch davon aus, das wird wieder, erstmal für den nächsten Tag würde ich es machen. Also ich würde immer so tageweise denken, dass man wenigstens den nächsten Tag abdecken kann, oder die Spätschicht abends dann, die ist ja auch noch dran, dass die Bescheid wissen, was für eine Tour zu fahren ist.“ (Int. Y27)

Erkennbar wird hier eine Handlungsstrategie der Leitungspersonen, bei der kurzfristige, sich langsam vortastende Maßnahmen ergriffen werden, um die Funktionsfähigkeit des Dienstes erhalten und die häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen trotz der Widrigkeiten fortführen

zu können. Hinsichtlich der Einschätzung, wie lange diese Maßnahmen vorhalten würden, wagen die einen keine Aussage. Andere sprachen davon, dass ihnen dadurch ein Überbrücken von ein bis zwei oder auch bis zu drei Tagen möglich sei. Letztlich verweisen die Leitungspersonen aber auf eine Reihe an ausschlaggebenden Faktoren, die dabei zu beachten seien.

Beispielsweise spielt die Erreichbarkeit der Wohnungen eine wichtige Rolle. Je nach Distanz könnte früher oder später der Treibstoff ausgehen. Dienste im ländlichen Raum hätten womöglich den Vorteil, dass sie ihre Pflegebedürftigen über mehrere Straßen und Wege in verschiedenen Richtungen erreichen könnten. Sollte eine Route, etwa durch umgestürzte Bäume und wegen nicht geräumter Schneemassen nicht genutzt werden können, gäbe es für Ortskundige oftmals Umfahrungsmöglichkeiten. Als Vorteil von Diensten im städtischen Raum wird hingegen betont, dass die Pflegebedürftigen im Notfall aufgrund kürzerer Wege und anderer Infrastrukturen ggf. auch zu Fuß oder mit dem Fahrrad erreichbar seien. Schließlich seien aber noch weitere Umweltfaktoren zu bedenken:

„Bei Minusgraden, wenn die Wohnungen dann komplett auskühlen und sich irgendwo bei fünf oder sechs Grad warm oder halt kalt befinden, ich denke mal, das wird ab dem dritten Tag ohne Heizung, ohne Wasser, ohne Strom passieren. Also das ist einfach zu gefährlich.“ (Int. J73)

Die jahreszeitlichen Bedingungen und die jeweilige Situation in den Wohnungen der Pflegebedürftigen sind ein Risikofaktor, der die häusliche Weiterversorgung bei einem langdauernden Stromausfall womöglich rasch verunmöglichen würde. In anderen Interviews werden ergänzend dazu die besonderen Herausforderungen in der häuslichen Intensivversorgung angesprochen. Zu bedenken seien etwa die Akkuleistungen der im Einsatz befindlichen elektronischen Geräte (z. B. Beatmungs- und Absauggeräte oder Infusions- und Nahrungspumpen), die sich nach und nach erschöpfen würden. In einem Interview wird hierzu angemerkt:

„Sechs Stunden ist ein Maß, wo man sagt, das kriegt man noch hin. Aber nach sechs Stunden wird es wirklich eng.“ (Int. P36)

Mit Ersatzgeräten und zusätzlichen Akkus ließe sich womöglich noch etwas Zeit gewinnen, aber auch hier gäbe es enge Grenzen. Zusätzliche Probleme könnten sich bei der Sauerstoffversorgung ergeben. Je nach Bedarf könnten die max. drei O₂-Flaschen (zwei große und eine kleine mobile), die in einem solchen Fall üblicherweise vorgehalten werden, auch schon mal früher entleert sein. In solchen Fällen bliebe dann eigentlich nur noch, die Evakuierung der Pflegebedürftigen zu veranlassen.

3.3 Der Blick auf die Mitarbeiter*innen der Pflegedienste

Mit Blick auf die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste kommen in den Interviews mit den Leitungspersonen sowohl Aspekte der Einsatzbereitschaft, der Einsatzfähigkeit wie auch der individuellen Vorbereitung auf einen mehrtägigen, großflächigen Stromausfall zur Sprache. Dabei wird zunächst grundsätzlich die Personalsituation in den ambulanten Diensten angesprochen. Während die einen diesbezüglich in ihren Diensten keine Probleme sehen und über eine ausreichende Zahl an Mitarbeiter*innen verfügen, klagen andere aufgrund des Fachkräftemangels über eine schon grundsätzlich angespannte Situation, die im Fall von Krisen und Katastrophen leicht zum ernstzunehmenden Problem werden könnte.

Hinsichtlich der Bereitschaft der Mitarbeiter*innen, auch in einer krisenhaften Ausnahme-situation zum Dienst zu erscheinen und an der Weiterversorgung der Pflegebedürftigen mitzuwirken, werden unterschiedliche Positionen vertreten. In einem Interview wird aufgrund gut eingespielter Teamstrukturen und eines ausgeprägten Pflichtbewusstseins der Mitarbeiter*innen auch einem Störfall mit Zuversicht begegnet. Die Mitarbeiter*innen würden sich auch pri-

vat gut verstehen und jederzeit gegenseitig einspringen. Quasi als Beleg dafür wird eine Anekdote berichtet, wonach eine Mitarbeiterin in einem Schneewinter in den 1970er Jahre mehrere Kilometer zu Fuß zurückgelegt habe, um eine häusliche Versorgung sicherzustellen. Dieses außerordentliche Engagement sei auch bei anderen Krisen und Katastrophen zu erwarten – so wird von Seiten der entsprechenden Leitungsperson angenommen. In anderen Interviews wird die Situation skeptischer gesehen und bezweifelt, dass Mitarbeiter*innen in einer solchen Situation problemlos zur Verfügung stehen würden. Die einen kämen womöglich nicht aus ihrem Frei in den Dienst, die anderen nicht auf die Idee, bei einem Ausfall der Telekommunikation unaufgefordert den ambulanten Pflegedienst aufzusuchen. Als ein kritischer Faktor wird in dem Zusammenhang auch die soziale Situation der Mitarbeiter*innen angesprochen. Viele von ihnen hätten familiäre Verpflichtungen und könnten bei einem Stromausfall ihre Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen nicht ohne weiteres sich selbst überlassen:

„Aber seien wir mal ehrlich, am Ende ist es immer so, erstmal muss meine Familie sichergestellt sein. Also erstmal muss ich gucken, dass es meinen Lieben gut geht und so weiter. Und wenn das sichergestellt ist, dann kann ich mich auch um andere kümmern.“ (Int. Y27)

Von Seiten der hier zitierten Leitungsperson wird dann auch eingeräumt, dass die Sorge um die eigene Familie womöglich höhere Priorität hat als die häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter*innen ist also keineswegs voraussetzungslos, weshalb die Leitungspersonen im Krisenfall unterschiedliche Überlegungen anstellen müssten. Einerseits wäre zu fragen, wer unter den Mitarbeiter*innen womöglich vorrangig angefragt werden könnte und wer eher außen vorgelassen werden müsse (z. B. Alleinerziehende). Zudem müsste über flankierende Maßnahmen nachgedacht werden, um die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter*innen in einem Krisen- oder Katastrophenfall zu fördern:

„Beispielsweise auch, dass man sagt, die Kinder, [...], werden dann auch hier mit betreut im Pflegedienst beispielsweise für zwei, drei Stunden, dass eben die Muttis dann zwei, drei Stunden arbeiten können beispielsweise.“ (Int. L14)

Eine solche Kindernotbetreuung im Büro des ambulanten Pflegedienstes könnte dann dazu beitragen, dass die Mitarbeiter*innen den „Kopf frei“ bekommen und – zumindest stundenweise – arbeitsfähig wären. Wie diese Notbetreuung dann angesichts der im Problemszenario festgehaltenen Bedingungen realisiert werden kann, wird in den Interviews nicht spezifiziert.

Allerdings ginge es – so wird dann weiterhin thematisiert – nicht allein um die Einsatzbereitschaft, sondern auch um die Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter*innen. So seien die bei einem Stromausfall zu erwartenden Verkehrsbehinderungen zu berücksichtigen. Dadurch könnte es den Mitarbeiter*innen unmöglich sein, entweder mit dem eigenen Fahrzeug oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Dienst zu erscheinen oder die Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit aufzusuchen. Auch der nach und nach ausgehende Treibstoff wäre sicher problematisch, besonders in ländlichen Regionen oder für jene Mitarbeiter*innen, die aus weiter entfernten Ortschaften zur Arbeit pendeln.

In einigen Interviews werden Möglichkeiten angesprochen, wie die Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter*innen auch bei unvorhergesehenen Ereignissen unterstützt werden kann. So wird in einigen Interviews berichtet, dass die Mitarbeiter*innen mit Stirnlampen und/oder Handtaschenlampen ausgestattet seien. Diese würden im Winter und im Dunkeln gute Dienste leisten und seien grundsätzlich auch bei einem Stromausfall nützlich. Doch nicht überall werden solche einfachen Hilfsmittel auch vom Pflegedienst bereitgestellt:

„Also Taschenlampen haben auch einige Mitarbeiter tatsächlich mit dabei. Aber das ist dann im Moment, ja, vom Mitarbeiter abhängig, ja. Also ich habe auch immer eine Taschenlampe in meinem Auto und ich weiß, einige andere auch. Aber das haben wir jetzt hier nicht so als Pflegedienst angeschafft. Ja, das ist dann so eine private Sache.“ (Int. L14)

In dem Interviewauszug wird allerdings auch deutlich, dass einige Leitungspersonen Vorkehrungsmaßnahmen z. T. der Selbstverantwortung der Mitarbeiter*innen überlassen, was dann zu einer gewissen Uneinheitlichkeit im Vorgehen beiträgt – je nach Problembewusstsein des oder derjenigen. Ähnlich verhält es sich mit Notfallsets, in denen dann v. a. Utensilien für medizinische Notfälle enthalten sind. In einem Interview wird erwähnt, dass die Dienstfahrzeuge mit solchen Sets ausgestattet werden. Aber auch in diesem Interview wird resümiert:

„Das macht nicht jeder Pflegedienst so, glaube ich“ (Int. C89).

Um die Mitarbeiter*innen im Ereignisfall von nicht notwendigen Arbeiten zu entlasten – so wird überlegt – könnten auch die zuvor angesprochenen Priorisierungen greifen. Die knappen Ressourcen, etwa an Treibstoff, könnten so gezielt für die Weiterversorgung von besonders bedürftigen Patient*innen genutzt werden. In der Häuslichkeit müsste man dann allerdings kreativ werden. So würde z. B. das mit der Zeit fehlende warme Wasser und später der Mangel an Wasser überhaupt die Körperpflege beeinträchtigen, doch wird diese Sorge letztlich als nachrangig eingeordnet, schließlich würde dadurch niemand ernsthaft Schaden nehmen und zur Not würden eben auch Erfrischungstücher reichen. Weiter wird überlegt, dass die Essensversorgung durch die Mitarbeiter*innen gewährleistet werden könnte. Dies würde auch so hin und wieder vorkommen, wenn etwa Angehörige nicht zum Einkaufen gekommen wären oder das Geld mal wieder nicht gereicht habe. Im Winter könnten vorhandene verderbliche Lebensmittel gut draußen gelagert werden; den Kühlschrank bräuchte es dann nicht. Und wenn es kalt wird, stünden in vielen Haushalten noch Öfen oder Kamine zur Verfügung und im Notfall gäbe es auch reichlich dicke Decken. Hier werden also vorrangig pragmatische Überlegungen angestellt, deren Umsetzung im Ereignisfall dann aber mehr oder weniger hilfreich wären. Dies zeigt sich dann auch an der spontan in einem Interview geäußerten Idee, ggf. im nächsten Baumarkt ein Notstromaggregat zu besorgen. Nach einigem Nachdenken und angesichts der großflächigen Ausdehnung und der Dauer des Stromausfalls wird diese Überlegung dann aber rasch wieder aufgegeben.

Thematisiert wurde auch das Medikamentenmanagement. Für viele Pflegebedürftige würden ohnehin immer vorausschauend Folgerezepte in den zuständigen Arztpraxen beschafft und in den Apotheken eingelöst werden. Auch das könnte dazu beitragen, kurzfristige Alltagsstörungen zu überbrücken. Im Falle eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls könnten einzelne Medikamente aber dennoch ausgehen und durch die ebenfalls erwartete eingeschränkte Funktionsfähigkeit der Apotheken nicht unmittelbar nachbeschafft werden. Daraus würden sich dann rasch ernsthafte Probleme vor Ort ergeben, mit denen für die Mitarbeiter*innen und letztlich die Pflegebedürftigen irgendwie zurechtkommen müssten. In dem Zusammenhang wird u. a. hinterfragt, ob alle Mitarbeiter*innen befähigt sind, selbstständig angemessene und vorausschauende Entscheidungen in neuen, unvorhersehbaren und tendenziell unüberschaubaren Situationen zu treffen – etwas, das im Ernstfall notwendig sei. Damit sind zugleich die Kompetenzen der Mitarbeiter*innen und deren Fortbildungsbedarf mit Blick auf Ausnahmesituationen angesprochen.

In einem Interview wurde in diesem Kontext der enge rechtlich definierte Aufgaben- und Verantwortungsrahmen von Pflegefachpersonen als ein Hindernis thematisiert – auch und gerade bei einer solchen Alltagsstörung wie einem andauernden und großflächigen Stromausfall. Früher, insbesondere in der ehemaligen DDR, hätten die „*Gemeindeschwestern*“ mehr Freiheiten gehabt, eigenständig entscheiden dürfen oder „*auch mal eine Spritze setzen, ohne gleich den Arzt anrufen zu müssen*“ (Int. J73). Eben das sei heute kaum möglich. Stets müsse in den Arztpraxen nachgefragt werden und eben dies sei in einer Krisensituation schwierig bis unmöglich. In einem anderen Interviewauszug wird zu diesem Thema ausgeführt:

„Wenn das Leben in Gefahr ist, wenn es wirklich eine Notsituation ist, würden wir natürlich handeln. Würden wir, das weiß ich. Wie die rechtliche Lage dann im Nachhinein ist, ich kann es nicht sagen. Aber wir würden natürlich erst einmal versuchen Leben zu retten und nicht erst zu sagen: Ja, jetzt laufen wir hier erst einmal quer durch Magdeburg und fragen mal, ob wir es überhaupt dürfen. Wir würden natürlich erst mal handeln, das macht ja jeder, [...], wir würden handeln, definitiv.“ (Int. J73)

Kommt es tatsächlich zu einer Notlage – so die hier vertretene Position – hätte die Rettung der Patient*innen in jedem Fall Vorrang. Erst danach würden ggf. Überlegungen zur rechtlichen Situation und den jeweiligen Befugnissen folgen. Auch aufgrund der Arztferne und der schwierigen Erreichbarkeit bei Alltagsstörungen wird die Auffassung vertreten, dass Pflegefachpersonen in solchen Fällen und bei entsprechender Qualifikation auch Maßnahmen ergreifen dürfen sollten, die ihnen ansonsten im Alltag verwehrt sind. Ob diese Position der hier zitierten Leitungsperson von allen Mitarbeiter*innen geteilt wird und inwieweit sie ihre Kompetenzen in einem konkreten Ereignisfall ausdehnen würden, bleibt in diesem wie auch in anderen Interviews offen.

Gefragt wurden die Leitungspersonen auch danach, welche Vorbereitung auf Krisen und Katastrophen sie für ihre Mitarbeiter*innen für sinnvoll erachten würden und wie diese aussehen sollten. Auch hierzu findet sich in den Interviews ein eher heterogenes Meinungsbild. Dabei begrüßen alle Fortbildungen oder Schulungsmaterialien, wie sie u. a. im Rahmen des AUIK-Gesamtprojektes entwickelt werden sollen, und erachten sie für sinnvoll. Deren Nutzung wird dann aber an Voraussetzungen bzw. Bedingungen geknüpft. Hierbei geht es weniger um inhaltliche als vielmehr um formale und organisatorische Dimensionen eines solchen Angebots. Angesprochen wird dabei u. a. die Frage, ob solche Maßnahmen freiwillig oder im Rahmen der Pflichtweiterbildung verbindlich besucht und entsprechend auch gegenüber Aufsichtsbehörden (z. B. MDK) angeführt werden können. Zum Hintergrund wird hier erläutert, dass alle Mitarbeiter*innen innerhalb von drei Kalenderjahren 30 Fortbildungspunkte zu erbringen hätten; darunter einige für Pflichtfortbildungen, etwa zur Ersten Hilfe. Die Teilnahme an diesen Fortbildungen sei in der Regel als Arbeitszeit zu werten und auch die Kosten für die Fortbildungen selbst müssten von den Arbeitgeber*innen getragen werden. Damit ergibt sich hier ein relevanter Kostenfaktor. Entsprechend sorgsam sei zwischen den notwendigen Qualifizierungsbedarfen und den individuellen Qualifizierungsbedürfnissen zu unterscheiden – das Angebot sei schließlich ohnedies schon sehr reichhaltig. Konkret gewünscht wurde von Seiten der Leitungspersonen überwiegend ein Bildungsangebot zu akzeptablen Kosten mit einer offiziellen Ausweisung von Fortbildungspunkten und einem Zertifikat zur Vorlage bei der MDK-Qualitätsprüfung. Daneben könne es aber auch freiwillige Angebote geben.

Der Umfang solcher auf das Thema Katastrophenvorsorge ausgerichteten Bildungsangebote für die Mitarbeiter*innen sollte aus Sicht der Leitungspersonen grundsätzlich überschaubar sein, wobei auch hier die Meinungen auseinandergehen. Einige halten Ganztagesveranstaltungen für denkbar. Diese sollten einen Umfang von sechs bis acht Stunden haben, um dem Thema gerecht werden zu können. Dabei bestehen auch recht klare Vorstellungen zu den Inhalten:

„Ja, was müsste es beinhalten? Ansprechpartner im direkten Notfall, zentral, das muss es sein. Dann nochmal, wo genau befinden sich die Sammelpunkte, wer kann unterstützen, an wen kann ich mich wenden, wenn ich mit meinen Leuten an die Kapazitätsgrenzen stoße. [...] Ja. Wo bekomme ich Wasserreserven her? Sind Supermärkte so aufgestellt, dass sie sagen, so wir geben jetzt ab, wir müssen jetzt abgeben? Notfallaggregate, wo bekomme ich die her. Dann im Notfall, wenn ich nicht mehr direkt zum Katastrophenschutz laufen kann. Sowas in der Art. [...] Also, so auf Dinge hinweisen, wo es geht zu unterstützen und zu gucken und Essen warm machen vielleicht ja, [...].“ (Int. J73)

Vorwiegend wird in solchen Bildungsangeboten also eine Informationsvermittlung erwartet. Zudem scheint ein Überblick zu den verschiedenen Akteur*innen und ihren Aufgaben, diesem

Interviewauszug folgend, relevant zu sein. Wichtig scheint ferner, dass diese Informationsübermittlung möglichst konkret und pragmatisch ausgerichtet ist. Unklar bleibt in dem Auszug allerdings, ob hier die einzelnen Mitarbeiter*innen oder doch eher die Leitungspersonen selbst als Adressat*innen eines solchen Bildungsangebots im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Denn tatsächlich werden in der im Interviewauszug enthaltenen Themensammlung, abgesehen von der Essenszubereitung, eher organisatorische und koordinierende Aufgaben angesprochen, die üblicherweise von den Pflegedienstleiter*innen oder Geschäftsführer*innen wahrzunehmen wären.

In anderen Interviews werden selbst eintägige Veranstaltungen als zu aufwändig betrachtet. Bevorzugt werden hier kürzere und gut in den Versorgungsalltag zu integrierende Bildungsangebote, insbesondere in digitaler Form. Diese Angebote könnten dann von den Mitarbeiter*innen neben den Alltagsverpflichtungen genutzt werden. In einem Interview wird davon berichtet, dass im Pandemie-Jahr 2020 verstärkt auf derartige Online-Angebote zurückgegriffen wurde – sowohl von externen Bildungsanbietern wie auch als interne Fortbildung konzipiert. Diese Angebote seien von den Mitarbeiter*innen gut angenommen worden, auch weil damit gerade in ländlichen Regionen lange Anreisewege vermieden werden konnten.

„Vom Prinzip her ist das eine praktische Geschichte, da zu sagen, Mensch, wir machen es online. Inwiefern das natürlich entsprechend diszipliniert durchgeführt wird, muss man schauen. [...] Wir haben ja überall Tablets, Laptops vor Ort, weil wir digital arbeiten, so dass man da entsprechend auch da die Präsentation sich online anschauen könnte. Ist alles möglich. Ja.“ (Int. P36)

Betont werden auch in diesem Interviewauszug die praktischen Vorteile eines digitalen Qualifizierungsangebots, zumal die dafür erforderliche technische Ausstattung durchaus vorhanden sei und genutzt werden könnte. Zweifel bestehen allerdings noch hinsichtlich der Eigenverantwortung bei dieser Form des Lernens. Um Lernfortschritte und Lernerfolge zu überprüfen, könnten aber womöglich kleine Tests integriert werden. Diese positive Grundhaltung gegenüber dem Online-Selbststudium wird aber nicht von allen geteilt. Es gibt auch Pflegedienste, die noch kaum Erfahrungen mit dieser Form der Weiterbildung gesammelt haben, nicht über die technische Ausstattung verfügen, sich nicht vorstellen können, wie das Online-Lernen in die Arbeitszeit integriert werden kann und ob die Mitarbeiter*innen dies akzeptieren würden: *„Der eine oder andere bestimmt, aber der Großteil – denke ich mal – wieder nicht.“ (Int. X32).*

Die Durchführung von Katastrophenschutz- oder Evakuierungsübungen, ggf. sogar unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, wurde von einigen Leitungspersonen für sinnvoll erachtet. Was aber die Umsetzbarkeit betrifft, herrschte unter ihnen größere Skepsis vor als mit Blick auf die Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter*innen. So wurde auf den enormen Aufwand hingewiesen und darauf, bei laufendem Betrieb nicht genügend Personal freustellen zu können, *„um sowas üben zu können. Nee, nee, nee, das geht nicht.“ (Int. X32).* Zudem wurde auch die Einbindung der Pflegebedürftigen als schwierig erachtet:

„Dann sind die Angehörigen ja auch da und das wollen die auch nicht gerne, dass man mit den Patienten übt, so. Im Notfall dann sicherlich ja. Weiß ich nicht. Aber im Vorfeld jetzt so Kurse und üben, nein.“ (Int. J73)

Die Angehörigen würden es ungern sehen, wenn die Pflegebedürftigen in Vorsorgemaßnahmen eingebunden werden – so die hier von der Leitungsperson vertretene Auffassung. Wie der Hinweis auf die größere Akzeptanz im Notfall zu verstehen ist, bleibt unverständlich, schließlich würde die Übung gerade dazu dienen, das gemeinsame Handeln in einem solchen Notfall unter möglichst realen Bedingungen zu erproben. Größer angelegte praktische Weiterbildungs- und Erprobungsmaßnahmen scheinen damit aus Sicht der Leitungspersonen in der ambulanten Pflege kaum umsetzbar. Lediglich in einem Fall wird davon berichtet, dass trotz Corona-Bedingungen eine alle zwei Jahre für alle Mitarbeiter*innen verpflichtende Erste-Hilfe-Fortbildung organisiert wurde. Hierfür sei dann ein externer Fortbildungsanbieter hinzugezogen worden,

der unter Wahrung der Abstandsregeln alle Mitarbeiter*innen mit Dummies geschult habe. Das bedeutete aber einen großen logistischen und finanziellen Aufwand für den Dienst, auch weil eigens dafür eine große Räumlichkeit an einem zentralen Ort angemietet werden musste.

3.4 Der Blick auf die Pflegebedürftigen und ihr soziales Umfeld

In den Interviews ging es auch darum, aus Sicht der Leitungspersonen in Erfahrung zu bringen, welche besonderen Herausforderungen bei dem hier angesprochenen Katastrophenszenario auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihres sozialen Umfeldes zu beachten sind. Angesprochen werden in dem Zusammenhang unterschiedliche Personengruppen mit jeweils spezifischen Problemlagen, die bei einem langdauernden, großflächigen Stromausfall jede auf ihre eigene Weise gefährdet wäre.

Angesprochen werden einerseits Personen mit demenziellen Erkrankungen oder anderen kognitiven Einschränkungen, *„da wird es schwierig sein, auch wegen den Orientierungsmöglichkeiten, wenn wirklich die Wohnung dunkel ist“* (Int. C89). Zu bedenken sei, dass für diese Pflegebedürftigen Alltagsroutinen eine zentrale Bedeutung haben und sie oftmals schon von kleinen Veränderungen *„aus der Bahn geworfen werden“* (Int. Y27); umso mehr würde das für eine unübersichtliche und einschneidende Alltagsstörung gelten. Wie diese Pflegebedürftigen auf einen plötzlichen Stromausfall reagieren würden, sei schwer kalkulierbar. Dabei sei dann auch mit schwer steuerbaren Reaktionen zu rechnen (z. B. Schreien, Verängstigung, Aggression). Verstärkt würden die Probleme noch in den Fällen, in denen diese Personen allein leben würden:

„Also für uns als Pflegedienst müssten wir immer sicher im Hinterkopf haben, die Liste mit den Patienten, die allein sind, vielleicht wirklich dement und allein. Das wäre der schlimmste Fall, oder die hilflos sind irgendwo. Und die müssten wir in den Blickpunkt nehmen bei solchen Krisen.“ (Int. C89)

Wie in dem Interviewauszug angesprochen wird, kann es auf Seiten der Pflegebedürftigen zu schwierigen Problembildern kommen, die dann vom Pflegedienst bei einer Krise, einem Notfall oder einer Katastrophe sorgfältig zu berücksichtigen wären. Wiederholt angesprochen werden alleinlebende, in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit erheblich eingeschränkte, womöglich demenziell erkrankte Personen, die sich nicht selbst mit Nahrung versorgen oder nicht selbst den Toilettengang umsetzen könnten. In einem Atemzug damit werden dann auch Personen genannt, die erheblich in ihrer Mobilität eingeschränkt oder gar dauerhaft bettlägerig sind. Neben einer durch den Stromausfall verursachten Orientierungslosigkeit und Verunsicherung müssten in diesen Fällen ggf. auch noch andere Risikofaktoren berücksichtigt werden. Beispielsweise würden elektrisch betriebene Wechseldruckmatratzen ausfallen, die der Druckentlastung und damit der Dekubitusprophylaxe und -therapie bei bettlägerigen Patient*innen dienen. In dem Fall müsste dann mindestens alle zwei Stunden ein Positionswechsel durchgeführt werden, um Haut- und weitere Gewebeschäden zu vermeiden. Sind keine Angehörigen oder andere Helfer*innen vor Ort, könnte dies schwierig werden.

In anderen Fällen könnte bei einem solchen Krisenszenario die Aufrechterhaltung der Medikamentenversorgung schwierig werden, etwa bei Menschen mit Diabetes mellitus, die auf regelmäßige Insulingaben angewiesen sind oder bei solchen, die Morphingaben bei Schmerzzuständen und eine palliative Versorgung benötigen. Zum Teil kommen hierbei elektronische Infusionspumpen zum Einsatz – für Medikamentengaben oder für eine parenterale Ernährung. Überhaupt seien schwerkranke Personen mit therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf bei einem großflächigen und andauernden Stromausfall schnell in einer prekären Situation. Angesprochen werden beispielsweise Patient*innen mit Sauerstoff-Kompressoren oder atemunterstützenden Geräte zur Schlafapnoe-Therapie. Zwar würden die Geräte heute standardmäßig über leistungsfähige Akkus verfügen, sofern sie unmittelbar lebenserhaltende Funktionen

übernehmen. Eine lebensbedrohliche Situation müsste demnach nicht unbedingt eintreten, gleichwohl aber für die Patient*innen mehr oder weniger belastende Zustände. Eine sonst mit einem elektronischen Gerät umgesetzte Absaugung bei Beatmungspatient*innen könnte bis zu einem gewissen Grad auch mit Spritzen bewerkstelligt werden, das – so wird von einer Pflegedienstleitung hervorgehoben – habe man gelernt. In ähnlicher Weise könne man sich auch in anderen Fällen eine Zeit lang behelfen, etwa bei einer üblicherweise mit elektronischen Nahrungspumpen durchgeführten PEG-Versorgung. Hinsichtlich weiterer medizinisch-pflegerischer Maßnahmen tauchen in den Interviews dann aber unterschiedliche Einschätzungen dazu auf, welche mit alternativen Verfahren umgesetzt werden können und welche unter gewissen Umständen auch für längere Zeit ausgesetzt werden könnten.

Wie hoch der Anteil derjenigen ist, die in einem Krisen- oder Katastrophenfall unbedingt Unterstützung durch den Pflegedienst benötigen, wird in den Interviews unterschiedlich angegeben. So werden Einschätzungen geäußert von „so knapp unter zehn Prozent“ (Int. L14) über „vielleicht [...] 15 Prozent“ (Int. C89) bis hin zu „überschlagen, 30 bis 35 Prozent“ (Int. Y27). Ausschlaggebend seien immer die konkreten Umstände der Patient*innen, was eine pauschale Aussage erschwert. Grundsätzlich aber gehen die befragten Leitungspersonen davon aus, dass es nicht möglich ist, alle Pflegebedürftigen im Fall einer Krise oder Katastrophe gleichermaßen weiter zu versorgen. Erforderlich sei daher ggf. eine Priorisierung nach medizinischen und sozialen Kriterien. Diese müsse mit großer Sorgfalt und mit Blick auf jeden einzelnen Fall erfolgen: „Also es wäre ja fatal, einen Patienten zu vergessen“ (Int. Y27). Wie diese Priorisierung im konkreten Ereignisfall vorstattgehen soll, bleibt in den Interviews aber eher offen. In einigen Fällen wird auf Vorüberlegungen verwiesen, etwa eine Unterteilung der Pflegebedürftigen in drei Gruppen (A, B, C), wobei diese noch weiter konkretisiert werden müsste, wofür bislang aber die Zeit gefehlt habe.

Eine weitere Möglichkeit zum Umgang mit der Krisensituation sei das Kontaktieren und Einbinden von Angehörigen. Solange es technisch noch möglich sei, würde man versuchen, diese Ressource zu mobilisieren, um die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen: „Und da müssen halt auch die Angehörigen mit ins Boot“ (Int. Y27). In anderen Interviews wird sogar von einer Pflicht der Angehörigen zur Hilfeleistung gesprochen. Darüber, in welchem Umfang die Angehörigen dann im konkreten Ereignisfall tatsächlich zur Verfügung stehen und eingesetzt werden können, gehen die Sichtweisen auseinander:

„Also wo wir wissen, jemand wohnt in einem Haus mit seiner Tochter, da können die Angehörigen auch wirklich, gehe ich jetzt mal felsenfest davon aus, in solchen Krisen wirklich etwas leisten, ja, zusätzlich, weil, man ist in einem Haushalt. Oder Ehepartner, die es gibt.“ (Int. C89)

In einigen Fällen ist bekannt, dass familiäre Hilfe unmittelbar verfügbar ist und in einem Krisenfall auch zuverlässig aktiviert werden kann. Vielfach handelt es sich dabei, wie in diesem Interviewauszug angesprochen wird, um Ehe- oder Lebenspartner*innen sowie nahe Verwandte. Allerdings wird auch von Fällen berichtet, in denen die Angehörigen weit entfernt leben oder weitere Unterstützungsverpflichtungen hätten. Inwieweit ersatzweise in diesen Fällen Nachbar*innen nach den Patient*innen schauen oder auch Versorgungsaufgaben übernehmen könnten, wird unterschiedlich gesehen. Die einen denken, dass im Notfall in vielen Fällen Nachbar*innen von sich aus unterstützen würden oder auf Nachfrage dazu bereit wären. Die anderen vermissen bei einer ganzen Reihe von Patient*innen ein nachbarschaftliches Unterstützungsnetzwerk. Als ein wesentlicher Faktor wird hier das jeweilige soziale Umfeld sowie der sozioökonomische Status der Pflegebedürftigen angeführt. Nachbarschaftliche Unterstützung sei in Gegenden mit fehlender sozialer Integration oder ökonomischen Problemen oft nur schwer zu realisieren. Auch bei der Versorgung von intensivpflegerisch betreuten Patient*in-

nen sind die Befragten eher skeptisch, was die Einbindung von Angehörigen oder anderer informeller Helfer*innen betrifft. Das sei zwar teilweise möglich, wird in einem Interview eingeräumt:

„Allerdings wollen wir das nicht unbedingt anstreben, weil uns wichtig ist, dass die Klienten adäquat versorgt werden, ja. [...] Ein Angehöriger ist zwar ein Angehöriger, toll, aber Fachkraft ist Fachkraft. Pflegefachkräfte mit einer zusätzlichen Ausbildung, Pflegefachkraft für außerklinische Intensivpflege, Beatmung, die wir bei uns beschäftigen. Und das ist schon wichtig, dass da das Fachpersonal mit vor Ort ist.“ (Int. P36)

Als Grund für die Skepsis wird in dem Auszug auf die besondere Qualifikation und Expertise der in solchen Fällen eingesetzten Mitarbeiter*innen hingewiesen und auch darauf, dass diese für die Versorgung der Patient*innen als wichtig erachtet werden. Angehörige – so die hier vertretene Position – könnten zwar z. T. Aufgaben übernehmen. Diese Übernahme wäre aber nicht vergleichbar mit einer fachpflegerischen Ausführung der Aufgaben, womöglich riskant und wird daher auch nicht angestrebt. Als problematisch erweist sich aber, dass Patient*innen mit einem solchen speziellen Pflege- und Versorgungsbedarf oftmals über eine größere Fläche verstreut leben. Denkbar – so wird mit Blick auf die besonderen Bedingungen in ländlichen Regionen gemutmaßt – sei es im Krisenfall unter Umständen möglich, die örtlichen Feuerwehren einzuschalten. Von diesen wird dann erwartet, dass sie für jeden Patienten/jede Patientin ein Notstromaggregat bereitstellen könnten. Inwiefern diese Erwartungshaltung tragfähig ist oder ob sie mit den entsprechenden Stellen schon einmal vorbesprochen wurde, ist dem Interview nicht zu entnehmen.

Angesprochen wird in den Interviews aber, welche Voraussetzungen ggf. geschaffen werden müssten, damit Angehörige oder Nachbar*innen für die Aufrechterhaltung einer häuslichen Weiterversorgung bei einem mehrtägigen, großflächigen Stromausfallereignis tätig werden können. In dem Zusammenhang wird neben einigen praktischen Vorkehrungen auch die Bedeutung von Informationen hervorgehoben – so etwa in dem folgenden Interviewauszug:

„Wenn wir davon ausgehen würden, dass jeder Patient Kerzen hätte, oder ein Kofferradio mit Batteriebetrieb, auch weil es um Nachrichten geht. Die Leute wollen wissen, was passiert jetzt in den nächsten Stunden, dann sind wir in der stationären Einrichtung vielleicht teilweise besser aufgestellt, weil, das könnte man [dort] haben. Aber wir im ambulanten Pflegedienst, gehen ja in die Wohnung eines pflegebedürftigen Kunden, ja. Da würden jetzt die Angehörigen natürlich noch eine große Rolle spielen, dass man mit denen telefoniert, ob die vielleicht auch unterstützend in der Wohnung helfen können, also kommen können, auch beruhigen können oder so.“ (Int. C89)

In diesem Auszug wird auf Unterschiede zwischen der stationären und der ambulanten Langzeitversorgung hingewiesen. Während im stationären Sektor Notfallutensilien für einen Stromausfall und auch Informationsmöglichkeiten zentral vorgehalten werden könnten, sei das in der häuslichen Versorgung anders. Hier tragen die Angehörigen größere Verantwortung. Sie müssten von Seiten des Pflegedienstes entsprechend unterstützt werden. Umso erstaunlicher ist, dass – von Ausnahmen abgesehen – solche vorbereitenden Gespräche für den Krisen- oder Katastrophenfall – weder mit Angehörigen noch mit Pflegebedürftigen geführt werden. Einzelne Leitungspersonen führen an, dass dafür in einem ohnehin schon zweistündigen Erst- und Aufnahmegespräch schlicht keine Zeit sei. Aber auch zu späteren Zeitpunkten in der Betreuung wird das Gespräch über dieses Thema mit den Pflegebedürftigen oder Angehörigen anscheinend selten gesucht.

In einem Interview wird der Wunsch nach der Bereitstellung eines Informationsblattes für Pflegedienste geäußert. Dieses Blatt könnte dann von den Mitarbeiter*innen an die Pflegebedürftigen und Angehörige weitergegeben werden:

„Das wäre sicherlich gut für Pflegedienste, dass man irgendwie so ein [Infoblatt hat], dass man auch die Patienten, die man versorgt, beraten kann, die Angehörigen beraten kann. Dass man da ein bisschen einen Fokus drauflegen kann, was vielleicht hilfreich wäre, in einem Haushalt vorzuhalten.“ (Int. M61)

Dieses Hilfsmittel soll dazu dienen, das Gespräch mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen zu suchen und ihnen Hinweise dazu zu geben, wie sie sich selbst schützen und für Katastrophen vorsorgen können. Das Informationsblatt wird in dem Zusammenhang auch deshalb bevorzugt, weil die meist älteren Pflegebedürftigen sich mit digitalen Medien und Informationen aus dem Internet schwer tun würden. Ein Informationsblatt für Angehörige und Patient*innen sei womöglich noch wichtiger, als die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes für dieses Thema zu qualifizieren. Nicht bedacht wird bei dem allerdings, dass es womöglich nicht ausreichen könnte, den Pflegebedürftigen und Angehörigen lediglich ein Informationsblatt zu überreichen. Vielmehr wird eine Einordnung und gegenstandssensible und problemorientierte Beratung zu diesem heiklen Thema erforderlich sein. Dabei bleibt im Unklaren, ob alle direkt bei den Pflegebedürftigen eingesetzten Pflegedienstmitarbeiter*innen dieser anspruchsvollen Aufgabe ohne eine entsprechende Weiterbildung tatsächlich gewachsen wären. Womöglich würde die Information, Beratung und Anleitung mit einem entsprechenden Hilfsmittel dann aber auch von Seiten der Leitungspersonen selbst durchgeführt werden.

4. Kooperationen und Unterstützungserwartungen

In einem weiteren Fragenkomplex ging es darum, aus Sicht der Leitungspersonen Vernetzungsoptionen und Unterstützungserwartungen zu eruieren. Diese sollten möglichst so ausgerichtet sein, dass angesichts des geschilderten Stromausfallszenarios in den jeweiligen Orten oder Regionen die Einsatzbereitschaft gewährleistet und eine möglichst lange Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung realisiert werden kann. Dabei richtet sich der Blick auf unterschiedliche Einrichtungen und Organisationen im Umfeld der ambulanten Pflegedienste, insbesondere andere Pflegeanbieter*innen und Leistungserbringern im Gesundheitssystem, aber auch Rettungsdienste sowie Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben.

4.1 Der Blick auf andere Pflegeeinrichtungen

Zunächst wurde in den Interviews die Zusammenarbeit mit anderen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Fragen der Vorsorge, des Managements und der Bewältigung von Krisen und Katastrophen thematisiert. Diesbezüglich sind die Ergebnisse ernüchternd. Denn wiederholt wird von Seiten der Leitungspersonen eher von Konkurrenz oder gar Feindseligkeit der Anbieter*innen untereinander berichtet. Im hart umkämpften „Pflegemarkt“ sei eine Zusammenarbeit zum gegenseitigen Nutzen selten zu finden. Auch mögliche Gründe dafür werden konkret angesprochen:

„Nein, um Gottes Willen, viele sind sich spinnefeind. Das sehen wir selber, das kriegen wir mit. [...] Das finde ich eigentlich traurig, weil gerade solche Probleme, wie wir heute besprochen haben ja, da kann man dann halt wirklich sagen: Mensch was machst Du, was macht ihr? [...] Und wie gesagt, das ist erst einmal Punkt eins, mit dem Fachkräftemangel und jetzt kommt das Problem, [...] wenn die zusammenarbeiten ja, und da rennt einer von dem zum anderen dahin, ich weiß nicht, ob das jetzt/ ich denke, das wird noch schlimmer werden durch den Fachkräftemangel [...].“ (Int. B45)

Eine wirksame Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten wird – dieser Sichtweise zufolge – besonders durch den vorherrschenden Mangel an Fachkräften in der Pflege behindert. Anscheinend besteht auf Seiten der Leitungspersonen die Befürchtung, dass Mitarbeiter*innen durch das gemeinsame Arbeiten und Netzwerken abgeworben oder zu Überlegungen für einen Arbeitgeberwechsel angeregt werden könnten. Schon jetzt würden sich die Dienste aus diesem

Grund tendenziell feindlich und ablehnend gegenüberstehen und – so die hier geäußerte Befürchtung – könnte sich diese angespannte Situation in Zukunft aufgrund der zunehmenden Personalengpässe in der ambulanten Pflege weiter verschärfen.

Grundsätzlich wird von Seiten der Befragten aber eine stärkere Kooperation befürwortet, auch um etwaigen Alltagsstörungen gegenüber besser gewappnet zu sein. Allerdings werden die meisten Aussagen der Befragten hierzu im Konjunktiv formuliert, so auch die folgende:

„Man müsste sich mehr vernetzen. Das wäre sicherlich auch so für den Katastrophenschutz und für so Notfallsituationen eine gute Voraussetzung – eine einfachere als so, wie es jetzt ist.“ (Int. M61)

In diesem Interviewauszug sind zwei Aspekte relevant: Zum einen wird die Vernetzung als eine Chance erkannt, um als ambulanter Pflegedienst besser auf Krisen und Katastrophen vorbereitet zu sein. Zum anderen wird die aktuelle, durch Konkurrenz statt durch Kooperation geprägte Situation in diesem Feld von den Befragten als beschwerlich erlebt.

Wenn es Kontakte zu anderen ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen gibt, dann sind dieser eher zufallsabhängig und punktuell. Dies würde beispielsweise in Richtung überregionaler Arbeitgeber- und Trägerverbände gelten, denen die Dienste angehören. Von diesen Verbänden würden zwar Informationen übermittelt, aber eine strukturell abgesicherte Kooperation – oder wie in einem Interview formuliert wird *„[...] so wörtlich, so Netzwerken, ist das eher nicht“ (Int. J73)* – findet nicht statt. Aber auch im lokalen und regionalen Kontext scheint sich die Situation nicht wesentlich anders darzustellen. Es wird jedoch eingeräumt, dass gelegentlich in begrenztem Umfang anderen Pflegediensten geholfen oder umgedreht von ihnen Unterstützung erfahren wird. Man tauscht Informationen aus, beratschlagt zu verschiedenen Themen in losen Kontakten oder vermittelt sich gegenseitig Patient*innen, wenn die eigenen Ressourcen erschöpft sind. Vielfach ist diese Form der Zusammenarbeit aber aufgrund persönlicher Kontakte zustande gekommen – etwa aufgrund von gemeinsamen Aus- und Weiterbildungserfahrungen der jeweiligen Leitungspersonen. Einige dieser Kontakte bestehen seit Jahren. Auch von Intensivpflegediensten wird diese Form der situativen und persönlichen Unterstützung erfahren – zuletzt im Rahmen der COVID-19-Pandemie, bei der es zum Erfahrungsaustausch und einer Erörterung gemeinsamer Probleme gekommen sei. Die Belastbarkeit dieser losen und unverbindlichen Form der Zusammenarbeit im Falle des vorgestellten Stromausfallszenarios oder vergleichbarer Krisen und Katastrophen wird in dem folgenden Interviewauszug aber bezweifelt:

„[...] Das ist eine Ausnahmesituation für alle. Also da ist ja richtig Panik im ganzen Land, denke ich mal. Und da werden auch viele mit sich selbst zu kämpfen haben, als, ja. Ich wüsste jetzt nicht, wie ich da jetzt konkret helfen könnte. Aber wenn jetzt einer auf mich zukommt und sagt, Mensch, ich brauche mal/ dann ist man dann gern bereit, das zu geben.“ (Int. Y27)

Die besonderen Ausmaße solcher Katastrophenlagen – so die hier vertretene Auffassung – würden dazu beitragen, dass zunächst jeder Dienst mit sich selbst zurechtkommen und die anstehenden Herausforderungen eigenständig bewältigen müsste. Konkrete Vorstellungen dazu, wie eine gemeinsame und strukturierte Vorbereitung verschiedener lokaler oder regionaler ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtungen das ineinandergreifende Management, die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft und eine kooperative Bewältigung von Krisen oder Katastrophen fördern könnte, bestehen eher nicht. Dabei zeigen sich die Befragten in den Interviews selbst als grundsätzlich kooperationswillig und verweisen darauf, dass es letztlich um das Wohl der Patient*innen und ggf. um Menschenleben geht. Voraussetzung für die Aktivierung dieser grundsätzlichen Kooperationsbereitschaft scheint allerdings häufig zu sein, dass die Initiative für den Aufbau von auch in Krisenzeiten tragfähigen Versorgungsnetzwerken von anderen ausgeht – so wie es auch in dem vorstehenden Interviewauszug anklingt.

4.2 Der Blick auf andere Leistungserbringer und -träger

Seltener als ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden von den befragten Leitungspersonen die vielzähligen sie umgebenden Leistungserbringer und Leistungsträger als Kooperationspartner*innen bei der Vorsorge, dem Management und der Bewältigung des Stromausfallszenarios in den Blick genommen. Die Erwartungen in diese Richtung sind gering.

Obwohl die ambulanten Pflegedienste im Alltag beispielsweise immer wieder mit Arztpraxen in Verbindung stehen, werden niedergelassene Haus- und Fachärzt*innen kaum als Kooperationspartner*innen im Ereignisfall angesehen. Es scheint keineswegs selbstverständlich zu sein, von den Ärzt*innen im Katastrophenfall unkompliziert Hilfe zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung zu erwarten. Zu unterschiedlich sind hier die Ausgangsbedingungen. Es sei halt wie überall, wird dazu angemerkt, *„wir haben gute und schlechte Hausärzte“* (Int. J73). In einem Interview wurde die räumliche Nähe des Pflegedienstes im gleichen Gebäudekomplex mit mehreren Arztpraxen als ein möglicher Vorteil angesehen. Allerdings seien ja auch die Ärzt*innen dann durch einen Stromausfall betroffen. Überhaupt wurde angemerkt, dass die Arztpraxen sich bei einer solchen Krise in vergleichbarer Situation wie sie selbst befinden würden und kaum handlungsfähig wären. So könnten sie beispielsweise keine Rezepte ausstellen. Auch von Seiten der Intensivpflegedienste sind die Erwartungen an diese Leistungserbringer eher gering; hier wird eher auf Unterstützung von Seiten der Krankenhäuser gehofft. In einem Fall wird offenbar bei der Betreuung der Intensivpatient*innen gut mit einer Fachklinik zusammengearbeitet – insbesondere einem dort tätigen Oberarzt mit Beatmungsexpertise. Auch hier zeigt sich wieder das zuvor erkannte Muster von eher personengetragenen und weniger strukturell abgesicherten Kooperationsbeziehungen. Zugleich wird aber eingeräumt, dass bei einem langdauernden, großflächigen Stromausfall eine Evakuierung der im häuslichen Umfeld intensivpflegerisch betreuten Patient*innen in diese Klinik eher unrealistisch sei, da die Klinik vermutlich mehr als genug mit den eigenen Patient*innen zu tun hätte. Zudem sei es kaum möglich, die dezentral und verstreut in der Region wohnenden Pflegebedürftigen in einem vertretbaren Zeitraum dorthin zu evakuieren.

Darüber hinaus gehende und auf eine abgestimmte Vorsorge für den Krisenfall ausgerichtete Kooperationsbeziehungen, etwa zu anderen Krankenhäusern in der Region, zu Apotheken, Sanitätshäusern oder Heilmittelerbringer*innen, werden in den Interviews nicht erwähnt. Obwohl sie im Alltag regelmäßig Partner*innen in der Versorgung sind, wird anscheinend davon ausgegangen *„dass die da relativ unberührt von sind“* (Int. M61). Allenfalls die Krankenkassen werden noch als Ressource angesprochen:

„Aber die Krankenkassen würde ich da eigentlich auch so ein bisschen mit in der Pflicht sehen, weil die ja einfach durch den Versicherungsstatus mit denen, ja, im Grunde auch eine Art Vertrag haben/ und eigentlich auch irgendwie, na ja zuständig, doch auch irgendwo zuständig damit wären, dass die Leute nicht so in Notsituationen sich selbst überlassen sind.“ (Int. M61)

Wie dem Interviewauszug zu entnehmen ist, werden diese Leistungsträger aufgrund ihrer Vertragsbeziehung mit den Pflegebedürftigen bzw. Patient*innen in der Pflicht gesehen, auch für den Fall einer Krise oder einer Katastrophe Vorsorge zu treffen. Inwieweit die Kranken- oder auch Pflegekassen das ähnlich beurteilen und wie dann beispielsweise eine Kooperation zwischen ihnen und den ambulanten Pflegediensten in Vorbereitung oder in Reaktion auf ein Ereignis wie das Stromausfallszenario aussehen könnte, lässt sich basierend auf den hier geführten Befragungen nicht klären.

4.3 Der Blick auf Rettungsdienste, Katastrophenschutz und Behörden

In Krisen und Katastrophen wird wohl jeder am ehesten von Einrichtungen, wie den örtlichen Feuerwehren, Rettungsdiensten, der Polizei, dem Katastrophenschutz, dem Technischen Hilfswerk und in Ansätzen womöglich auch anderen Behörden und öffentlichen Stellen Hilfe und Unterstützung erwarten. Das ist grundsätzlich auch bei den hier befragten Leitungspersonen so. Wer von den zuvor Genannten in welchem Fall wann wofür konkret zuständig ist, wie das Handeln der unterschiedlichen Einrichtungen und Einheiten ineinandergreift und wer den ambulanten Pflegediensten konkret bei der Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung beistehen könnte, scheint den Befragten aber unklar zu sein. So wird in einem Interview eingeräumt:

„Von wo könnten wir denn Unterstützung bekommen? Solche Dinge, ja, solche Dinge überlegt man einfach nicht im Alltag.“ (Int. L14)

Sowohl Ereignisse wie der vorgestellte großflächige und anhaltende Stromausfall wie auch die für solche Fälle geltenden Zuständigkeiten haben wenig mit den Routinen der Befragten zu tun. Das Wissen um die in Krisen und Katastrophen greifenden Strukturen und Prozesse kann somit auf Seiten der Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste nicht als per se gegeben vorausgesetzt werden. In den Interviews tasten sich die befragten Leitungspersonen entsprechend langsam voran und versuchen dabei auszuloten, vom wem sie wann welche Hilfe erwarten könnten, so beispielsweise in dem folgenden Interviewauszug:

„Ich denke auch immer, die Stadt wäre mein erster Ansprechpartner, ja, wer dann da speziell, weiß ich nicht. Ich habe jetzt hier keine Telefonnummern, Telefon geht ja sowieso nicht dann, wahrscheinlich, [...]. Aber, ja, da kann man ja dann auch hinfahren, um sich da nochmal schlau zu machen. Ich würde ins Rathaus fahren.“ (Int. L14)

In erster Linie wird in diesem Interview die Kommune mit ihrer Verwaltung als Ansprechpartner gesehen, wobei Unsicherheit darüber besteht, wer dort in einem Ereignisfall konkret angesprochen werden kann. Die Tatsache, dass die zuständigen Ansprechpartner*innen nicht im Vorfeld bekannt sind und somit auch keine Kontaktdaten von ihnen vorliegen, erweist sich bei einem Ausfall des Strom- und Telefonnetzes dann aber auch schon nicht mehr als zentral. In ähnlicher Weise – wie sich dies im vorstehenden Interviewauszug andeutet – würden sich auch andere Leitungspersonen in einem Ereignisfall zunächst einmal bei kommunalen Ämtern, etwa den Gesundheitsämtern, oder anderen Anlaufstellen der Stadtverwaltung durchfragen, um zu klären *„wie man jetzt die Patienten irgendwie zentral irgendwo hinbringen könnte.“ (Int. X32)*. Die Suche richtet sich demnach auf Stellen, die Verantwortung für die Pflegebedürftigen übernehmen und eine Alternative zur häuslichen Versorgung anbieten könnten.

Die Interviewpartner*innen räumen allerdings ein, dass aufgrund des ausgedehnten Stromausfalls ohnehin niemand mehr zu erreichen sein dürfte oder dass die zuständigen Behörden oder Katastrophenschutzorganisationen bei einer solchen unübersichtlichen und sich zuspitzenden Lage, wie in dem Stromausfallszenario, rasch mit anderen Aufgaben überlastet wären. Zudem sei die Nachrangigkeit der häuslichen Versorgung im Fall einer solchen Katastrophe zu bedenken – so der Hinweis in der folgenden Passage:

„Weil am Anfang eben auch von den Prioritäten her erstmal ja auch richtig Krankenhäuser erst dran sind. [...] Also, da kommt man – glaube ich – wirklich erst dran und kriegt wirklich erst Hilfe und ein offenes Ohr, na ja, wenn alle anderen größeren Heime/ Ist sicherlich auch irgendwo verständlich.“ (Int. M61)

Die Rettungskräfte würden zunächst vorrangig Einrichtungen der stationären Akutversorgung und Langzeitversorgung in den Blick nehmen – so wird hier vermutet. Zugleich wird grundsätzliches Verständnis für diese Priorisierung geäußert. Warum dezentral häuslich versorgte Pflegebedürftige – insbesondere auch die Intensivpatient*innen – in einem Ereignisfall weniger Aufmerksamkeit erfahren sollten als diejenigen in zentralen Einrichtungen, die für solche Fälle

unter Umständen auch bereits eigene Vorsorge getroffen haben (z. B. eine Notstromversorgung), wird aber nicht angesprochen.

Als ein weiterer Aspekt kommt hinzu, dass die Befragten nicht so recht antizipieren können, welche Art von Hilfe in dem geschilderten Stromausfallszenario notwendig sein könnte, um die häusliche Weiterversorgung ihrer Patient*innen zu sichern:

„Ich weiß nicht. Ich kann es mir, ehrlich gesagt, nicht so richtig vorstellen. Also wie es wäre, kann ich mir nicht so vorstellen. Erwartungen? Erwartungen? Welche Erwartungen hätte ich? Die einzige Erwartung, die ich halt hätte, wäre halt, dass es auch Informationen gibt, durch Stadt und / oder Katastrophenschutz, Feuerwehr, beispielsweise, wie ich eben schon sagte, durch Lautsprecher-Durchsagen. Ganz speziell jetzt für unsere Pflege hätte ich jetzt erstmal keine Erwartungen.“ (Int. L14)

Schon die Krisensituation als solche scheint für die Leitungspersonen nur schwer fassbar. Noch weniger können sie formulieren, welche Maßnahmen von außen ergriffen werden könnten, um die dezentrale häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten oder ggf. die Pflegebedürftigen in zentrale Noteinrichtungen zu evakuieren. Allenfalls eine Orientierung über die jeweilige Situation und eine möglichst direkte Krisenkommunikation in Form von Warnmeldungen oder öffentlichen Lautsprecherdurchsagen sollten Polizei, Behörden oder Feuerwehr gewährleisten. Von diesen Informationen wird dann neben allgemeinen Handlungsanweisungen im Krisenfall auch eine Orientierung für die Arbeit des ambulanten Pflegedienstes erwartet.

In anderen Interviews wird der Wunsch nach einer zentralen Organisation (z. B. Krisenstäbe) in Kombination mit dezentral niederschwellig erreichbaren Anlaufstellen (auch mit ärztlicher Expertise) in den einzelnen Stadtbezirken formuliert. Von diesen Organisationen sollten dann auch stets aktuelle Lageinformationen und ggf. weiterführende Hilfen für die häuslich versorgten Pflegebedürftigen angeboten und übermittelt werden:

„Da muss sich der Katastrophenschutz oder die Stadt irgendwas einfallen lassen, dass schnell jemand vor Ort sein kann. Das heißt, es muss an jeder Ecke ein bisschen Hilfe da sein eigentlich. Also, wenigstens pro Stadtgebiet, dass man halt nicht erst durch die halbe Stadt laufen muss, um einen Notarzt zu besorgen.“ (Int. J73)

Gefordert ist – so ist diesem Interviewauszug zu entnehmen – neben den Katastrophenschutzorganisationen erneut die Kommune, die vorausschauend für solche dezentralen Hilfsangebote sorgen müsste. Auch die Einbindung von medizinischem Personal wird dabei als selbstverständlich angesehen. Woher die Ärzt*innen, Sanitäter*innen oder auch Pfleger*innen kommen sollen, bleibt aber offen. Die Forderungen gehen aber noch weiter, denn diese Einrichtungen sollten auch vorausschauend warnen und für Orientierung sorgen – ähnlich wie das z. T. bei Bombenfunden und damit verbundenen Evakuierungen gehandhabt wird.

Mit Rettungsdiensten bestehen auf Seiten einiger Leitungspersonen unterschiedliche Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag, die in den Interviews mit Blick auf das Stromausfallszenario reflektiert und bewertet werden. Dabei bleibt auch hier eher im Unklaren, wie welche Unterstützung von dieser Seite zu erwarten wäre. In einem anderen Fall wird ein kritisches Bild der Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten gezeichnet:

„Wir haben zeitweise das Gefühl, das sind keine ausgebildeten qualifizierten Kräfte mehr, sondern irgendwelche Quereinsteiger von der Straße. Einfach so, wie sie teilweise auftreten, und wie sie teilweise auch mit den Patienten umgehen, was so Lagerung und Kommunikation angeht. Muss ich leider sagen. [...] Ausnahmen bestätigen die Regel, aber es ist/ Ja, zum Großteil ist es leider tatsächlich so unsere Erfahrung im Moment. [...] Es wird Gründe dafür geben, also Nachwuchsprobleme oder/ oder Fachkräftemangel. Davon ist ja nicht nur die Pflege von betroffen. Vielleicht ist es teilweise auch Überlastung, aber man trifft da nicht immer auf offene Ohren.“ (Int. M61)

Auf Seiten der Rettungsdienste – so ist diesem Interviewauszug zu entnehmen – würde es häufig an Personal mangeln, das auch im Umgang mit Pflegebedürftigen qualifiziert und geübt ist. Auch über Gründe für diese Entwicklung wird spekuliert, v. a. der grundsätzliche Mangel an gut ausgebildeten Mitarbeiter*innen wird als Problem angesprochen. Aber auch die mit der Arbeit im Rettungsdienst verbundene Belastung würde dazu führen, dass die Belange der Pflegebedürftigen nicht immer berücksichtigt würden. Zugleich wird angenommen, dass es auch an Respekt und Anerkennung gegenüber den Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflegedienste fehlen könnte „[...] und vielleicht ist es auch noch so ein kleines bisschen dieses veraltete Bild von Altenpflege von früher.“ (Int. M61). Den Mitarbeiter*innen vor Ort werden die im engeren Sinne medizinischen Kompetenzen abgesprochen, die von den Rettungsdiensten für die Erstversorgung der Patient*innen im Krisenfall als notwendig angesehen werden.

In anderen Interviews wird zudem angemerkt, dass die Relevanzkriterien der Beteiligten in einem Krisenfall unterschiedlich sein könnten, was zusätzliche Probleme provozieren und eine gegenseitige Unterstützung erschweren könnte. Die Rettungsdienste, Katastrophenschutzorganisationen oder Behörden erachten womöglich anderes für wichtig als die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste – wie an folgendem Beispiel deutlich wird:

„Aber wir hatten in Magdeburg kurzfristig die Situation, wo so Straßen- und Hauseingänge gesperrt wurden. Und da – denke ich – ist es sicherlich auch einfach der Situation geschuldet, dass die Beamten da, die vor Ort waren, natürlich andere Aufgaben hatten als wie jetzt einer Pflegekraft, die einfach durchgehen möchte zu ihrem Patienten, da in irgendeiner Form entgegenzukommen oder hilfreich zu unterstützen. Da haben die einfach ihren Fokus nicht darauf gehabt.“ (Int. M61)

In diesem Fall fanden in einem Stadtteil polizeiliche Maßnahmen statt, bei denen auf die zur häuslichen Versorgung kommenden Mitarbeiter*innen wenig Rücksicht genommen worden wäre. Informationen, die zu Klärung der Situation hätten beitragen können, lagen offensichtlich nicht vor oder wurden nicht übermittelt. Statt zu unterstützen, sei in diesem Fall von Seiten der Polizei die häusliche Weiterversorgung der Pflegebedürftigen behindert worden, weil die damit verbundenen Anforderungen nicht im Blickfeld der Beamten lagen.

Die einen Leitungspersonen haben wenig konkrete Vorstellungen zur Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten, Katastrophenschutzorganisationen und Behörden, andere wiederum haben eher durchwachsene Erfahrungen gesammelt und entsprechend zurückhaltende Erwartungen. Insbesondere die in den Wohlfahrtsverbänden verankerten ambulanten Pflegedienste scheinen dabei vertrauter mit den bei Krisen und Katastrophen greifenden Strukturen und Prozessen zu sein. So wird in einem Fall berichtet, dass innerhalb des eigenen Verbandes sehr gute Kontakte zum Katastrophenschutz bestehen würden und dass es einen regelmäßigen, organisierten Austausch gäbe. Zudem sei man in der glücklichen Lage im Ereignisfall vor Ort ggf. auch auf Ehrenamtliche setzen zu können, „wo man gucken kann, ob man Helfer findet“ (Int. C89). Angesichts der Trägerstrukturen in der ambulanten Pflege und der tendenziell sinkenden Bedeutung freigemeinnütziger Anbieter der großen, sektorenübergreifend aufgestellten Wohlfahrtsverbände, scheint es sich hierbei aber um eine Ausnahme zu handeln. Der Großteil der ambulanten Pflegedienste in Deutschland dürfte wenig Berührungspunkte mit den bei Krisen und Katastrophen zuständigen Organisationen, Einrichtungen und Einheiten haben und nur bedingt vertraut sein mit deren historisch gewachsenen und stark ausdifferenzierten Strukturen, Aufgaben und Prozessen – so der hier entstehende Eindruck. Entsprechend schwer fällt es ihnen, konkrete Unterstützungserwartungen in Richtung dieser Einrichtungen und Einheiten für den Ereignisfall zu formulieren.

5. Evakuierung und zentraler Betreuungsplatz

Gegen Ende der Interviews wurden die Befragten schließlich gebeten sich vorzustellen, dass die dezentrale häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen auch mit erheblichen eigenen Anstrengungen und externer Hilfe nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Für die zuvor häuslich versorgten Patient*innen müsste für diesen Fall ein zentraler Betreuungsplatz („eine Notunterkunft“) eingerichtet werden. Die Befragten sollten u. a. Ideen dazu äußern, wie ein solcher zentraler Betreuungsplatz ausgestattet sein müsste, um die von ihnen betreuten pflegebedürftigen Personen – dabei ggf. auch schwerkranke, technikabhängige Patient*innen oder auch solche mit palliativem Betreuungsbedarf – sicher weiterversorgen zu können.

5.1 Selbst organisierte (Teil-)Zentralisierung

In einem Interview wird dazu die Überlegung angestellt, dass einige der zu versorgenden Pflegebedürftigen dicht beieinander wohnen würden und – sofern niemand anders da sei, der nach ihnen sehen könne – eventuell eine Zusammenführung in einer Privat- oder Pflegewohnung sinnvoll sein könnte. Auf diese Weise könnte dann die Weiterversorgung durch die eigenen Mitarbeiter*innen erfolgen. Am Beispiel einer in Planung befindlichen Wohngemeinschaft für Intensivpatient*innen wird erläutert, dass man „*dort vor Ort tatsächlich die Möglichkeit [hat], eine Art Lazarett einzurichten*“ (Int. P36). Die notwendige Barrierefreiheit sei gegeben und auch ein Notstromaggregat würde zur Verfügung stehen. Dies sei allemal sinnvoller, als die Patient*innen in ein Krankenhaus zu evakuieren. Tatsächlich seien entsprechende Überlegungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie auch schon angestellt worden; in dem Fall aber als Option für den Fall, dass pandemiebedingt mehrere Mitarbeiter*innen ausfallen würden. Diese Überlegungen seien sowohl mit Kooperationspartner*innen wie auch mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vorbesprochen worden. Die Überlegungen für eine solche vorübergehende Zusammenführung zuvor dezentral versorgter Patient*innen wird in den Interviews noch weiter konkretisiert, so könnten die Mitarbeiter*innen die Pflegebedürftigen

„[...] ja mit ihren Autos dann auch zentralisiert irgendwo hinfahren. Aber beim Rollstuhl oder Pflegerollstuhl oder bettlägerig, da wird es dann schon kritisch, das schaffen die nicht. Die kriegen die nicht weg. Die haben ja meistens nur Kleinwagen.“ (Int. X32)

Überlegt wird hier, dass die Pflegebedürftigen in den Dienstwagen der Mitarbeiter*innen an einen zentralen Ort transportiert werden, um ihre Weiterversorgung zu sichern. Beim weiteren Nachdenken fällt allerdings auf, dass dabei dann einige logistische Hürden zu überwinden wären – etwa der Transport von erforderlichen Hilfsmitteln. Auch könnte sich diese selbstorganisierte Evakuierung – je nach Zustand der Patient*innen – als ein für alle Beteiligten nur schwer zu bewältigendes Sicherheitsrisiko darstellen. Ungeachtet dessen werden auch in anderen Interviews derartige Überlegungen angestellt. Dabei wird auch über alternative zentrale Sammelstellen nachdacht – wie etwa in dem folgenden Interviewauszug:

„Und der Vorteil bei uns wäre eventuell: Wir haben auch eine Tagespflege. Das wäre ein Notgedanke, dass man dann guckt, wen man da hinholen kann, und dass man dann/ das wäre wahrscheinlich so dann der Plan, wenn absehbar ist, dass das alles länger dauert, dass man guckt, [...] die wirklich alleine sind, niemanden haben, die jetzt auch dringend Hilfe brauchen, dass wir da versuchen würden, die irgendwie in unserer Tagespflege zu sammeln, und da dann für Wärme und alles sowas/ Ja. Wärme – wenn kein Strom geht. Aber das wäre wahrscheinlich so eine erste Lösung für uns, bis dann tatsächlich vom Katastrophenschutz aus irgendwas kommt, wo man dann mit den Leuten hinkann.“ (Int. C89)

Trägerintern bestehende Optionen, etwa eine Tagespflegeeinrichtung, könnten ebenfalls als Sammelstelle dienen. Dabei werden einerseits Pflegebedürftige mit spezifischen Lebensbedingungen in den Blick genommen – besonders Alleinstehende; andererseits wird in dem Auszug der vorübergehende Charakter einer solchen zentralen Unterbringung betont. Ähnliche Argu-

mentationen sind auch in anderen Interviews zu finden. Dabei fällt auf, dass sich die Aufmerksamkeit der Leitungspersonen stets nur auf die Pflegebedürftigen richtet, die vom eigenen Pflegedienst betreut werden. Die Überlegungen sind also in aller Regel dienstintern oder allenfalls trägerintern ausgerichtet. Bei einem großflächigen und andauernden Stromausfallszenario oder einem vergleichbaren Ereignisfall könnten aber durchaus darüber hinaus gehende Maßnahmen zur Evakuierung erforderlich werden. So erscheint es denkbar, dass in einem Gebäude oder in einem Stadtteil pflege- und hilfsbedürftige Menschen leben, die von unterschiedlichen ambulanten Diensten betreut werden oder auch gar keine formellen Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Wie deren Evakuierung aussehen könnte und welche Rolle die ambulanten Pflegedienste dabei übernehmen könnten, wird von Seiten der Befragten nicht thematisiert.

5.2 Einrichtung und Ausstattung eines zentralen Betreuungsplatzes

Die Einrichtung und Ausstattung eines zentralen Betreuungsplatzes („einer Notunterkunft“) für pflegebedürftige Personen erscheint den Interviewpartner*innen in einem solchen Ereignisfall wie dem Stromausfallszenario durchaus plausibel. Tatsächlich wird davon ausgegangen, dass eine solche Zentralisierung und die Weiterbetreuung an Sammelplätzen, wie beispielsweise Turnhallen, erfolgen könnte:

„Da kriegt man ja doch eine Menge Leute rein. [...] Die Versorgung ist ja dann zentral und einfacher dann organisiert. [...] natürlich macht das Sinn, weil da sind die Leute ja im Warmen ja und nicht im Kalten, das heißt also, das ist für die Patienten gut. Die bekommen dort hoffentlich auch ihr Essen und ihr Trinken [...].“ (Int. B45)

Die zentrale Unterbringung würde organisatorische Vorteile bieten und sei zudem geeignet, im Ereignisfall die Grundbedürfnisse der evakuierten Personen zu sichern, d. h. in erster Linie Schutz in Form von Unterkunft und Verpflegung. Hier wie auch in anderen Interviews fällt auf, dass die Vorstellungen zur Ausstattung eines solchen Betreuungsplatzes eher schlicht sind. So wird in einem Interview von „Wasser, fließend Wasser, Warmwasser, Toiletten, genügend Toiletten vor allen Dingen“ (Int. Y27) gesprochen, in einem anderen von praktischen Sachen, „wie Decken, warmes Essen“ (Int. C89) und in wieder einem anderen von Licht und Strom „mit einem Aggregat irgendwo in der Ecke“ (Int. P36). Auch „ein bisschen Privatsphäre“ (Int. Y27) wurde als wichtig erachtet, etwa indem der zentrale Betreuungsplatz, z. B. die Turnhalle, mit Vorhängen unterteilt wird.

Während eine zentrale Notunterbringung für mobile Personen, ggf. auch mit überschaubarem medizinischem Versorgungsbedarf (z. B. Medikamentengaben und Verbandswechsel) von den Leitungspersonen für gut umsetzbar erachtet wird, äußern andere hinsichtlich der von ihnen betreuten Klientel aber auch Bedenken:

„Was ich aber denke, wenn wirklich einer bettlägerig ist, denke ich nicht, dass er/ Also ich stelle mir jetzt unter Sammelstelle vor, eine große Turnhalle vielleicht, oder sowas in der Art. Das könnte ich mir jetzt nicht vorstellen, dass da Leute versorgt werden, die wirklich, ja, dreimal am Tag, oder viermal am Tag im Bett versorgt werden müssen. Ja, das könnte ich mir jetzt dort nicht so gut vorstellen.“ (Int. L14)

Die Unterbringung von Personen, die regelmäßig bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen benötigen, könnte sich in einer zentralen Unterkunft als besondere Herausforderung erweisen. Auch Mobilitätseinschränkungen oder gar Bettlägerigkeit könnten problematisch werden. Nicht zuletzt deshalb müssten für einen solchen Fall spezielle Vorkehrungen in der Notunterkunft getroffen werden:

„Ja, Pflegebetten würde ich wahrscheinlich für die schwerstpflegebedürftigen, also für die, die, ja, mit Pflegegrad vier und fünf und sowas, da braucht man schon vernünftige Pflegebetten, also auch so höhenverstellbare Betten und mit Galgen dran und so weiter. Die

meisten haben sowas ja zuhause. Das heißt, wenn die umziehen, könnten die quasi auch ihr eigenes Bett mitnehmen. Ist dann natürlich eine logistische Sache hier.“ (Int. Y27)

Pflegebedürftige Personen – so deutet sich hier an – lassen sich auf den üblicherweise in Notunterkünften genutzten Feldbetten nur schwer weiterversorgen, weshalb hier die in der Häuslichkeit gebräuchlichen Pflegebetten genutzt werden müssten. Diese aber aus der Häuslichkeit an die zentralen Betreuungsplätze zu bringen, dürfte sich als schwierig erweisen – so wird eingeräumt. Interessant ist hier die Wortwahl, denn mit einem „Umzug“ dürfte sich eine solche (zeitweise) Unterbringung in einer Notunterkunft kaum vergleichen lassen.

Einfacher als ein Transport von Pflegebetten wäre aus Sicht der Befragten die Mitnahme von Pflegeutensilien und Materialien für medizinisch-therapeutische Maßnahmen, z. B. für Verbandwechsel oder eine künstliche Ernährung. Die Nutzung von elektronischen Geräten, etwa Infusionspumpen, würde sich unter den Bedingungen einer Notunterkunft aber ggf. schon wieder schwieriger gestalten. Darüber hinaus wurde besonders für Intensiv- und Wachkoma-Patient*innen ein gleichmäßiges Raumklima von 22-23°C für wichtig befunden, weil diese Patient*innen ihre Körpertemperatur häufig nicht selbst ausreichend regulieren könnten. Ein Auskühlen führt zu Stressreaktionen und in der Folge wiederum zu möglicherweise erheblichen negativen Folgen für die Beatmungs- und Kreislaufsituation.

In einigen Interviews wird eingeräumt, dass die Kapazitäten einer solchen Unterkunft sicher begrenzt wären und man deshalb priorisieren müsste, wer dorthin verbracht werden kann und wer eben auch nicht. Das könnte dann z. B. ein Abwägen bedeuten zwischen der Hilfe für eine querschnittsgelähmte, junge Mutter im Vergleich zu einer 90-jährigen bettlägerigen Patientin. Wer diese Entscheidung treffen und wie sie im Fall einer Evakuierung und der zentralen Unterbringung dann vonstattengehen sollte, wird aber nicht ausgeführt. Stattdessen werden in einigen Interviews zuweilen auch grundsätzliche Zweifel daran erkennbar, dass die zentrale Unterbringung an einem zentralen Betreuungsplatz für Pflegebedürftige reibungslos verlaufen würde. In diesem Zusammenhang wird nicht zuletzt auf die während der COVID-19-Pandemie gesammelten Erfahrungen Bezug genommen. In einem Interview wird sogar der Wunsch geäußert, derartige Katastrophen- und Evakuierungspläne oder auch eine solche Notunterkunft vorab einmal in Augenschein nehmen zu dürfen. Dies könnte auch dazu dienen, durchaus bestehendes Misstrauen gegenüber den planerischen und operativen Fähigkeiten des Katastrophenschutzes oder der zuständigen Behörden zur Bewältigung von Ereigniskaskaden, wie beispielsweise in dem Stromausfallszenario, zu begegnen.

5.3 Pflege und Betreuung an einem zentralen Betreuungsplatz

Ungeachtet der geäußerten Zweifel was die Umsetzbarkeit betrifft, ist den Interviews eine große Bereitschaft zu entnehmen, an einem zentralen Betreuungsplatz aktiv mitzuwirken bzw. die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes dort einzusetzen:

„Wir würden unsere Leute da mit hinschicken, damit die unterstützen, weil das DRK, die haben ja auch einen Pflegedienst mit, ich sage mal, vielleicht dann 20 Schwestern. Und wenn die da aber 500 Leute versorgen müssen, das schaffen die auch nicht. Wir würden dann/ zumindest würden wir nachfragen, ob wir nicht behilflich sein können.“ (Int. X32)

Diese Maßnahmen sollen dazu dienen, die Einsatzkräfte bei ihrer Arbeit zu unterstützen. Dabei scheint die Vorstellung zu bestehen, dass in einer solchen Notunterkunft prioritär Pflegefachpersonen – hier als „Schwestern“ bezeichnet – des Roten Kreuzes oder vergleichbarer Katastrophenschutzorganisationen und Hilfsdienste zum Einsatz kommen. Weil diese angesichts der großen Zahl an Hilfesuchenden aber vermutlich unterbesetzt sind, könnten die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes aushelfen. Ein anderes Motiv für dieses Angebot findet sich in folgendem Interviewauszug:

„Aber was unsere Patienten betrifft, die kennen wir natürlich, ja, weil, die pflegen wir schon eine gewisse Zeit. Da wissen wir auch, wie ist jemand, wie ist die Biografie, ja. Ist das ein ruhiger Mensch, der vielleicht auch damit ein bisschen, ein Stück weit gut umgehen kann, oder ist es jemand, der eben, wie gesagt, dement ist, wo ich wirklich mit der Orientierung ein Problem habe.“ (Int. C89)

Um eine patientenzentrierte Weiterversorgung auch in einer Notunterkunft gewährleisten zu können, sind spezielle Vorkenntnisse über die Pflegebedürftigen vonnöten. Mangelt es daran, könnten sich gravierende Folgeprobleme ergeben – so etwa bei demenziell erkrankten Personen mit eingeschränkter räumlicher und zeitlicher Orientierung. Auch für die Leitung eines Intensivpflegedienstes steht es außer Frage, dass bei einer Evakuierung in eine Notunterkunft in jedem Fall fachpflegerische Unterstützung gefordert wäre:

„Also eine Fachkraft von uns muss immer dabeibleiben. Das wäre eine Zumutung. Wir kennen unsere Klienten ja ganz genau und wir wissen ganz genau, wie die ticken. Und auch schon allein um deren Beruhigung, ja, ist es wichtig, dass da eine Fachkraft von uns, vom Stammpersonal, mit dabeibleibt, vor Ort bleibt. Ja, wir können nicht einfach so unsere Klienten an einen (lachend) Feuerwehrmann übergeben. Das geht nicht.“ (Int. P36)

Die Kenntnis der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfe und der besonderen Lebensumstände und Belastungssituation der Patient*innen ist von großer Bedeutung, um deren Weiterversorgung gewährleisten zu können. Aber auch aus psychosozialen Gründen wird es als wichtig erachtet, dass die üblicherweise eingesetzten Pflegefachpersonen auch im Fall einer Evakuierung und Notunterbringung einbezogen werden und die Pflegebedürftigen in die Notunterkunft begleiten. In diesem Zusammenhang wird wiederholt der besondere Charakter der Pflegebeziehung in der Intensivpflege betont und auch das Verantwortungsbewusstsein der dabei jeweils eingesetzten Teamleitungen:

„Und das sind Leute, die würden ihren Klienten, die würden mit denen bis/ also wenn die Titanic untergehen würde, die würden mit ihrem Klienten zusammen untergehen und nicht ins Boot steigen, oder so, ne. Also da haben wir in jedem Team, wirklich, ein bis zwei Leute, [...] wo wir uns zu einhundert Prozent drauf verlassen können. Die sind auf jeden Fall dann für den da.“ (Int. P36)

Die Einsatzbereitschaft der Pflegefachpersonen wird in diesem Interviewauszug besonders herausgestrichen. Dabei werden bildgewaltige Beispiele gewählt, um zu verdeutlichen, wie weit diese Einsatzbereitschaft in einer Krise oder Katastrophe reichen würde. Implizit wird hier das in der Pflege (und auch für andere Gesundheitsberufe) populäre Helden-Narrativ bedient, wonach sich die entsprechenden Mitarbeiter*innen ungeachtet der jeweiligen Umstände und nahezu bedingungslos für „ihre“ Patient*innen einsetzen. Inwieweit dieses persönliche Engagement Einzelner in der konkreten Krisensituation durchträgt und dann auch tatsächlich in belastbare Unterstützung für die pflegebedürftigen Personen oder ihre Angehörigen mündet, ist zu hinterfragen.

In anderen Fällen wird der Einsatz von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste in den Notunterkünften von Voraussetzungen abhängig gemacht, u. a. von den Möglichkeiten zur Weiterversorgung anderer, weiterhin dezentral zu verbleibender Pflegebedürftiger.

„Also ich sage mal so. Aktiv sind am Tag fünf bis sieben Leute unterwegs, bei mir jetzt hier, also Pflegekräfte, ja. Wir haben [...] [XX] Pflegekräfte. Immer so im Wechsel, die mal dran sind und so weiter. Das heißt, man könnte sagen, okay, die, die eben frei sind, die würden dann halt in diesen Zentren mit unterstützen, [...] und die anderen fahren ihre Tour erstmal, wie gewohnt, weiter, um halt das sicherzustellen, dass das eben läuft, ja.“ (Int. Y27)

In dem Interviewauszug wird davon ausgegangen, dass die (meisten) eigenen Patient*innen auch in einem Krisen- oder Katastrophenfall weiterversorgt werden. Hierfür würden dann auch die Mitarbeiter*innen des ambulanten Dienstes vorrangig benötigt. Die anderen – quasi eine vorgehaltene Reserve – könnten dann für die Mitarbeit an einem zentralen Betreuungsplatz

abgestellt werde, um die dort tätigen Helfer*innen zu unterstützen. Angesichts der zuvor geschilderten Personalengpässe in den ambulanten Diensten erscheint dieser Gedankengang eine Überlegung mit unbekanntem Größen zu sein. So werden stets auch die Einsatzbereitschaft und die Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter*innen mitzudenken sein. Die Einschätzungen dazu, wie ausgeprägt diese wären, gingen allerdings auseinander. Mal seien alle Mitarbeiter*innen uneingeschränkt bereit, an einem zentralen Betreuungsplatz mitzuwirken, mal würden es nur einige von ihnen sein. Diesbezüglich ergibt sich also kein einheitliches Bild.

Wie die Mitarbeiter*innen dann konkret in einer solchen Einrichtung tätig werden würden, ist den interviewten Leitungspersonen weitgehend unklar. Dies betrifft sowohl Fragen der Einsatzplanung, der konkreten Zuständigkeiten, der Über- und Unterordnung im Zusammenhang mit Informations- und Befehlsketten und anderes mehr. Nachgedacht wird darüber, ob die Mitarbeiter*innen an einem zentralen Betreuungsplatz lediglich für die eigenen Patient*innen zuständig wären, zumal nur mit ihnen ein rechtlich bindender Versorgungsvertrag bestehen würde. Die vertraglich zugesicherte Leistung würde dann lediglich unter veränderten Bedingungen weitergeführt werden. Andere sehen darüber hinweg und gehen davon aus, dass die Mitarbeiter*innen an einem zentralen Betreuungsplatz uneingeschränkt für alle dort untergebrachten Personen tätig werden würden:

„Und da würde es dann auch keine Rolle spielen, ob wir nur unsere Patienten oder auch die von einem anderen Pflegedienst versorgen. Ich denke mal, wenn das so eine Reihe mit zehn Betten ist oder so, dann – egal, wer da so liegt –, der wird versorgt, wird halt versorgt. [...] Wir sehen ja den Menschen als hilfsbedürftige Person. Und das ist/ In dem Fall ist das dann egal, wen wir da versorgen.“ (Int. X32)

In einer solchen Unterkunft würden alle Pflegebedürftigen so versorgt, wie sie es benötigen. Ausschlaggebend sei der jeweilige Hilfebedarf. Konkreter werden die Vorstellungen hier aber nicht, etwa was die Abstimmung der Pflegefachpersonen (oder auch anderen Helfer*innen) untereinander oder deren konkrete Einsatz- und Dienstplanung betrifft. Angesprochen wird aber in den Interviews z. T. noch die mögliche Vergütung der dort von den Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste erbrachten Leistungen, einschließlich ggf. anfallender Überstunden. Eine Klärung dieser Fragen sei notwendig, bevor die Mitarbeiter*innen entsprechend eingesetzt werden könnten, so die in einzelnen Interviews dokumentierte Sichtweise.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die individuellen Vorerfahrungen der in den Interviews befragten Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste mit Krisen und Katastrophen sind überschaubar. Sie beziehen sich meist auf zeitlich und räumlich begrenzte wetter- und umweltbedingte Ereignisse, punktuell auch auf Evakuierungen nach Bombenfund. Andere natürliche, technische oder von Menschen verursachte Gefahren und damit verbundene Auswirkungen auf die dezentrale häusliche Versorgung wurden seltener oder nicht in Betracht gezogen. Die in den geschilderten Fällen von Seiten der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) eingeleiteten Maßnahmen liefen aus Sicht der Befragten weitgehend reibungslos, strukturiert und meist ohne unmittelbare Beteiligung der ambulanten Dienste ab. Oft gab es auch Zeit, sich auf diese Maßnahmen einzustellen (etwa bei Bombenräumungen). Diese individuellen Vorerfahrungen dienen den Befragten dann als eine Art Hintergrundfolie und Bezugsrahmen für die Beantwortung der im Interview gestellten Fragen im Besonderen und die Auseinandersetzung mit dem Thema im Allgemeinen. Die darin zum Vorschein kommende Problem- und Risikowahrnehmung wird im weiteren Verlauf noch aufzugreifen und mit Blick auf die Konsequenzen für den Umgang mit Krisen und Katastrophen zu diskutieren sein.

Die COVID-19-Pandemie stellt für einige der Befragten ein neues, ungewöhnliches Ereignis dar, für andere ist inzwischen ein gewisser Gewöhnungseffekt eingetreten, weshalb diese Gesundheitskrise von ihnen nicht mehr als solche wahrgenommen wird. Allerdings wird auch von ihnen Unzufriedenheit mit dem Handeln der Behörden zum Ausdruck gebracht. Die Leitungspersonen haben in der Pandemiesituation den Eindruck gewonnen, dass die ambulante Pflege, und damit auch die eigenen Dienste, nicht die erforderliche Aufmerksamkeit erfahren bzw. dass sie gegenüber anderen Einrichtungen nachrangig behandelt werden. Dabei geht es um die Ausstattung mit Schutzmaterial, die Übermittlung von Information oder die öffentliche Wahrnehmung. Während die einen angesichts der von ihnen wahrgenommenen anspruchsvollen Versorgungsaufgaben Unverständnis für diese Vorgehensweise äußern, halten andere die vorrangige Berücksichtigung insbesondere stationärer Einrichtungen im Fall einer Krise oder Katastrophe für durchaus gerechtfertigt. In der Summe hat die Pandemie bei den Leitungspersonen den Eindruck verstärkt, dass sie sich im Wesentlichen auf sich selbst und ihre Ressourcen verlassen müssen, wenn es um die Beantwortung von Alltagsstörungen geht. Mit anderen Worten: ihre Resilienz und ihre Selbstwirksamkeitserwartung als Leitungspersonen ambulanter Dienste sind relevante Einflussfaktoren, die in der Diskussion erneut aufgegriffen werden sollten.

Werden die Befragten mit dem fiktiven Szenario eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls konfrontiert, herrscht zunächst Rat-, Orientierungs- und Machtlosigkeit vor. Das Unvorhersehbare einer solchen Ereigniskaskade wird von einigen problematisiert und nicht selten mit der Frage verbunden, inwieweit überhaupt eine Vorbereitung darauf möglich wäre. Während einige Leitungspersonen einem Stromausfallszenario dann auch mit eher fatalistischen Haltungen begegnen würden, wollen sich andere auf ihre früheren Erfahrungen und die dabei erprobten Handlungsweisen besinnen, d. h. im konkreten Ereignisfall Schritt für Schritt Lösungen für die dann anstehenden Probleme suchen. Welche Herausforderungen in einer solchen Situation konkret zu bewältigen sein werden oder wie dabei vorzugehen wäre, bleibt dabei im Ungefähren. Als ein für die Arbeitsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste relevanter Faktor wird in den Interviews v. a. der Ausfall des digitalen Pflegeorganisations- und Dokumentationssystems thematisiert. Auch die erschwerte (oder unmöglich gemachte) Kommunikation zum einen mit den Mitarbeiter*innen sowie Patient*innen und ihren Angehörigen und zum anderen mit Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) wird angesprochen. Schließlich wird auch die zu erwartende Behinderung des Verkehrs als relevanter Störfaktor für den Betrieb der mobilen Dienste angesehen. Hierdurch hätten die Mitarbeiter*innen vermutlich erhebliche Probleme mit dienstlichen, privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum Dienst zu gelangen oder die dezentrale häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten. Auch hier ist wieder die Frage zu stellen, wie ausgeprägt das Problem- und Risikobewusstsein der Leitungspersonen ist, welche Auswirkungen sie antizipieren, welche vorbereitenden Maßnahmen von ihnen auf organisatorischer Ebene ergriffen werden und auch welchen Einfluss dies für die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung haben könnte.

Zuweilen wird in den Interviews auf das außergewöhnliche persönliche Engagement der Mitarbeiter*innen bei Krisen und Katastrophen vertraut. Insgesamt aber werden deren Erreichbarkeit, Einsatzbereitschaft und Einsatzfähigkeit unterschiedlich eingeschätzt. Ein wesentlicher Faktor, dem in diesem Zusammenhang mit viel Verständnis begegnet wird, ist die familiäre Situation der Mitarbeiter*innen. Nicht alle könnten unkompliziert eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang angedachte Maßnahmen, etwa die Beaufsichtigung von Kindern, sind eingehender zu diskutieren. Zweifel werden z. T. daran geäußert, dass es den Mitarbeiter*innen gelingen kann, die häusliche Versorgung auch unter den aufgezeigten Bedingungen aufrechtzuerhalten sowie vor Ort vorausschauend und selbstständig angemessene Entscheidungen in neuen, unvorhersehbaren oder unüberschaubaren Situationen treffen zu können. Eine bessere Vorbereitung der Mitarbeiter*innen auf Krisen und Katastrophen wird dabei prinzipiell für sinn-

voll erachtet. Geht es aber um die Schaffung der erforderlichen Voraussetzungen und die Umsetzung in den ambulanten Diensten, werden von Seiten der Leitungspersonen jedoch auch Forderungen und Bedenken formuliert. Sie betreffen etwa das eigentlich für notwendig befundene Angebot längerer, sich über einen Tag erstreckender Bildungsangebote, praktische Katastrophenübungen (womöglich unter Beteiligung von Pflegebedürftigen und Angehörigen) sowie kürzere digitale Formen der Weiterbildung. Die Maßnahmen müssten auf Akzeptanz bei den Mitarbeiter*innen treffen, was zuweilen bezweifelt wird. Zudem müssten sie in ihren Wirkungen konkret überprüfbar sein, praktisch in den Dienstalltag integriert werden können, ohne Routinen zu stören, sowie im Rahmen der bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und Pflichtfortbildungen anrechnungsfähig und letztlich auch für die ambulanten Dienste kostenneutral sein. Hier wie auch an anderen Stellen rücken der Umgang mit den Mitarbeiter*innen, die in den ambulanten Diensten angedachten oder ergriffenen Maßnahmen der Personalentwicklung wie auch die Rolle der Leitungspersonen ins Blickfeld – allesamt für die Katastrophenvorsorge in diesem Feld relevante Faktoren.

Die Möglichkeiten, die häusliche Versorgung im vorgegebenen Stromausfallszenario aufrechterhalten zu können, werden unterschiedlich bewertet. Einerseits setzen die Befragten darauf, einen Großteil der Pflegebedürftigen auch im Krisen- oder Katastrophenfall von Angehörigen weiterversorgt zu wissen. Dies würde ihnen als ambulanter Dienst die vorrangige Versorgung von Personen ohne tragendes soziales Umfeld erlauben. Kommuniziert werden diese Vorstellungen aber scheinbar überwiegend nicht. So werden weder mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen noch mit Dritten von Seiten der Leitungspersonen regulär Gespräche zum möglichen Handeln bei Alltagsstörungen geführt. Angesprochen wurde dahingehend die Überlegung, perspektivisch Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entsprechende Informationsmaterialien zur Krisen- und Katastrophenvorsorge zur Verfügung zu stellen. Kritisch zu diskutieren bleibt, ob auf diese Weise auch besonders vulnerable Nutzergruppen weiterversorgt werden können, insbesondere alleinlebende Personen, demenziell erkrankte und immobile/bettlägerige Personen oder solche mit ausgeprägtem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf.

In Bezug auf Überlegungen zur ggf. notwendig werdenden Priorisierung von Patientengruppen, wird teilweise von dafür benötigten Kriterien gesprochen. Diese scheinen aber diffus, uneinheitlich und auch nicht mit Dritten abgestimmt zu sein. Auf Nachbarschaftshilfe oder Unterstützung aus dem Quartier wird selten gesetzt. Auch eine lokale oder regionale Kooperation zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen oder anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erscheint den Befragten schwierig. Allenfalls punktuell, basierend auf persönlichen Beziehungen, werden sie in Betracht gezogen. Diese gering ausgeprägte Transparenz und Kommunikationsbereitschaft gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie die schwache Vernetzung in die lokalen Strukturen hinein könnten sich als relevante Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung bei Krisen und Katastrophen erweisen, weshalb ihnen in der Ergebnisdiskussion besondere Beachtung zukommen muss.

Unterstützungserwartungen gegenüber Rettungsdiensten, Behörden mit Sicherheitsaufgaben oder Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes werden zwar geäußert, allerdings ist auch hier kein einheitliches Bild erkennbar. Grundsätzlich werden die Stadtverwaltungen und Ämter (z. B. Gesundheitsämter) in der Verantwortung gesehen. Von ihnen werden umfassende Information und konstruktive Hilfe erwartet. Neben zentral agierenden Krisenstäben werden von einigen der Befragten auch dezentrale Anlaufstellen, inkl. ärztlicher Expertise, als wünschenswert angesehen. Einerseits wird in den Interviews von einer längeren Vorlauf- und Planungszeit und einer entsprechend rechtzeitigen Information ausgegangen, andererseits

aber wird in Zweifel gezogen, dass eine solche Vorbereitung von Seiten der für zuständig erachteten Behörden bereits erfolgt ist oder überhaupt möglich wäre. Das konkrete Szenario eines plötzlich eintretenden großflächigen Stromausfalls mit seinen spezifischen Bedingungen gerät den Befragten dabei immer wieder aus dem Blick. Was die Kooperation mit Rettungsdiensten oder Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes und die in diese Richtung zielenden Unterstützungserwartungen betrifft, dienen erneut persönliche Vorerfahrungen als Hintergrundfolie. Sind diese Vorerfahrungen positiv, dann sind auch die Erwartungen höher, als wenn eher durchwachsene oder sogar negative Vorerfahrungen bestehen. Von Ausnahmen abgesehen, scheinen den befragten Leitungspersonen die in Deutschland vorgehaltenen Strukturen und deren jeweilige Unterstützungsangebote für den Fall von Krisen und Katastrophen wenig vertraut zu sein. Entsprechend schwer fällt es ihnen, konkrete Erwartungen mit Blick auf das Stromausfallszenario und die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung zu formulieren. Dies wirft Fragen in Richtung der Transparenz der verschiedenen Hilfsangebote und Strukturen in diesem Feld auf, macht aber auch auf einen Weiterbildungsbedarf auf Seiten der Leitungspersonen aufmerksam.

Die sich womöglich trotz aller Bemühungen ergebende Notwendigkeit einer Evakuierung leuchtet den Befragten ein. Dabei streben sie zunächst eine Lösung in eigener Regie an. So wird von einigen über die Möglichkeit einer selbstorganisierten Teilzentralisierung in Pflegewohnungen, Wohngemeinschaften oder an Tagespflegeeinrichtungen, die von den Trägern der ambulanten Dienste betrieben werden, spekuliert. Wie das unter den Bedingungen des Stromausfallszenarios und des fragilen Zustands mancher, insbesondere der schwerkranken und/oder von Technik abhängigen Patient*innen realisiert werden kann, bleibt aber vage. Eher allgemein gehalten sind auch die Hinweise der Leitungspersonen zur Ausstattung eines durch den Katastrophenschutz betriebenen zentralen Betreuungsplatzes („Notunterkunft“) für pflegebedürftige Personen. Spontane Überlegungen, etwa zum Transport von Pflegebetten aus der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen in diese zentrale Einrichtung, werden angesichts der Umstände meist rasch wieder verworfen. Es fällt den Befragten erkennbar schwer, sich vorzustellen, wie die von ihnen betreuten bettlägerigen Pflegebedürftigen in einer zentralen Einrichtung weiterversorgt werden können. Zwar wird die Notwendigkeit fachpflegerischer Betreuung in einer solchen Einrichtung gesehen, doch bestehen auch hierzu keine klaren Vorstellungen. Die anfänglich große Bereitschaft zur Weiterversorgung der Pflegebedürftigen durch Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflegedienste in einer Notunterkunft wird im Gespräch unter Verweis auf Rechts- und Haftungsfragen oder die familiäre Situation der Mitarbeiter*innen nach und nach eingeschränkt. Insgesamt scheint die Evakuierung und zentrale Unterbringung der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen im Fall eines Stromausfallszenarios weit weg von der alltäglichen Erfahrungswelt der Befragten und für sie auch nur schwer vorhersehbar. Auch dieser Faktor wird in der nun folgenden Diskussion der Ergebnisse aus beiden Befragungen noch einmal aufzugreifen und zu reflektieren sein.

V. Diskussion der Ergebnisse

Mit den beiden im Rahmen des Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ des AUIK-Gesamtvorhabens durchgeführten Befragungen konnten Einblicke in die Sichtweisen der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste auf die Vorsorge, das Management und die Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen gewonnen werden. Zugleich wurde damit ein erster Schritt zur Bearbeitung einer wichtigen Forschungslücke gegangen, denn noch fehlt es hierzulande weitgehend an derartigen Erkenntnissen wie auch an einer forschungsgestützten Auseinandersetzung mit der Disaster Preparedness von Pflegefachpersonen oder anderen Mitarbeiter*innen in den verschiedenen Sektoren und Einrichtungen der pflegerischen Versorgung. Dies hat u. a. die im Vorfeld durchgeführte Literatursynthese und Bibliografie bestätigt (Ewers/Lehmann 2021), die in der nun folgenden Diskussion der Ergebnisse als Referenzmaterial herangezogen wird. Zuvor aber sollen an dieser Stelle methodische und inhaltliche Limitationen angesprochen werden, die bei der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen zu berücksichtigen sind.

1. Methodische und inhaltliche Limitationen

Mit einer der beiden empirischen Erhebungen war beabsichtigt, die Sichtweise von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste zu erfassen, die unabhängig von ihrer Qualifikation und Funktion unmittelbar in der häuslichen Versorgung eingesetzt sind und alltagsnahe Einblicke in die Versorgungspraxis gewähren können. Da keine Kontaktdaten dieser Mitarbeiter*innen zur Verfügung stehen oder mit vertretbarem Aufwand beschafft werden können, wurde der Weg einer frei zugänglichen standardisierten Online-Befragung gewählt. Neben der Werbung in einschlägigen Medien wurden die Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste um die Weiterleitung der Zugangsdaten zu der Befragung an ihre Mitarbeiter*innen gebeten. Darüber, ob und in welchem Umfang dies erfolgte, liegen keine gesicherten Informationen vor. Allerdings gibt es in den Angaben über die Teilnehmer*innen an der Online-Befragung Hinweise darauf, dass dieser Weg der Stichprobenbildung nur bedingt erfolgreich war. So zeigt die durch das Statistische Bundesamt veröffentlichte Pflegestatistik, dass lediglich jede zwanzigste Person als Pflegedienstleitung und/oder in der Verwaltung bzw. Geschäftsführung ambulanter Pflegedienste tätig ist (Destatis 2020). In der hier erfassten Stichprobe waren es mehr als die Hälfte. Auch wenn einige dieser Personen angaben, weiterhin in der direkten Versorgung tätig zu sein, ist die eigentliche Zielgruppe der Befragung nur bedingt erreicht worden; ein Coverage-Problem, dass bei frei zugänglichen Online-Erhebungen häufiger auftritt (Bandilla 2015).

Zu beachten ist ferner, dass für die Online-Befragung nicht oder nur bedingt auf standardisierte deutschsprachige Instrumente zurückgegriffen werden konnte. Zwar wurde das Erhebungsinstrument z. T. in Anlehnung an internationale Vorlagen erarbeitet und getestet, dennoch ist nicht ganz auszuschließen, dass es durch die integrierte Fallvignette oder die Form der Fragestellungen zum vorzeitigen Abbruch der Befragung oder aber zu unbeabsichtigten Antworttendenzen gekommen ist. Tatsächlich haben deutlich mehr Personen den Online-Fragebogen aufgerufen oder mit der Befragung begonnen als gültige Fälle bei der Auswertung berücksichtigt werden konnten. Dies kann als Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen gedeutet werden – besonders derer, die sich prospektiv auf mögliche Ereignisse und darauf bezogene Aktivitäten bezogen. Andererseits dokumentiert die große Zahl an Aufrufen aber auch ein großes Interesse am Thema an sich. Konkrete Hinweise auf Verzerrungen im Antwortverhalten, die durch das Instrument provoziert wurden, liegen dabei aber weder aus der Erhebung noch aus der deskriptiv-statistischen Auswertung vor. Insofern ist mit gewisser Berechtigung davon auszugehen, dass mit diesem Instrument valide Aussagen über die Sichtweisen der befragten Personen auf das hier interessierende Thema erfasst wurden.

In der zweiten empirischen Erhebung, der qualitativen Interviewstudie, sind ebenfalls methodische Aspekte zu bedenken; diese sind aber anders gelagert. Wenngleich die intentionale Rekrutierung schwierig war, konnte die angestrebte Zahl an acht Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste für die Interviews erreicht werden. Auch die zuvor definierten Kriterien konnten berücksichtigt werden, wodurch trotz der geringen Zahl an interviewten Personen ein facettenreiches Sample erfasst wurde. Der erarbeitete Interviewleitfaden erwies sich in den Interviews als tragfähig, auch konnte der Einsatz des zuvor erarbeiteten Problem-Szenarios eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls in Magdeburg und seinem Umland in diesem Rahmen die erwünschten Impulse setzen. Es gibt aber Hinweise darauf, dass sich nicht alle der Befragten damit im Vorfeld befasst haben und nicht in jedem Fall wurde in den Ausführungen darauf Bezug genommen. Auch fanden die Interviews z. T. unter erschwerten Bedingungen statt; etwa aufgrund erhöhter Arbeitsbelastung der Befragten. Dennoch liegen aus der qualitativen Befragung dichte und z. T. auch anschauliche Informationen über die Erfahrungen und Sichtweisen der befragten Personen vor. Bei der Auseinandersetzung damit ist aber zu bedenken, dass diese Informationen – aufgrund des Vorgehens bei der Samplebildung und der Konzeption der qualitativen Studie – weder generalisierbar noch übertragbar, sondern personenspezifisch und kontextabhängig sind. Sie liefern erste explorierend Einblicke in das Feld und in die Erfahrungen und Sichtweisen einiger weniger ausgewählter Akteur*innen. Spätestens an dieser Stelle ist daran zu erinnern, dass es nicht das Ziel der beiden durchgeführten Erhebungen war oder sein konnte, repräsentative Erkenntnisse über die Disaster Preparedness der verschiedenen Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste zu generieren; dieses Desiderat anzugehen bleibt künftigen Forschungsaktivitäten vorbehalten. Hier sollten lediglich sondierende Informationen über die IST-Situation in den ambulanten Pflegediensten erarbeitet werden. Dieses Ziel wurde mit den Erhebungen durchaus erreicht. Zudem ergibt sich durch die teilweise Überschneidung zwischen der Online-Befragung und der qualitativen Befragung eine interessante Verdichtung von Erfahrungen und Sichtweisen.

Für die Einordnung der Ergebnisse ist noch ein inhaltlicher Aspekt zu bedenken. So erfolgten die Befragungen zu den Sichtweisen der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste unter Ausnahmebedingungen, nämlich im vierten Quartal 2020 und der sich zu dieser Zeit dynamisch entwickelnden COVID-19-Pandemie. Diese Zeit war Berichten aus dem Feld zufolge, durch besondere Arbeitsbelastungen aufgrund hoher Ausfallquoten an Mitarbeiter*innen gekennzeichnet. Ein Großteil der Aufmerksamkeit galt der Aufrechterhaltung der angespannten pflegerischen Versorgung unter den Maßgaben des Pandemie-Managements. Als Beleg hierfür sei erwähnt, dass die Stadt Magdeburg inklusive der angrenzenden Landkreise Börde, Jerichower Land und Salzlandkreis zu den ersten Regionen in Deutschland gehörten, in der die Bundeswehr im Rahmen der Amtshilfe auch zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Langzeitversorgung zum Einsatz kam. Auswirkungen dieser Umstände auf das konkrete Antwortverhalten sind nicht gänzlich auszuschließen. Womöglich hat die Pandemie zu einem größeren Problembewusstsein für Krisen und Katastrophen auf Seiten der Befragten geführt, als es zuvor vorhanden war. Eventuell wurden dadurch aber auch andere mögliche Krisenszenarien überlagert, wie z. B. ein mehrtägiger, großflächiger Stromausfall oder andere technische und von Menschen verursachte Ereignisse. Dies mag sich insbesondere in der Online-Befragung ausgewirkt haben, etwa bei der Gewichtung verschiedener Ereignisse. Auch könnten die Angaben zur persönlichen und beruflichen Resilienz der Befragten durch die Erlebnisse der Pandemie und das Gefühl der sich schrittweise verbessernden Handhabbarkeit der Hygieneregeln im Pflege- und Versorgungsalltag beeinflusst worden sein. Ungeachtet dessen bieten die beiden Erhebungen gerade wegen des zeitgleichen Auftretens der Pandemie sehr alltags- und realitätsnahe Ergebnisse zu den Sichtweisen der Befragten auf das in diesem Forschungsprojekt interessierende Thema. Sie ermöglichen es, Wissenslücken über die Resilienz gegenüber Krisen,

Notfällen und Katastrophen in ambulanten Pflegediensten und der häuslichen Versorgung sowie zur möglichen Beantwortung derartiger Ereignisse zumindest zu verringern. Zugleich unterstützen sie dabei, Ansatzpunkte zur Förderung der Disaster Preparedness im Kontext des AUPIK-Gesamtvorhabens zu identifizieren. Eben diesem Ziel dient auch die nun folgende Diskussion als wesentlich erachteter Erkenntnisse aus den beiden Erhebungen, deren Ergebnisse im Folgenden zusammenführend, z. T. aber auch kontrastierend betrachtet werden.

2. Dimensional begrenztes Problem- und Risikobewusstsein

International gibt es ein wachsendes Bewusstsein für die möglichen Gefahren, die in zunehmend komplexeren Gesellschaften von in Reichweite, Auftreten, Ursache und Art äußerst unterschiedlichen Krisen, Notfällen und Katastrophen ausgehen können. Die sich daraus ergebenden, mehr oder weniger ausgeprägten Sicherheitsrisiken für die Gesamtbevölkerung, wie auch für einzelne Bevölkerungsgruppen, frühzeitig wahrzunehmen und mit multidisziplinären und sektorenübergreifenden Konzepten, Strategien und Interventionen vorausschauend zu beantworten, wird hohe Priorität eingeräumt (UNDRR 2015; WHO 2019). In den Fokus rückt dabei auch die Gesundheitsversorgung und hier wiederum die häusliche Langzeitversorgung. Denn zunehmend häufiger werden nicht nur ältere Menschen mit zeitlich und inhaltlich begrenztem alltagsnahem Hilfebedarf dezentral häuslich betreut, sondern auch schwer kranke und technikabhängige Menschen jeden Alters oder solche in der letzten Lebensphase mit Bedarf an kontinuierlicher, fachkundiger medizinisch-pflegerischer Unterstützung. Diese Bevölkerungsgruppen sind im Krisen- und Katastrophenfall besonderen Sicherheitsrisiken ausgesetzt. Zugleich stellt ihre Weiterversorgung spezifische Anforderungen an alle daran beteiligten Personen und Organisationen (Wyte-Lake et al. 2015; Ewers/Lehmann 2021). Vor diesem Hintergrund war in den hier durchgeführten Befragungen von Interesse, inwiefern diese Entwicklungen und deren Dimensionen wahrgenommen und antizipiert werden.

Tatsächlich ist ein größerer Teil der Befragten laut eigener Auskunft persönlich oder beruflich schon einmal mit Alltagsstörungen in Berührung gekommen. Angegeben wurden dabei vor allem Naturkatastrophen (z. B. Extremwetterlagen und Hochwasser) sowie Bombenfunde mit Evakuierungen. Bei genauerer Betrachtung handelte es sich meist um zeitlich und räumlich begrenzte Ereignisse, die von den regionalen Behörden, Einrichtungen und Helfer*innen gut bewältigt werden konnten und einen glimpflichen Ausgang nahmen. Von den Befragten wurden sie aus der Distanz heraus erlebt. Unmittelbare Erfahrungen mit der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in einem Ereignisfall, quasi als Ersthelfer*innen, bestehen jenseits von medizinischen Notfällen aber nicht. Zum Teil wurde in den Befragungen auch angemerkt, dass Deutschland von gravierenden Krisen, Notfällen und Katastrophen weitgehend verschont geblieben ist – im Gegensatz zu Weltregionen und Ländern mit ökonomischer, struktureller und politischer Instabilität und einer höheren Eintrittswahrscheinlichkeit derartiger Ereignisse.

Bemerkenswert ist, dass die weltweite COVID-19-Pandemie von den Befragten tendenziell nicht konsequent in den hier interessierenden thematischen Zusammenhang eingeordnet wurde. Zwar wurde Massenerkrankungen in der Online-Befragung eine gewisse Bedeutung beigemessen und in den Interviews entsteht der Eindruck einer hohen Arbeitsbelastung, aber nicht unbedingt, dass derzeit eine globale, sich chronisch entwickelnde Public-Health-Krise zu bewältigen ist, die mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Belastungen unterschiedlicher Art, einer hohen Krankheitslast sowie einem erheblichen Verlust von Menschenleben einhergeht. Hier zeigen sich interessante Übereinstimmungen zu den Ergebnissen einer repräsentativen Ad-Hoc-Untersuchung eines Bündnisses deutscher Hilfsorganisationen im Zusammenhang mit der aktuellen COVID-19-Pandemie. Darin wurde u. a. ermittelt, dass 30 % der im Oktober 2020 Befragten für sich persönlich das Gefühl hatten, in einer Katastrophensitua-

tion zu sein, 42 % sahen das allerdings nicht so und 28 % waren unentschieden (Aktion Deutschland hilft e. V. 2020). In ähnlicher Weise wie der größere Teil dieser Befragten scheinen auch die Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Dienste von der grundsätzlichen Kontrollierbarkeit dieser Gesundheitskrise und zumindest für sie persönlich kalkulierbaren Risiken auszugehen. Einige Befragte beklagten, dass die durch die aktuelle Public-Health-Krise in ihrem Handlungsfeld entstandenen realen Sicherheitsrisiken und Herausforderungen von politischer Seite unbeachtet blieben und dass die ambulante Pflege beim Krisenmanagement gegenüber anderen Bereichen des Gesundheitssystems nachrangig behandelt wurde. Andere begegneten diesem Umstand aber auch mit Verständnis, wodurch sie der häuslichen Versorgung aber zugleich im Ereignisfall eine geringere Bedeutung als anderen Versorgungssettings beimaßen. Die in diesem Feld auch und gerade durch die COVID-19-Pandemie und ihre Folgen bestehenden Sicherheitsrisiken und die Notwendigkeit, ihnen durch systematische Vorsorge sowie konkrete Maßnahmen zur Bewältigung zu begegnen, werden von den Befragten weniger gesehen.

Ausgehend von den gemachten Erfahrungen mit Alltagsstörungen wird auch das Risiko eingeschätzt, in der Zukunft von Krisen und Katastrophen betroffen zu sein. So wird dafür auf Seiten der Befragten eine gewisse Wahrscheinlichkeit gesehen, doch rücken dabei vorrangig erneut bekannte Ereignisse, wie Unwetter und deren Folgen, in den Fokus. Auch das Auftreten weiterer Massenerkrankungen wird, vermutlich ausgelöst durch die COVID-19-Pandemie, inzwischen im Bereich des Möglichen gesehen. Anderen Krisen und Katastrophen wird von Seiten der Befragten deutlich geringere Relevanz beigemessen – darunter etwa technischen Großunfällen und Störungen, dem Ausfall von Infrastrukturen (Strom, Trinkwasser, Telekommunikation) oder auch sozialen Unruhen und Terrorismus mit den entsprechenden Folgen. Die Überlegungen zu den möglichen Auswirkungen der verschiedenen Krisen und Katastrophen auf die von den ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen bleiben vage. Sich vorzustellen, von welchen Ereignissen sie künftig persönlich oder beruflich betroffen sein könnten, wie diese Ereignisse sich konkret auswirken würden und welche Sicherheitsrisiken sich daraus für sie selbst, aber auch für ihre Klientel oder Dritte ergeben würden, fällt den Befragten erkennbar schwer. Zudem wird meist übersehen, dass verschiedene umweltbezogene Ereignisse (z. B. Überschwemmungen in Folge von Starkregen), technische Ereignisse (z. B. Ausfall der Strom- und Trinkwasserversorgung) und biologische Ereignisse (z. B. Infektionserkrankungen) sowohl Auslöser wie auch Folgen von Ereignisketten sein können. Diese können eskalieren und sich zu gravierenden Katastrophen mit weitreichenden Folgen auswachsen – auch für die ambulante Pflege und die von ihnen betreuten Personen.

In der Summe lassen die befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste ein Problem- und Risikobewusstsein erkennen, das v. a. im Hinblick auf das eigene berufliche Handlungsfeld schwach ausgeprägt und dimensional begrenzt ist. Eine vorausschauende und reflektierende Auseinandersetzung mit dem Thema ist auf Seiten der hier berücksichtigten ambulanten Pflegedienste eher selten auszumachen. Die Problemwahrnehmung richtet sich meist auf konkrete und isolierte Ereignisse (Einzelgefahren-Ansatz). Der von der WHO und anderen Verbänden und Expert*innen geforderte Perspektivwechsel hin zu einem All-Gefahren-Ansatz, der alle möglichen Risiken und auch deren komplexes Ineinandergreifen berücksichtigt, scheint auf Seiten der hier befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste noch auszustehen (UNDRR 2015; WHO 2019). Damit sind sie allerdings nicht allein! Eine ähnliche Problemwahrnehmung und Haltung ist aktuell auch in der allgemeinen Öffentlichkeit und bei politischen Verantwortungsträgern zu beobachten, etwa in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie oder die zunehmend erkennbaren Folgen des Klimawandels.

3. Ereignisbasierte Zugänge und reaktive Vorgehensweisen

Die hier befragten Personen verfolgen in ihren Überlegungen überwiegend einen ereignisbasierten Zugang zum Thema Krisen, Notfälle und Katastrophen, wobei sie selbst Erlebtes und Erfahrenes als Bezugsrahmen und Ausgangspunkt für die Bewertung von möglichen Vorfällen in der Zukunft nutzen. Dies deutet sich in der Online-Befragung an, gilt aber insbesondere für die Interviews mit den Leitungspersonen. Zuweilen entsteht der Eindruck, als wenn die befragten Personen sich anlässlich der Interviews überhaupt erst einmal über externe Risiken im Zusammenhang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen Gedanken gemacht und sich mit möglichen negativen Begleiterscheinungen für sich selbst oder die Pflegebedürftigen und Angehörigen auseinandergesetzt haben. Dies wird besonders deutlich in der Konfrontation mit dem Stromausfallszenario. Weil dazu in den meisten Fällen keine konkreten Vorerfahrungen vorliegen, hat es den Befragten erkennbar Probleme bereitet, die im Szenario angedeuteten Auswirkungen auf ihre Arbeit oder auch eine mögliche Vorbereitung auf damit verbundene Sicherheitsrisiken gedanklich durchzuspielen. Meist blieben die sich darauf beziehenden Ausführungen im Ungefähren und wenig greifbar. Dem steht entgegen, dass in der Online-Befragung von einem solchen Ereignis durchaus weitreichende Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung erwartet werden – insbesondere auf die von Pflegebedürftigen mit besonderen Problem- und Bedarfslagen. Hinweise auf risikobasierte Zugänge, bei denen auf der Grundlage einer begründeten Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit verschiedener Ereignisse mögliche Auswirkungen auf den eigenen Aufgaben- und Verantwortungsbereich abgewogen und unter Berücksichtigung von Unsicherheiten, Vulnerabilitäten und Kapazitäten gezielte Vorsorgemaßnahmen ergriffen werden (z. B. BMI 2018; WHO 2019), sind auf Seiten der befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste nicht auszumachen. Dieses Ergebnis zeigt sich aber auch in der internationalen Literatur (z. B. Labrague et al. 2018; Putra et al. 2020).

Stattdessen gibt es in den Daten deutliche Hinweise auf vorwiegend reaktive Vorgehensweisen und einen Optimismus hinsichtlich der Möglichkeit, entsprechende Ereignisse bewältigen zu können. Ein solcher „Bewältigungsoptimismus“ wurde u. a. auch in Einschätzungen von leitenden Pflegenden in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung zum Umgang mit den Herausforderungen und Belastungen während der Pandemielage deutlich (Pfortner et al. 2021, S. 31, 39). So gehen die Befragten z. T. davon aus, den sich im Ereignisfall ergebenden Herausforderungen ad hoc begegnen zu müssen und dabei ggf. auf in früheren Situationen bewährte Strategien und Maßnahmen zurückgreifen zu können. Dahingehend wird gelegentlich von Vorkehrungen in Form von infrastrukturellen oder investiven Maßnahmen gesprochen, z. B. von der Anschaffung eines Notstromaggregates, von Notfallsets und Taschenlampen, von der Aufrechterhaltung einer Papierdokumentation sowie von einem vorausschauenden Betanken der Dienstfahrzeuge und von einem Aufladen elektronischer Geräte. Diese Maßnahmen wirken aber gemessen an der Komplexität der Herausforderungen zu wenig durchdacht. Dies zeigt sich z. B. auch an der Idee, im Katastrophenfall im Büro des Pflegedienstes situativ eine Kinderbetreuung einzurichten, um die Mitarbeiter*innen bei den Pflegebedürftigen einsetzen zu können. Überlegungen wie diese zeugen zwar von Kreativität, werden aber weder als Ausdruck eines systematischen Lernens aus Vorerfahrungen noch eines risikobasierten und proaktiven Vorgehens zu werten sein. Vermisst wird auf Seiten der befragten Personen Transparenz über die zu erreichenden Ziele der ambulanten Pflegedienste im Ereignisfall (z. B. die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung) und dabei ggf. auftretende Zielkollisionen (z. B. zwischen dem Sicherheitsbedürfnis der Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Mitarbeiter*innen). Auch wäre erstrebenswert, dass die angedachten Maßnahmen grundsätzlich geeignet sind, im Ereignisfall erwünschte Wirkungen zu verstärken (z. B. die sichere Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung) und unerwünschte Wirkungen zu verringern oder zu vermeiden (z. B. Gesundheitsschäden für die Pflegebedürftigen). Dazu würde dann auch gehören, dass insbesondere

die Leitungspersonen versuchen würden, akzeptable von nicht-akzeptablen Risiken zu unterscheiden – auch hier nicht unbedingt im Sinne von betriebswirtschaftlichen Risiken zu verstehen, sondern vielmehr mit Blick auf die übergeordneten Ziele der ambulanten Dienste und die möglichen Folgen für deren Mitarbeiter*innen oder Nutzer*innen (Pflegebedürftige, Angehörige). Entsprechende Hinweise darauf sind aber weder in der Online-Befragung noch in den Interviews zu erkennen. Stattdessen wird zuweilen sogar in Frage gestellt, ob es überhaupt möglich sei, sich auf so etwas wie das vorgestellte Stromausfallszenario gezielt vorzubereiten. Zumindest die hier befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste sind von den Vorteilen eines vorausschauenden Risikomanagements im Umgang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen (Hauke/Holzer 2018; BMI 2018) in ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich noch nicht durchgängig überzeugt – ein Aspekt, der bei der weiteren Maßnahmenplanung im AUPIK-Gesamtprojekt zu berücksichtigen sein wird.

4. Diskrepanze Selbsteinschätzungen zur Vorsorge und Resilienz

In den Daten aus der Online-Befragung mit den Mitarbeiter*innen wie auch aus den Interviews mit den Leitungspersonen ambulanter Dienste finden sich Hinweise darauf, wie es um die individuelle Vorsorge für Krisen-, Not- und Katastrophenfälle und auch deren persönliche und berufliche Widerstandsfähigkeit gegenüber solchen Ereignissen bestellt ist. Wenngleich in diesem Kontext keine objektive, systematische und repräsentative Erfassung der Disaster Literacy, Disaster Preparedness oder Resilienz durchgeführt werden konnte, bieten die vorliegenden Selbsteinschätzungen doch Anhaltspunkte für weiterführende Überlegungen.

So ist etwa in der Online-Befragung ermittelt worden, dass sich die befragten Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste – mit gewissen Varianzen – eher schlecht oder auch gar nicht auf die Bewältigung einzelner Krisen-, Notfall- und Katastrophenereignisse vorbereitet fühlen; ausgenommen sind in diesem Fall im engeren Sinne medizinische Notfälle. Ähnliche Stimmen waren auch den Interviews zu entnehmen. Dabei sind unterschiedliche Dimensionen zu berücksichtigen. Zwar werden von den Befragten Möglichkeiten gesehen, Informationen für eine individuelle Katastrophenvorsorge zu beschaffen (z. B. über Behörden, wie das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe). Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber, dass sie deutlicher seltener auch bereits eingeholt oder gar in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden. In der zuvor erwähnten repräsentativen Umfrage der Aktion Deutschland hilft e. V. (2020) stellt sich das Bild etwas anders dar. Gut zwei Drittel der Befragten (66,3 %) messen der Katastrophenvorsorge große Bedeutung bei, leicht darüber liegt der Anteil derjenigen (68,2 %), die zum Befragungszeitpunkt nach eigener Auskunft persönlich bereits eine oder mehrere Maßnahmen zur individuellen Katastrophenvorsorge getroffen hatten. Daraus wird dann gefolgert: „Deutsche sind Vorsorge-Fans“ (ebd., 2). Begründet wird diese Behauptung damit, dass die Hälfte der Befragten (49,6 %) schon vor der COVID-19-Pandemie Katastrophenvorsorge betrieben haben und für etwas mehr als ein Fünftel (22,6 %) war die Pandemie Anlass dafür, entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Gemessen daran, messen die hier befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste ihrer individuellen Vorsorge für Krisen-, Not- und Katastrophenfälle weniger Bedeutung bei. Gründe dafür sind nicht bekannt.

Aufmerksamkeit verdienen in dem Zusammenhang auch die Befunde zur Einschätzung der personalen Resilienz im persönlichen wie beruflichen Kontext der in dieser Studie befragten Personen. Als Privatperson haben die meisten Teilnehmer*innen der Online-Befragung ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen in einem standardisierten Kurzinstrument auf einer mindestens mittleren Ebene eingeschätzt, womit sie in etwa der Referenzstichprobe zur Validierung des eingesetzten Befragungsinstruments entsprochen haben (Ufer 2016). Im beruflichen Kontext wurde die Resilienz mangels entsprechender Instrumente durch Fragen ermittelt, die aus einem englischsprachigen Instrument adaptiert wurden. Dabei

zeigte sich im Ergebnis eine überwiegend hoch eingeschätzte Resilienz. Zwar wurde in den Interviews weder die Resilienz im privaten noch im beruflichen Kontext ermittelt, doch lassen sich einige Aussagen in die Richtung deuten, dass die befragten Personen sich den ihnen begegnenden Herausforderungen in der ambulanten Pflege auch angesichts von Krisen, Notfällen und Katastrophen tendenziell gut gewachsen fühlen. An einigen Stellen zeigen sich in den Interviews grundsätzlich optimistische Grundhaltungen und hohe Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Befragten sehen sich demnach in der Lage, in konkreten Krisen, Notfällen und Katastrophen situativ und kreativ-improvisierend reagieren zu können. In anderen wird hingegen eine fatalistische Einstellung an den Tag gelegt sowie Macht- und Ratlosigkeit gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen signalisiert. Letzteres würde sich eher mit der Beobachtung in Einklang bringen lassen, wonach sich die Befragten insgesamt eher schlecht auf derartige Ereignisse vorbereitet fühlen. Ob die in diesen Befragungen ermittelten diskrepanten Selbsteinschätzungen realistisch und tragfähig sind, ob sich darin eine begrenzte Problemwahrnehmung und Überbewertung eigener Kompetenzen niederschlägt, ob schlicht einer sozialen Erwartungshaltung entsprochen wurde oder ob vielleicht die eingesetzten Instrumente dieses spezifische Antwortverhalten provoziert haben, ist nur schwer abschließend zu beurteilen.

Insgesamt geben die Selbsteinschätzungen der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Dienste zu Fragen der Vorsorge und Resilienz aber zu denken. Sie werfen Fragen danach auf, wie es um die Kompetenzen zum Suchen, Finden, Bewerten und Nutzen von Informationen zum Thema Krisen, Notfälle und Katastrophen (Disaster Literacy) auf Seiten von Pflegefachpersonen generell wie im Besonderen unter den Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste hierzulande tatsächlich bestellt ist und wie die individuelle Katastrophenvorsorge durch gezielte Maßnahmen von außen gefördert werden kann. Zugleich machen die Ergebnisse deutlich, dass die Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastrukturen nicht zuletzt davon abhängt, wie widerstandsfähig, handlungskompetent und wirkmächtig sich die darin bewegenden Personen selbst einschätzen und tatsächlich erweisen (Couig et al. 2017; Veenema 2018). Bis dato liegen hierzu nur wenig belastbare Informationen vor, weshalb ein großer Bedarf an Instrumentenentwicklung und Forschung zu diesen Fragen besteht. Umso wichtiger ist die Auseinandersetzung mit der individuellen Vorsorge und Resilienz der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Dienste im Rahmen der im AUPIK-Gesamtprojekt noch zu entwickelnden Maßnahmen.

5. Fehlende Konzepte und organisatorische Vorkehrungen

In den beiden hier durchgeführten Erhebungen gab es kaum Hinweise auf konzeptionelle Vorstellungen für den Umgang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen oder auf organisationsbezogene Maßnahmen zur Vorsorge, zum Management und zur Bewältigung derartiger Ereignisse. Den Ergebnissen der Online-Befragung der Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste war zu entnehmen, dass für vermutlich häufiger vorkommende medizinische Notfallsituationen auf Seiten einzelner Pflegebedürftiger oder Patient*innen Vorkehrungen getroffen wurden, auch darauf ausgerichtete Pflichtweiterbildungen scheinen in großem Umfang zu bestehen. Auch gibt es mehr oder weniger ausgearbeitete Notfallpläne. Derartige Maßnahmen sind in aller Regel im Rahmen der Qualitätssicherung für diesen Arbeitsbereich verpflichtend (MDS 2020). Zudem werden (noch) in vielen Fällen Listen mit Adress- und Kontaktdaten der Patient*innen und Angehörigen in den Diensten vorgehalten. Ob sie in jedem Fall vollständig und aktuell sind, ist aber basierend auf Hinweisen aus den Interviews zu bezweifeln. Bemerkungen, die auf eine vorausschauende Planung oder Anpassung von Strukturen oder Routinen zur besseren Vorbereitung, zum Management oder zur Bewältigung künftiger Krisen, Notfälle und Katastrophen schließen lassen könnten, sind in den Interviews aber kaum zu finden. Die Geschäftsführungen oder Pflegedienstleitungen der ambulanten Dienste scheinen auf organisa-

torischer Ebene dahingehen überwiegend kaum aktiv gestalterisch tätig zu werden. Die Auseinandersetzung mit anderen als medizinischen Krisen, Notfällen und Katastrophen wird tendenziell individualisiert und den Mitarbeiter*innen überlassen. Es finden sich kaum Hinweise auf schriftlich niedergelegte Konzepte zum Katastrophenmanagement, standardisierte Prozessbeschreibungen (Protokolle) oder Arbeitshilfen zur Vorbereitung auf, zum Umgang mit oder zur Nachbereitung von Krisen, Notfällen und Katastrophen unterschiedlichster Art. Ebenso finden sich keine Hinweise auf die Nutzung spezifischer Assessment- und Evaluationsinstrumente, etwa zur systematischen Erfassung von Vulnerabilitäten und Umweltbedingungen auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, auf Pläne zur Einbindung von (ehrenamtlichen) Helfer*innen oder gar auf mit Dritten abgestimmte Evakuierungspläne. All dies wird jedoch in den einschlägigen Konzepten der Katastrophenvorsorge und des Disaster Nursing für notwendig erachtet (z. B. Jennings-Sanders 2004; Wyte-Lake et al. 2016; Veneema 2018; WHO 2019).

Zu reflektieren ist auch das in den Ergebnissen zum Vorschein kommende Selbstverständnis ambulanter Dienste, deren Angebotsgestaltung und deren Umgang mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. So werden zwar Gruppen von Nutzer*innen mit verschiedenen Bedarfs- und Problemlagen identifiziert – dementsprechend wird auch eine Priorisierung der Versorgung („Triage“) nach zuvor definierten Bedarfskriterien ins Auge gefasst, um im konkreten Ereignisfall knappe personelle und sachliche Ressourcen gezielt für besonders schwere Fälle einsetzen zu können. Diese Ideen werden aber kaum konkretisiert und in eine abgesicherte tragfähige Arbeitsgrundlage für den Ereignisfall transformiert. Sollten sie umgesetzt werden, wären nicht nur einheitliche, transparente und pragmatisch überprüfbare Kriterien erforderlich. Es müsste – angesichts des veränderbaren Zustands der Pflegebedürftigen oder des Wechsels der Nutzer*innen – auch eine systematische Aktualisierung der Einstufungen erfolgen, um auf einen jederzeit eintretenden Krisen-, Not- oder Katastrophenfall vorbereitet zu sein. Hinzu kommt, dass ein derart aufwändiges, strategisches Vorgehen auf Seiten der hier berücksichtigten ambulanten Dienste – nicht zuletzt aufgrund der als vielfach (zu) knapp befundenen Ressourcen – nicht umgesetzt wird.

Zentral ist in diesem Zusammenhang erscheint auch, dass die ambulanten Pflegedienste – der familienergänzenden Struktur der häuslichen Langzeitversorgung entsprechend – in großem Umfang darauf vertrauen, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sich im Krisen-, Notfall- und Katastrophenfall weitgehend selbst helfen. Wie das konkret aussehen soll – etwa am Beispiel des Stromausfallszenarios – wurde nicht näher ausgeführt. Auch welche Sicherheitsrisiken und Folgeprobleme sich ergeben könnten, wenn die Nutzer*innen der ambulanten Pflegedienste sich im Ereignisfall selbst überlassen bleiben, wurde von den hier Befragten nicht problematisiert. Den Ergebnissen der Online-Befragung war zu entnehmen, dass der Information der Nutzer*innen von mehr als zwei Drittel der Befragten Bedeutung beigemessen wird. Dem steht jedoch zugleich entgegen, dass den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aber eher weniger häufig auch bereits Unterstützung bei der individuellen Katastrophenvorsorge angeboten wird. Nur rund ein Drittel der Befragten gaben an, diese Unterstützung zu leisten. Strukturierte Gespräche zu diesem Thema und damit zur Vorbereitung der Nutzer*innen auf das, was sie im Ereignisfall womöglich erwarten könnte, sind eher die Ausnahme. In den Interviews wurde dazu erläutert, dass die Pflegebedürftigen und Angehörigen von derartigen Gesprächen überfordert sein könnten, weshalb die Katastrophenvorsorge ungern angesprochen werden würde. Ähnliche Argumente werden oft auch mit Blick auf andere heikle Themen angeführt, z. B. die vorausschauende Versorgungsplanung oder die Gestaltung des Lebensendes. Zwar kann dies wohlwollend als Anerkennung der emotionalen Vulnerabilität der Pflegebedürftigen und Angehörigen durch die Befragten gedeutet werden. Daraus aber die Konsequenz zu ziehen, vorhandene Ressourcen und Kapazitäten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zur Selbsthilfe zu aktivieren und durch gezielte Edukationsangebote (Information, Beratung, Anleitung) zu fördern, scheinen die Befragten nicht als ihre obligatorische Aufgabe anzusehen.

Diesen Aspekt sowie das Fehlen von tragfähigen Konzepten und organisatorischen Maßnahmen zur Vorbereitung, zum Management und zur Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen in der häuslichen Langzeitversorgung gehören bei Initiativen zur Förderung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen ganz nach oben auf die Agenda.

6. Unzureichende Kooperation, Vernetzung und Sozialraumorientierung

Geteilte Verantwortlichkeiten, organisationsübergreifende Maßnahmen sowie eine sozialräumliche Planung mit Einbindung lokaler Gemeinschaften und/oder Gemeinden werden seit langem als wichtige Bausteine einer systematischen Katastrophenvorsorge und eines erfolgreichen Katastrophen-Risikomanagements gefordert (UNDRR 2015; WHO 2019). Im Rahmen der in Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ durchgeführten Literatursynthese (Ewers/Lehmann 2021) wurde zudem herausgearbeitet, dass Kooperation und Vernetzung sowie eine konsequente Bezugnahme auf soziale Gemeinschaften, Kommunen und Regionen zu den wesentlichen Grundpfeilern des sogenannten „Community Health Nursing“ und „Public Health Nursing“ zählen (z. B. Stanhope/Lancaster 2012; WHO 2017). Dabei wird einem Selbstverständnis von Pflege gefolgt, dass über die Erbringung eng begrenzter therapeutisch-technischer, alltagsnaher, hauswirtschaftlicher oder sozial-betreuerischer Dienstleistungen für einzelne Personen hinausgeht und eine sozialräumliche Perspektive einnimmt, um auf die vielfältigen Herausforderungen in der häuslichen und gemeindebasierten pflegerischen Versorgung reagieren zu können (ebd.). Von diesem erweiterten Pflegeverständnis ist in den Antworten der hier befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste kaum etwas zu erkennen, ebenso wenig von gezielten Strategien der Kooperation und Vernetzung mit verschiedenen Einrichtungen, Organisationen und Akteur*innen in ihren jeweiligen lokalen, regionalen oder auch überregionalen Kontexten.

Beispielsweise wurde die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Pflege zur besseren Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen in den Interviews zwar als wichtig erachtet und anlassbezogen wird sie trägerintern oder basierend auf persönlichen Beziehungen gelegentlich auch praktiziert. Regionale, ggf. auch trägerübergreifende Netzwerke ambulanter Dienste scheitern aber nach Ansicht der Befragten an der stark kompetitiven Struktur des Pflegemarktes und den knappen (personellen) Ressourcen in diesem Feld. In ähnlicher Weise wird auch die Kooperation und Vernetzung mit Arztpraxen, Apotheken, Heilmittelerbringer*innen, Krankenhäusern oder auch Kranken- und Pflegekassen grundsätzlich als positiv bewertet. Im Alltag wird sie – basierend auf den hier erhobenen Daten – aber selten umgesetzt. Wiederholt deutet sich in den Ergebnissen zudem an, dass bei vielen Befragten auch kaum Vorstellungen dazu existieren, welche der verschiedenen Einrichtungen, Organisationen und Akteur*innen im Ereignisfall welche Rolle und Aufgaben zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung oder der weitergehenden Beantwortung von Alltagsstörungen einnehmen könnte. Ebenso wenig besteht eine Vorstellung dazu, welche Vorteile von einer solchen regionalen Vernetzung mit ihren zahlreichen unterschiedlichen Leistungsanbieter*innen und Leitungsträger*innen zu erwarten wären. Noch weniger Aufmerksamkeit wird der Einbindung informeller Helfer*innen, etwa aus der Nachbarschaft der Pflegebedürftigen oder von entsprechenden Hilfsorganisationen (Freiwilligendiensten) beigemessen (vgl. u. a. auch Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2012). Dabei wären sie eine wichtige Komponente in familienergänzenden Konzepten zur Aufrechterhaltung der dezentralen häuslichen Versorgung (nicht nur) in Krisen- und Katastrophenfällen.

Die Kooperation mit Rettungsdiensten, mit Behörden mit Sicherheitsaufgaben oder auch Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes erscheint den Äußerungen der Befragten zu Folge einseitig verstanden zu werden: Die Befragten erwarten aus dieser Richtung konkrete Unterstützung und Hilfe im Krisen-, Not- oder Katastrophenfall, zuweilen auch einfach die

Übernahme der Pflegebedürftigen und der damit verbundenen Verantwortung zur Weiterversorgung in zentralen Einrichtungen. Welchen Beitrag Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste ihrerseits zur Unterstützung der Arbeit der Rettungsdienste, Behörden mit Sicherheitsaufgaben oder auch der Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes vor, während und nach einem Ereignisfall leisten könnten, bleibt unklar. Die Strukturen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und das Selbstverständnis dieser Helfer*innen scheinen den Befragten zudem kaum bekannt zu sein. Das trägt zur Orientierungslosigkeit und einem eher tentativen (versuchsweisen) Vorgehen im Ereignisfall bei, was nicht zuletzt als Ausdruck mangelnder Katastrophenvorbereitung zu werten ist. Außerhalb der Verbände der freien Wohlfahrtspflege scheint dieses Phänomen ausgeprägter zu sein, was angesichts der Strukturen des sogenannten „Pflegemarktes“ und der wachsenden Bedeutung privatwirtschaftlicher Träger sowie vorwiegend ökonomischer Anreizsysteme zu denken geben sollte. Ebenfalls ernst zu nehmen sind vereinzelte Hinweise auf Missverständnisse und Kooperationshemmnisse – etwa in Form wechselseitig erfolgender Disqualifizierung zwischen Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflege einerseits und z. B. denen von Rettungsdiensten andererseits. Dabei mag es eine Rolle spielen, dass die beiderseitigen Erwartungen an eine Zusammenarbeit vor, während und nach einem Ereignisfall ungeklärt oder unausgesprochen bleiben. Hier anzusetzen und für eine Annäherung von ambulanten Pflegediensten einerseits sowie Rettungsdiensten, Behörden mit Sicherheitsaufgaben und Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes andererseits zu sorgen, kommt im AUPIK-Gesamtvorhaben große Bedeutung zu. Es gilt aufeinander abgestimmte Perspektiven, Strategien und Aktivitäten zu erarbeiten.

Spezielle Kooperationsherausforderungen stellen sich vor diesem Hintergrund mit Blick auf die Idee eines zentralen Betreuungsplatzes für Pflegebedürftige. Dabei sind insbesondere auch Personen mit besonderem, technikintensivem Behandlungs- und Versorgungsbedarf oder auch alleinlebende, psychiatrisch oder demenziell erkrankte Personen zu bedenken. Die dezentrale häusliche Weiterversorgung dieser Pflegebedürftigen wird in bestimmten Fällen – etwa auch im Fall des Stromszenarios – von den Befragten als besonders herausfordernd eingestuft. Gleiches gilt für ihre ggf. notwendige Evakuierung. Interessanterweise setzen die Befragten aber auch in diesem Fall wieder nicht auf Kooperation, sondern auf ihre organisatorische Unabhängigkeit: Sie wollen das Problem zunächst einmal allein lösen – etwa durch einen Transfer „ihrer“ Pflegebedürftigen in tragereigene Pflegewohnungen, Wohngemeinschaften oder Tagespflegereinrichtungen. Die dabei in einem konkreten Ereignisfall – etwa dem Stromausfallszenario – zu berücksichtigenden logistischen und organisatorischen Herausforderungen werden aber erkennbar unterschätzt. So wirken die dazu angestellten Überlegungen unausgereift.

Die mögliche Unterbringung pflegebedürftiger Personen an einem zentralen Betreuungsplatz (d. h. in einer Notunterkunft) in Verantwortung des Katastrophenschutzes, wird von Seiten der hier Befragten mit Skepsis begegnet. Dabei scheinen unklare Vorstellungen über die personelle und sachliche Ausstattung solcher Notunterkünfte für pflegebedürftige Menschen, die dortigen Abläufe und Praktiken sowie über die Rolle und Möglichkeiten der Katastrophenschutzorganisationen zu bestehen. Darauf deuten insbesondere die Ergebnisse der Interviews hin. Sich selbst und ihre spezifische Expertise sehen die befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste als wichtigen Erfolgsfaktor für eine solche Einrichtung an. Dies gilt besonders für diejenigen, die Pflegebedürftige mit speziellen Problem- und Bedarfslagen betreuen, z. B. mit einer lebenserhaltenden Langzeitbeatmung. Wenn es aber darum geht, ihre Expertise für den Betrieb eines zentralen Betreuungsplatzes für pflegebedürftige Personen zu spezifizieren, bleiben die Ausführungen in den Interviews erneut vage oder es werden rasch zuwiderlaufende Bedingungen thematisiert. Ob ein solch anspruchsvolles Vorhaben wie die Einrichtung eines zentralen Betreuungsplatzes (einer „Notunterkunft“) für Pflegebedürftige in Regie des Katastrophenschutzes und unter Beteiligung von Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen

sonen ambulanter Pflegedienste angesichts der aufgezeigten Kooperations- und Vernetzungspraxis realisiert werden kann oder welche anderen Modelle des Disaster Nursing dafür in Betracht werden müssen, wird im weiteren Verlauf des AUIK-Gesamtprojekts zu prüfen sein.

7. Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft unter Vorbehalt

Die beiden Befragungen haben zahlreiche explizite und implizite Hinweise auf die Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste in Krisen, Notfällen und Katastrophen geliefert. Zudem bieten sie vielfältige Ansatzpunkte für die im Rahmen des AUIK-Gesamtprojekts zu entwickelnden Maßnahmen zur Förderung der Katastrophenvorsorge in der häuslichen Versorgung sowie zur Personalentwicklung in den ambulanten Diensten.

Beispielsweise wurde im Rahmen der Online-Befragung deutlich, dass Weiterbildungen zu medizinischen Notfällen zwar für die Mitarbeiter*innen ambulanter Dienste zumeist verpflichtend wahrgenommen werden und dementsprechend auch von den Arbeitgebern unterstützt werden. Ähnliches trifft wohl auch auf Unterweisungen zum Brandschutz zu. Für die Vorbereitung auf andere Krisen, Notfälle und Katastrophen gilt dies jedoch nicht in gleicher Weise. Die Verantwortung hierfür scheint eher an die Mitarbeiter*innen abgegeben zu werden und ist somit von deren Interessen und Möglichkeiten abhängig. In den hier durchgeführten Interviews finden sich keine Hinweise auf inner- oder überbetriebliche (Pflicht-)Weiterbildungen zu diesen Themen, regelmäßige praktische Übungen oder andere Maßnahmen zur Förderung der Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter*innen ambulanter Dienste für einen möglichen Katastrophenfall. Dabei ist zu bedenken, dass das Handeln in Katastrophen auch in den Ausbildungen von Pflegefachpersonen hierzulande keine bedeutende Rolle spielt und selbst international seit geraumer Zeit und wiederholt Qualifikationsdefizite von Pflegefachpersonen und anderen Mitarbeiter*innen in den diversen pflegerischen Versorgungssettings beklagt werden (z. B. Grochtdreis et al. 2016; Labrague et al. 2018; Adams/Melius 2020). Entsprechende Bildungsmaßnahmen wären folglich dringend angezeigt, um die Einsatzfähigkeit ambulanter Pflegedienste und damit auch die häusliche Weiterversorgung pflegebedürftiger Personen im Krisen- und Katastrophenfall zu sichern.

Der Blick richtet sich dabei zunächst auf die Leitungspersonen der ambulanten Dienste. Sie tragen eine hohe Verantwortung für die organisatorische Vorbereitung der ambulanten Dienste auf Krisen, Notfälle und Katastrophen wie auch für das Management eines Ereignisfalls oder die Bewältigung seiner Folgen (Veenema et al. 2016; Turner et al. 2017). Auch die Personalentwicklung liegt üblicherweise in ihren Händen. In dem Zusammenhang fällt auf, dass die befragten Leitungspersonen in den Interviews ein eher diffuses Rollen- und Aufgabenverständnis erkennen ließen und in ihre Überlegungen z. T. zwischen strategischen, administrativen und operativen Ebenen hin und her pendelten. Nicht immer schien ihnen klar zu sein, wo ihre Verantwortlichkeiten im Bereich der Vorsorge, des Managements und der Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen konkret liegen. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass viele von ihnen in einer Doppel- oder Mehrfachrolle agieren, da sie neben leitenden und koordinierenden Aufgaben auch unmittelbar versorgende und klinische Aufgaben wahrnehmen. Diese Diffusion von Rollen und Aufgaben könnte sich im Ereignisfall als Problem erweisen. So haben die vorstehenden Ausführungen gezeigt, dass wichtige Aufgaben der Konzeptentwicklung, der Organisation und Planung oder der Netzwerkarbeit – die üblicherweise in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich von Geschäftsführungen, Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen gehören – kaum von ihnen wahrgenommen werden (vgl. dazu z. B. auch Höhmann/Schwarz 2018). Zudem sei daran erinnert, dass sich in den Interviews bei den Leitungspersonen immer wieder Unsicherheiten bezüglich der Strukturen der Rettungsdienste und des Katastrophen-

schutzes gezeigt haben. Die Aufgaben einzelner Organisationen – etwa des Technischen Hilfswerks oder des Roten Kreuzes – deren Struktur oder wie sie im Ereignisfall koordiniert und in Krisenstäbe, Entscheidungsprozesse oder Informations- und Befehlsketten eingebunden sind, schienen den Befragten unklar. Zuweilen wurden die Möglichkeiten der Hilfsorganisationen weit überschätzt, was entsprechende Sicherheitsrisiken für die betreuten Pflegebedürftigen und Angehörigen nach sich ziehen könnte. Dies kann mit an der Unübersichtlichkeit der zahlreichen Hilfsorganisationen und behördlichen Strukturen in Bund, Bundesländern und Kommunen liegen. Damit zeigt sich aber auch, dass regelmäßige verpflichtende Weiterbildungen zur Förderung der Einsatzfähigkeit bei Krisen, Notfällen und Katastrophen v. a. (auch) für die Leitungspersonen dringend notwendig erscheinen. Sie sollten dabei in ihrer Verantwortung für die Organisations- und Personalentwicklung gestärkt sowie bei der Konzeptentwicklung und Vernetzung unterstützt werden. Dem Wissen um die Strukturen, Möglichkeiten und Grenzen von Rettungsdiensten, Behörden mit Sicherheitsaufgaben sowie den Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes wird dabei besondere Bedeutung beizumessen sein. So wird dies auch in internationalen Kompetenzstandards, Bildungsprogrammen und Curricula gefordert (z. B. Gebbie/Qureshi 2002; Al Thobaity et al. 2017; ICN 2019; Hu et al. 2020). Dieses Wissen ist Voraussetzung für den Aufbau tragfähiger Kooperationsbeziehungen und für ein abgestimmtes Handeln im Ereignisfall.

Auch andere Informationen aus den Interviews mit Leitungspersonen lassen aufhorchen. Sie beziehen sich eher auf das unmittelbar klinische Handeln und die Kooperation mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen oder ggf. anderen informellen Helfer*innen. So wurde beispielsweise beschrieben, dass bei einem Stromausfall Nahrung und Flüssigkeit ggf. manuell mittels Schwerkraft oder Spritze anstelle der elektronischen Pumpe verabreicht werden könnte. Die Beatmung ließe sich zudem anstelle mittels eines Beatmungsgeräts auch per „Bebeutelung“ über eine gewisse Zeit aufrechterhalten und der Sekret-Abfluss mittels Drainagelagerung und Absaugung per Spritze befördern. Das ist alles richtig und wohl auch notwendig. Die Einblicke in die Versorgungssituation der häuslichen Intensivpflege aus vorangegangenen Untersuchungen (z. B. Lehmann et al. 2016; Ewers et al. 2017) lassen es jedoch fraglich erscheinen, ob die Mehrheit der Mitarbeiter*innen (oder Leitungspersonen) der ambulanten (Intensiv-)Pflegedienste tatsächlich über entsprechende klinische Kompetenzen verfügt, um unter den widrigen Bedingungen eines solchen Ereignisfalls eine sichere Pflege gewährleisten zu können. Eben darin besteht jedoch eine der Kernkompetenzen des Disaster Nursing: pflegerische Kern- und Routineaufgaben können im Ereignisfall unter erschwerten Bedingungen und auch mit begrenzten Hilfsmitteln in einer Weise durchgeführt werden, dass die Sicherheit der Patient*innen, Angehörigen und anderer Beteiligter gewahrt und Schaden von ihnen abgewendet werden kann (Powers/Daily 2010; Veneema 2018).

Bedenkenswert ist in dem Zusammenhang auch, dass die Befragten beider Untersuchungen darauf vertrauen, dass Pflegebedürftige und Angehörige sich im Krisen-, Not- oder Katastrophenfall in vielen Fällen selbst helfen. Die Förderung der Disaster Literacy dieser Personen, ihre sensible Vorbereitung auf mögliche Sicherheitsrisiken in der häuslichen Versorgung und ihren Umgang damit – wie insgesamt die Auseinandersetzung mit Krisen, Notfällen und Katastrophen im persönlichen Lebensumfeld – würde dafür eine wichtige Voraussetzung darstellen. In den Interviews mit den Leitungspersonen entsteht zwar der Eindruck, dass die Notwendigkeit hierfür durchaus gesehen wird, allerdings wird in paternalistischer Weise davon ausgegangen, dass dieses Thema den Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht zugemutet werden kann. Gewünscht wird eher ein Merkblatt, das den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ausgehändigt werden kann. Diese Maßnahme dürfte aber kaum ausreichen. Vielmehr sind gezielte Weiterbildungsangebote für die bei den Pflegebedürftigen und Angehörigen eingesetzten Mitarbeiter*innen erforderlich, um diese anspruchsvolle Aufgabe bewältigen und zugleich die

emotionale Sicherheitsarbeit in der häuslichen Versorgung gewährleisten zu können. Die Befähigung zur gezielten Ansprache, psychosozialen Unterstützung und emotionalen Begleitung vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen wird in der Literatur zum Disaster Nursing nicht ohne Grund besondere Bedeutung beigemessen (z. B. Powers/Daily 2010; Venema 2018).

Angesichts all dieser Weiterbildungsbedarfe ist auffallend, dass die Befragten – Mitarbeiter*innen wie Leitungspersonen – selbst zwar Weiterbildungsangebote zur Vorbereitung und Bewältigung von Krisen und Katastrophen für sinnvoll erachten. Die Überlegungen zur Umsetzung überraschen dann aber, denn die Angebote sollen aus ihrer Sicht nur sehr begrenzte Zeit beanspruchen (max. 1 Tag), möglichst nicht die üblichen betrieblichen Routinen (weshalb von einigen digitale Angebote bevorzugt werden), wenig oder möglichst keine Kosten verursachen und von den Leistungsträgern und Aufsichtsbehörden als verpflichtender Bestandteil der Qualitätssicherung anerkannt werden. Ob den umfangreichen, sich hier andeutenden Herausforderungen in der Weiterbildung der Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen ambulanter Dienste unter diesen Bedingungen mit den gewünschten Effekten entsprochen werden kann, ist zu bezweifeln.

Bleibt abschließend noch ein Blick auf die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste zu richten. Sowohl in der Online-Befragung wie auch in den Interviews mit den Leitungspersonen wird diese auf den ersten Blick als hoch eingeschätzt. Zwar stellen sich praktische Probleme bei der Erreichbarkeit im Ereignisfall – konkret, wenn wie bei dem Stromausfallszenario die Telekommunikation ausfällt oder die Fahrt zu den dezentral versorgten Pflegebedürftigen erschwert ist. Überwiegend wird aber der Eindruck vermittelt, als würden sich die Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen in hohem Maße selbst unter widrigsten Bedingungen jederzeit tatkräftig für die Sicherstellung der Versorgung der ihnen anvertrauten Personen engagieren. Dies bezieht sich dann grundsätzlich auch auf die Einsatzbereitschaft in an einem zentralen Betreuungsplatz (Notunterkunft). So zeigen sich auch hierzu viele der Befragten spontan bereit. Die in den Befragungen präsentierten Selbsteinschätzungen entsprechen vermutlich auch in hohem Maße gesellschaftlichen Erwartungen an eine aufopferungsbereite, selbstlose und heldenhafte Pflege (Reiber et al. 2021). Bei genauerer Betrachtung allerdings werden dann von den Befragten zahlreiche einschränkende Bedingungen angeführt. So werden insbesondere die persönlichen Lebenslagen der Mitarbeiter*innen und ihre familialen Verpflichtungen und Sorgeaufgaben (z. B. gegenüber Kindern) genannt, denen im Ereignisfall gegenüber den beruflichen Aufgaben Vorrang eingeräumt werden müsste. Auch andere Hindernisse werden erwähnt, was im Ergebnis wohl in vielen Fällen dazu führen dürfte, dass die häuslich versorgten Pflegebedürftigen je nach Krise, Notfall und Katastrophe entweder ihren Angehörigen oder aber dem Rettungsdienst und dem Katastrophenschutz überantwortet werden dürften. Tatsächlich ist die Erwartungshaltung an die externe Unterstützung auf Seiten der Befragten groß – insbesondere gegenüber Rettungsdiensten, Feuerwehr, Polizeinotruf und Katastrophenschutz, aber auch gegenüber Behörden (z. B. Gesundheitsämtern). Dies erinnert an Praktiken aus dem Versorgungsalltag, bei denen bei ersten Anzeichen der Überforderung ebenfalls häufig Rettungsdienste eingeschaltet und die Pflegebedürftigen „wegdelegiert“ werden (z. B. Seeger et al. 2021). Was die zunächst proklamierte Einsatzbereitschaft an einem zentralen Betreuungsplatz betrifft, werden nach und nach Vorbehalte laut. So müsste etwa die Weiterversorgung dezentral verbleibender Patient*innen gewährleistet sein, zudem wird spekuliert, ob in der Notunterkunft nur die Versorgung von „Kund*innen“ des eigenen Dienstes oder auch die von anderen Personen durchgeführt werden sollte. Dies würde dann allerdings Rechts- und Haftungsfragen aufwerfen. Nicht zuletzt müssten gesundheitliche Risiken für die in der Notunterkunft tätigen Mitarbeiter*innen ausgeschlossen sein.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass die hier befragten Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen in der Gesamtheit betrachtet nicht nur sehr unklare Vorstellungen von einer professionellen Katastrophenpflege (Disaster Nursing) und deren Selbst- und Aufgabenverständnis haben – sowohl in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung wie auch in anderen Settings (also beispielsweise Notfalleinrichtungen). Im Ergebnis zeigt sich, dass angesichts generell schwieriger struktureller und personeller Bedingungen in den ambulanten Diensten und in der häuslichen Versorgung, des vielfältig dokumentierten Modernisierungs- und auch Professionalisierungsbedarfs in diesem Arbeitsfeld und fußend auf den hier erarbeiteten Erkenntnissen aus den beiden Befragungen, allenfalls von einer vorbehaltlichen Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen ambulanter Pflegedienste im Fall von Krisen, Notfällen und Katastrophen ausgegangen werden kann. Dies dürfte die Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements und die möglichst lange Weiterversorgung der Pflegebedürftigen, aber auch die Gestaltung eines zentralen Betreuungsplatzes vor große Herausforderungen stellen. Welche Implikationen sich aus dieser Beschreibung und der Analyse des IST-Zustands der Disaster Preparedness in ambulanten Pflegediensten für die Weiterarbeit im Rahmen des AUPIK-Gesamtvorhabens und dabei zunächst für die Definition des SOLL-Prozesses ergeben, wird im Folgenden skizziert.

VI. Implikationen für die Gestaltung des SOLL-Prozesses

Das AUIK-Gesamtprojekt zielt auf die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit häuslicher und gemeindebasierter Pflegearrangements in Krisen- und Katastrophenfällen. Dazu sollen dezentrale ambulanten Pflegeinfrastrukturen gestärkt, der Katastrophenschutz für seinen Beitrag bei der Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung sensibilisiert und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Katastrophenschutz und Pflege angestrebt werden. Um diese Ziele zu erreichen, wurden zunächst aus unterschiedlichen Blickrichtungen empirische Erkenntnisse über den IST-Zustand in diesem Feld in Deutschland erarbeitet – so etwa in Teilprojekt 1 „Sicherheit, Ethik und Recht“ und Teilprojekt 2 „Sicherheit und Katastrophenschutz“. Aber auch die aus pflegewissenschaftlicher Sicht in Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ explorierten Erkenntnisse zum Thema Disaster Nursing sowie zu den Sichtweisen der Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen der ambulanten Pflegedienste sind hier zu nennen (siehe Ewers/Lehmann 2021 und die Ausführungen in diesem Working Paper). Abschließend werden hier nun daraus abgeleitete Implikationen für den im nächsten Schritt des Forschungs- und Entwicklungsprozesses zu definierenden SOLL-Prozess umrissen:

- Problemwahrnehmung und Risikobewusstsein stärken
- Individuelle Disaster Literacy und Katastrophenvorsorge fördern
- Katastrophenvorsorge auf organisatorisch-institutioneller Ebene vorantreiben
- Infrastrukturen überprüfen und Ressourcen-Polster schaffen
- Weiterbildungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen angehen
- Sozialräumliche Perspektiven und lokale Vernetzung ausbauen
- Komplexe Problemlagen mit spezifischen Konzepten und Kompetenzen beantworten
- Begegnungsräume für Pflege, Rettungsdienste und Katastrophenschutz schaffen

Diese Implikationen sollen dazu dienen konkrete Zielvorstellungen zur Verknüpfung der noch weitgehend getrennt voneinander arbeitenden Organisationen und Akteur*innen der Gesundheitsversorgung und des Katastrophenschutzes sowie zur Förderung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen zu erarbeiten. Der Fokus liegt – entsprechend den im Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ erarbeiteten Ergebnissen – zunächst auf den ambulanten Pflegediensten, ihren Leitungspersonen und Mitarbeiter*innen. Diese Ergebnisse werden im Verlauf der Konzeption des SOLL-Prozesses (Arbeitspaket 3 von AUIK; s. **Abbildung 1**, S. 12) mit den Ergebnissen der Kooperationspartner diskursiv zu verschränken sein.

Problemwahrnehmung und Risikobewusstsein stärken

Sowohl die Auseinandersetzung mit der zunehmenden Eintrittswahrscheinlichkeit unterschiedlicher Krisen, Notfälle und Katastrophen wie auch mit den damit einhergehenden Sicherheitsrisiken für die häusliche Versorgung und deren Nutzer*innen ist erkennbar unterentwickelt (vgl. auch Schander et al. 2019). Mit Blick auf den SOLL-Prozess werden daher Maßnahmen zu entwickeln sein, die das Problem- und Risikobewusstsein hierfür gezielt fördern. Adressat*innen wären hier in erster Linie Träger, Geschäftsführungen und Leitungspersonen sowie Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste. Darüber hinaus sollte aber auch das Problem- und Risikobewusstsein bei politisch Verantwortlichen, Leistungsträgern und anderen Beteiligten durch geeignete Maßnahmen erhöht werden. Sie sind einzubeziehen, da sie in hohem Umfang Mitverantwortung für die Gestaltung von Handlungsbedingungen in der häuslichen Versorgung und damit auch für ein adäquates Katastrophenrisikomanagement in Übereinstimmung mit in-

ternationalen Konzepten und Forderungen tragen (Pierce et al. 2017). Dies erscheint umso erforderlicher, als die häusliche Versorgung auf Seiten von Politik, Ministerien und Behörden noch immer als randständig betrachtet zu werden scheint – dies zeigen auch die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie (z. B. auch Büscher et al. 2021). Die Relevanz dieser dezentralen Versorgung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wie auch die Risiken bei deren Ausfall sind kaum präsent. Dies gilt es zu ändern. Dabei sollten die unterschiedlichen Zielgruppen dazu motiviert werden, nicht nur auf einzelne Ereignisse zu reagieren und überwiegend isoliert voneinander konkrete Gefahrenabwehr zu betreiben. Vielmehr sind sie zu ermutigen, Risiken unterschiedlichster Art im Sinne eines All-Gefahren-Ansatzes zu antizipieren, sich darauf unter Berücksichtigung von Vulnerabilitäten und Kapazitäten vorausschauend einzustellen und bei all dem in geteilter Verantwortung gemeinschaftlich zu agieren (UNDRR 2015; WHO 2019).

Individuelle Disaster Literacy und Katastrophenvorsorge fördern

Diese Forderung zielt auf die Mitarbeiter*innen und Leitungspersonen der ambulanten Pflegedienste, geht aber zugleich darüber hinaus und betrifft auch die Pflegebedürftigen, deren Angehörige und die Gesamtbevölkerung. Zwar liegen bislang nur unzureichende und z. T. widersprüchliche Erkenntnisse dazu vor, ob und wie Informationen zur Vorbereitung auf und zum Umgang mit unterschiedlichsten Krisen, Notfällen und Katastrophen derzeit von der Bevölkerung oder einzelnen Teilpopulationen gesucht, gefunden, bewertet und genutzt werden. Hier besteht dringender Forschungsbedarf. In jedem Fall aber werden gezielte Maßnahmen einzuleiten sein, um die sogenannte Disaster Literacy (Brown et al. 2014) auch und gerade im Bereich der häuslichen Versorgung zu erhöhen. Dabei wird es nicht allein um Bewusstseinsbildung, sondern um die gezielte Anbahnung und Festigung alltagsrelevanter Handlungskompetenzen gehen müssen (Claver et al. 2015). Pflegefachpersonen und anderen Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste sollten zudem dafür sensibilisiert werden, dass sie den Pflegebedürftigen, Angehörigen und ggf. weiteren Helfer*innen bei diesem Lernprozess unterstützen müssen (Claver et al. 2015; Mawardi et al. 2020). Dies entspricht dem sozialrechtlich verankerten Anspruch, dass die ambulante Pflege mit ihren Leistungen die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbar*innen unterstützen soll (§ 3 SGB XI). Die Pflegefachpersonen und anderen Mitarbeiter*innen benötigen dafür – etwa im Rahmen der Pflegeberatungsbesuche (nach § 37(3) SGB XI) – allerdings förderliche Arbeitsbedingungen, ggf. orientierende Arbeitshilfen und Materialien sowie und nicht zuletzt eine auf diese Aufgaben ausgerichtete Qualifikation. Schließlich sollten auch zentrale Angebote der Pflegeberatung (nach § 7a SGB XI) oder Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (nach § 45 SGB XI) künftig so ausgerichtet werden, dass sie die Disaster Literacy und die Disaster Preparedness erhöhen können. Die an Best-Practice-Beispielen orientierte Erstellung und Verbreitung entsprechender Arbeitshilfen, könnte sich auch hier als zweckdienlich erweisen.

Katastrophenvorsorge auf organisatorisch-institutioneller Ebene vorantreiben

Gerade angesichts der zersplitterten, von Klein- und Kleinstanbietern geprägten Struktur der ambulanten Pflege in Deutschland ist es notwendig, die organisatorisch-institutionelle Verantwortung für die Vorsorge, das Management und die Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen zu stärken und auszubauen. Das erfordert zunächst einmal, die häusliche Versorgung als einen wesentlichen Baustein einer dezentral organisierten Gesundheits- und Sozialversorgung anzuerkennen und ihren Versorgungsauftrag für den Ereignisfall zu spezifizieren – auch im Verbund und im Diskurs mit anderen Leistungserbringern. Darüber hinaus sind die Leitungspersonen gefordert, Konzepte, Planungsinstrumente, Handreichungen, Prozesse und Protokolle für die Vorbereitung, Bewältigung eines möglichen Ereignisfalls zu erarbeiten und in ihren Einrichtungen vorzuhalten (Pierce et al. 2017). Es gibt in den hier durchgeführten Erhebungen ernst zu nehmende Hinweise darauf, dass sie selbst aus unterschiedlichsten Gründen

dieser Aufgabe allein nicht bewältigen können. Hier wird über adäquate Unterstützungsmaßnahmen nachzudenken sein, etwa die wissenschaftliche Begleitung der verbandlichen oder träger- und organisationsübergreifenden Erstellung und Abstimmung solcher Arbeitshilfen. Auch (inter-)nationale Musterunterlagen zugänglich zu machen (etwa über eine Plattform / Internetseiten) könnte diesem Ziel dienen. Dabei ist zu bedenken, dass es nicht ausreichen wird, derartige Unterlagen lediglich zur Verfügung zu stellen und dann für die nächste Visitation durch den Medizinischen Dienst abzulegen. Vielmehr müssen sie auch systematisch und nachhaltig in den Einrichtungen vor Ort implementiert werden. Internationalen Erfahrungen folgend werden die Leitungspersonen auch dabei gezielt zu unterstützen sein (z. B. Kassmeier et al. 2013; Mawardi et al. 2020; zusammenfassend: Ewers/Lehmann 2021).

Infrastrukturen überprüfen und Ressourcen-Polster schaffen

Der besondere Charakter der von den ambulanten Pflegediensten dezentral erbrachten Dienstleistungen erfordert spezielle Vorkehrungen für den Krisen-, Not- und Katastrophenfall. Dies bezieht sich auf Aspekte wie die Aufrechterhaltung der Dokumentation und Kommunikation, die Ermöglichung von Mobilität, die Bereitstellung einer sinnvoll zusammengestellten Notfallausrüstung und anderes mehr. Aber auch die personellen Ressourcen müssen so gestaltet sein, dass sie auch im Ereignisfall in einem vertretbaren Umfang einsetzbar sind. Mit anderen Worten: Hier sind entsprechende Backup-Strategien und Ressourcen-Polster für jederzeit mögliche Krisen, Notfälle und Katastrophen mitzudenken und einzuplanen – sowohl auf materieller wie auf personeller Ebene. Wie die Forschungsergebnisse aus Teilprojekt 3 zeigen, scheint dies angesichts der angespannten Lage in der ambulanten Pflege derzeit nicht der Fall zu sein. Schon im Normalfall ist es den ambulanten Diensten aufgrund knapper Ressourcen oft nur unter erheblichen Anstrengungen möglich, den wachsenden quantitativen und qualitativen Anforderungen in diesem Versorgungsbereich zu entsprechen (Selge 2018; Pförtner et al. 2021; Ewers/Lehmann 2021). Die Katastrophenvorsorge in der häuslichen Versorgung und die Gewährleistung ihrer Funktionsfähigkeit auch im Ereignisfall darf aber weder von dem individuellen Engagement einzelner Mitarbeiter*innen oder Leitungspersonen oder gar dem Zufall abhängen – letztlich geht es hier um sensible Sicherheitsprobleme für die häuslich versorgten Menschen. Es sollten daher betriebswirtschaftlich tragfähige Lösungen für die Schaffung von Ressourcen-Polstern erarbeitet werden, die auch von Seiten der Leistungsträger und anderer Verantwortlicher etwa bei der Gestaltung von Versorgungsverträgen oder im Rahmen der Qualitätssicherung anzuerkennen und abzusichern sind.

Weiterbildungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen angehen

Es ist offensichtlich, dass in der ambulanten Pflege auf allen Ebenen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu fördern sind, die für den Umgang mit den Sicherheitsrisiken in diesem Handlungsfeld notwendig sind. Das beginnt auf der Leitungsebene, die zugleich die Verantwortung für die Personalentwicklung in den ambulanten Diensten trägt. Hier wäre demnach als erstes anzusetzen. Darauf aufbauend kann dann auch die inner- und überbetriebliche Weiterbildung der Pflegefachpersonen und weiteren Mitarbeiter*innen in den ambulanten Diensten angestoßen werden. Es bleibt in einem der folgenden Arbeitspakete des AUIK-Projekts literaturgestützt näher zu untersuchen, welche anschlussfähigen Konzepte und Strategien hierfür international vorliegen und welche davon für den deutschen Kontext in adaptierter Form nutzbar gemacht werden können. Den ersten Erkenntnissen aus der erstellten Literatursynthese (Ewers/Lehmann 2021) zufolge, bedarf es in jedem Fall adressatengerechter Angebote, die zudem modular aufeinander aufbauend gestaltet und in unterschiedlichen Formaten angeboten werden sollten (Blended Learning, praktische Übungen etc.). Zudem sind neben der Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten bei derartigen Maßnahmen auch motivationale und volitionale Aspekte zu berücksichtigen, die neben der Einsatzfähigkeit auch die Einsatzbe-

reitschaft in den Blick nehmen (Gowing et al. 2017). Didaktische Orientierung bei der Gestaltung dieser Maßnahmen kann insbesondere das Disaster Competency Framework des International Council of Nurses mit seinen acht Kompetenzdomänen und drei Kompetenzebenen bieten (ICN 2019). Ob bei der Gestaltung der Bildungsangebote in jedem Fall den wenig ambitionierten Erwartungen auf Seiten ambulanter Pflegedienste entsprochen werden kann und sollte (etwa was die Erwartungen an den eng begrenzten zeitlichen Umfang derartiger Maßnahmen betrifft) ist anzuzweifeln. In jedem Fall aber werden die Weiterbildungsangebote so gestaltet sein müssen, dass sie niederschwellig sind und auf hohe Akzeptanz treffen – bei den Mitarbeiter*innen, den Leitungspersonen und den Trägerverbänden. Partizipative Strategien der Angebotsentwicklung unter Einbeziehung der späteren Nutzer*innen könnten dieses Anliegen unterstützen.

Sozialräumliche Perspektiven und lokale Vernetzung ausbauen

Um geteilte Verantwortlichkeiten und ein koordiniertes Handeln vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen gewährleisten zu können, bedarf es dringend einer Perspektiven-erweiterung. Die ambulanten Dienste müssen dazu motiviert werden, über die Grenzen ihrer Organisation hinauszudenken und auf soziale Gemeinschaften, die Kommune und die Region ausgerichtete sozialräumliche Vernetzungsaktivitäten betreiben. Dabei müssen sie den Mut finden, wettbewerblichen Bedingungen in diesem Arbeitsfeld zu überwinden und auch mit vermeintlich konkurrierenden Akteur*innen ins Gespräch zu kommen. Ziel sollte es sein, jenseits persönlicher Beziehung stabile, auf Reziprozität angelegte Arbeitsbeziehungen aufzubauen – mit anderen Pflegediensten und -einrichtungen, mit anderen Leistungsanbietern aus dem Gesundheitsbereich, mit Sozial- und Wohlfahrtsverbänden und nicht zuletzt den Rettungsdiensten und dem Katastrophenschutz. Dabei sollte das Bewusstsein dafür gefördert werden, dass die von den ambulanten Pflegediensten betriebene familienergänzende Angebotsstruktur perspektivisch bei demographisch bedingter Fragilität familialer Hilfe nur durch die Einbindung weiterer sozialer Ressourcen – etwa aus der Nachbarschaft, von ehrenamtlichen Helfer*innen – betrieben werden kann (vgl. insbesondere auch Klie 2018; Pfundstein/Bemsch 2020). Auch der zunehmende Personalmangel in der Pflege und Betreuung macht es unabdingbar, dem Aufbau von „Caring Communities“ künftig mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Entsprechende Maßnahmen sind demnach im ureigenen Interesse der ambulanten Dienste und zugleich – unter Berufung auf die internationale Literatur – ein Schlüssel zur Steigerung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen (z. B. Wyte-Lake et al. 2015; Williams et al. 2018; zusammenfassend: Ewers/Lehmann 2021). Zu prüfen wäre in den Zusammenhang auch, welchen koordinierenden oder flankierenden Beitrag Kommunen, Kreise oder Länder zur nachhaltigen Vernetzung in diesem Feld leisten können, denn letztlich stellt die vorausschauende Verantwortung von durch Krisen, Notfälle und Katastrophen verursachten Sicherheitsrisiken in der häuslichen Gesundheits- und Sozialversorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die nicht an die ambulanten Dienste und den „Pflegermarkt“ wegdelegiert und von den einzelnen Institutionen allein geleistet werden können (Brettschneider 2019).

Komplexe Problemlagen mit spezifischen Konzepten und Kompetenzen beantworten

Es dürfte deutlich geworden sein, dass insbesondere einzelne Nutzergruppen der häuslichen Versorgung vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen besonderen Sicherheitsrisiken ausgesetzt sind. Das sind v. a. die mehrfach erwähnten schwer kranken und von Technik abhängigen Patient*innen oder solche mit demenziellen Erkrankungen, am Ende des Lebens oder ohne tragfähiges soziales Umfeld. Es erscheint unumgänglich, an Priorisierungskonzepten und Triage-Systemen zu arbeiten, um im Ereignisfall knappe (personelle) Ressourcen der ambulanten Dienste fachlich fundiert und ethisch begründet gezielt zur häuslichen Weiterversorgung dieser Patient*innen bereit stellen zu können. Dafür sind dann aber auch die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen – etwa in Form entsprechender Assessment- und

Einstufungsverfahren und routinemäßiger Einstufungen und Absprachen mit Dritten.

Wie diese Regelungen aussehen könnten, wird auf übergeordneter und grundsätzlicher Ebene möglichst forschungsgestützt und konsensbasiert zu diskutieren sein. In dem Zusammenhang könnte womöglich auch geklärt werden, welche Patient*innen im Ereignisfall prioritär aus ihrem privaten Umfeld zu evakuieren und in einer zentralen Betreuungseinheit unterzubringen sein werden. Die Weiterversorgung von Personen mit Abhängigkeit von lebenserhaltenden oder palliativen therapeutisch-technischen Verfahren (z. B. invasiver Beatmung, Schmerztherapien) an einen zentralen Betreuungsplatz (eine „Notunterkunft“) wird zweifelsohne die Einbindung von Pflegeexpert*innen mit entsprechenden klinischen Kompetenzen erfordern (Venema 2018; Wilson 2020). Hierbei allein auf die ambulanten Pflegedienste und ihre Mitarbeiter*innen zu vertrauen, könnte sich – angesichts der Erkenntnisse zum IST-Zustand – als wenig erfolgreich erweisen. Der Aufbau (über-)regionaler unabhängiger Expert*innen-Teams – sowohl im Bereich der Intensiv- und Notfallversorgung wie auch der Katastrophenpflege – scheint aus pflegewissenschaftlicher Sicht zielführender zu sein. Mit diesen Teams könnten dann auch die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen in den Notunterkünften für Pflegebedürftige mit besonderen Problem- und Bedarfslagen angedacht, definiert und geschaffen werden.

Begegnungsräume für Pflege, Rettungsdienste und Katastrophenschutz schaffen

Eines der großen Probleme des insgesamt gut mit Ressourcen ausgestatteten bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystems besteht in seiner Komplexität und Versäulung. Vielfach ist selbst den sich darin bewegenden Personen nicht klar, wer wann wofür zuständig ist und wer welchen Bedarf mit welchen Mitteln und auf welcher Ebene beantworten kann. Diese Unübersichtlichkeit und Zersplitterung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten dürfte sich insbesondere in Krisen und Katastrophen als profundes Problem erweisen. Zwar kann Wissen über Perspektiven der Pflegeprofession oder die Besonderheiten der ambulante Langzeitpflege in Schulungen von ehrenamtlichen Katastrophenhelfer*innen vermittelt werden. Vice versa können Informationen über die Strukturen und Angebote des Katastrophenschutzes für Pflegefachpersonen und andere Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste bereitgestellt werden. Wichtiger als die reine Wissensvermittlung wären aber alltagsnahe Begegnungen der verschiedenen Akteur*innen, bei denen sie „miteinander, voneinander und übereinander“ lernen können, sich gemeinsam besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorzubereiten. Diese Idee aus der globalen Bewegung zum interprofessionellen Lehren und Lernen der Gesundheitsberufe (Barr et al. 2017; Ewers et al. 2019) sollte auch in den AUIK-Aktivitäten berücksichtigt und umgesetzt werden. Dies könnte dazu beitragen, die bestehenden Vorbehalte und Missverständnisse aufzulösen und untereinander abgestimmte Aktivitäten zur Beantwortung der mit einem Ereignisfall verbundenen Sicherheitsprobleme zu ermöglichen. Durch das Aufeinandertreffen in alltäglichen Begegnungsräumen in einer Kommune oder Region oder auch gemeinsamen Katastrophenübungen – etwa in Form von Planspielen und Tabletop-Exercises (z. B. CAHF 2017) – können gegenseitige Erwartungen geklärt und in realitätsnahe Absprachen übersetzt werden. Auch könnten dabei gegenseitig Kompetenzen wahrgenommen und Vorbehalten begegnet werden. Solche multi- oder interprofessionellen praxisnahen Begegnungen und Übungen mit diversen Akteur*innen werden hierzulande im Katastrophenschutz bereits genutzt; dabei – wie das international üblich ist (z. B. Rafferty-Semon et al. 2017; zusammenfassend: Ewers/Lehmann 2021) – Pflegefachpersonen (nicht allein aus stationären Einrichtungen) sichtbar und verantwortlich einzubinden, steht hierzulande allerdings noch weitgehend aus. Das AUIK-Gesamtprojekt könnte dazu beitragen, dies zu ändern und den Austausch zwischen der professionellen Pflege und den ambulanten Pflegeinfrastrukturen einerseits sowie den Rettungsdiensten und dem Katastrophenschutz andererseits anzuregen.

Die hier skizzierten Ansatzpunkte zur Stärkung der Resilienz ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen haben vorläufigen Charakter. Sie werden in einem folgenden Arbeitsschritt des AUPIK-Teilprojekts 3 literaturgestützt weiter ausdifferenziert und dann in einem partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess gemeinsam mit den Partner*innen im AUPIK-Konsortium und hinzugezogenen Expert*innen konkretisiert. Basierend auf dem SOLL-Prozess zur Katastrophenvorsorge in ambulanten Pflegediensten werden dann diskursiv und forschungsgestützt Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen entwickelt und anschließend erprobt.

VII. Anhang

1. Literaturverzeichnis

- Adams LM, Melius J (2020): Prepared to Respond? Exploring Personal Disaster Preparedness and Nursing Staff Response to Disaster. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-6, e-first.
- Al Khalaileh MA, Bond E, Alasad JA (2012): Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing* 20, 14-23.
- Al Thobaity A, Plummer V, Williams B (2017): What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing* 31, 64-71.
- AUPIK-Konsortium (2021): Konzept der empirischen Erhebungen des IST-Zustandes. unveröffentlicht.
- Baack S, Alfred D (2013): Nurses' Preparedness and Perceived Competence in Managing Disasters. *Journal of Nursing Scholarship* (45)3, 281-287.
- Bandilla W (2015): GESIS Survey Guidelines: Online-Befragung. Version 1.1. Mannheim: GESIS – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften. https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Online_Befragungen_Bandilla_08102015_1.1.pdf (Aufgerufen: 01.08.2021).
- Barr H, Ford J, Gray R, Helme M, Hutchings M, Low H, Machin A, Reeves S (2017): *Interprofessional Education Guidelines 2017*. Fareham/England: CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s> (Aufgerufen: 25.08.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2018): *Katastrophen Alarm. Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen*. Bonn: BBK. https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Ratgeber_Brosch.pdf?__blob=publicationFile (Aufgerufen: 23.08.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2019): *Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen*. (7. Auflage). Bonn: BBK. https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Ratgeber_Brosch.pdf?__blob=publicationFile (Aufgerufen: 24.08.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2020): *Meine persönliche Checkliste (zum Heraustrennen)*. Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen. Bonn: BBK. https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Checkliste_Ratgeber.pdf?__blob=publicationFile (Aufgerufen: 24.08.2021).
- Becker C, Haefeli WE, Herrmann A, Rapp K, Lindemann U (2018): Prävention hitzebedingter Risiken bei älteren Menschen – Vermeidung von Übersterblichkeit. In: *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 7/2018, 362-363.
- Blättner B, Georgy S, Grewe HA (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, 267-296.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2020): *Programm Forschung für die zivile Sicherheit*. <https://www.sifo.de/de/sicherheitsforschung-forschung-fuer-die-zivile-sicherheit-1693.html> (Aufgerufen: 01.08.2021).

- BMI – Bundesministerium des Inneren (2018): Risikomanagement im Katastrophenmanagement. Leitfaden. Version 1.0. Wien: BMI (Österreich). https://www.bmi.gv.at/204/Download/files/SKKM-Leitfaden_fuer_das_Risikomanagement_Version_1_0.pdf (Aufgerufen: 01.08.2021).
- Brettschneider A (2019): Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, 219-239.
- Brown L, Haun J, Peterson L (2014): A Proposed Disaster Literacy Model. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 8(3), 267-275.
- Bücker N (2020): Kodieren – aber wie? Varianten der Grounded-Theory-Methodologie und der qualitativen Inhaltsanalyse im Vergleich. *Forum: Qualitative Sozialforschung* 21(1), Art. 2.
- Büscher A, Krebs M (2018): Qualität in der ambulanten Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Berlin: Springer Open, 127-134.
- Büscher A, Peters L, Stelzig S, Lübber A (2021): Pflege zu Hause – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. VdK-Pflegestudie. Erster Zwischenbericht Juni 2021. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. https://www.vdk.de/deutschland/pages/presse/82885/vdk-studie_pflege_pandemie_lockdown_pflgende_angst_isolation (Aufgerufen: 24.08.2021).
- CAHF – California Association of Health Facilities Disaster Preparedness Program (2017): Safe Evacuation Table Top Exercise for Long Term Care Facilities. https://dpapp.cahf.org/files/2015/11/TTX_evac_final.pdf (Aufgerufen: 25.08.2021).
- Campbell-Sills L, Stein MB (2007): Psychometric analysis and refinement of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress* 20(6), 1019-1028.
- Chandler D (2014): Resilience. The Governance of Complexity. London, New York: Routledge.
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (2019): Neubekanntmachung der Satzung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät in der Fassung vom 22. März 2019. Amtliches Mitteilungsblatt der Charité Nr. 230, 27.03.2019.
- Claver M, Wyte-Lake T, Dobalian A (2015): Disaster Preparedness in Home-based Primary Care: Policy and Training. *Prehospital and Disaster Medicine* 30(4), 337-343.
- Couig MP, Gable A, Griffin A, Langan JC, Katzburg JR, Wolgast KA, Qureshi K, Dobalian A, Lavin RP, Veenema TG (2017): Progress on a Call to Action: Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response. *Nursing Administration Quarterly* 41(2), 112-117.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Wiesbaden: Destatis.
- Ewers, M., Schaepe, C., Lehmann, Y. (2017): Schlussbericht Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten (SHAPE.). Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften Universitätsbibliothek. <https://doi.org/10.2314/GBV:1016363249>.
- Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.) (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Ewers M, Lehmann Y (2021): Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege. Literaturübersicht & Bibliografie. Working Paper No. 21-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Eysenbach G (2004): Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research* 6(3), e34, doi: 10.2196/jmir.6.3.e34.

- Gebbie KM, Qureshi K (2002): Emergency and Disaster Preparedness: Core Competencies for Nurses. What every nurse should but may not know. *American Journal of Nursing* 102(1), 46-51.
- Gershon RR, Portacolone E, Nwankwo EM, et al. (2017): Psychosocial Influences on Disaster Preparedness in San Francisco Recipients of Home Care, In: *Journal of Urban Health* 94(5), 606-618.
- Gowing JR, Walker KN, Elmer SL, Cummings EA (2017): Disaster Preparedness Among Health Professionals and Support Staff: What Is Effective? An Integrative Literature Review. *Pre-hospital and Disaster Medicine* 32(2), 321-328.
- Grochtdreis T, de Jong N, Harenberg N, Görres S, Schröder-Bäck P (2016): Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *South Eastern European Journal of Public Health*, doi: 10.4119/seejph-1847.
- Hauke E, Holzer E (2018): Risikomanagement in Gesundheitseinrichtungen – ein Prozess für Nachhaltigkeit. In: Pfannstiel MA, Da-Cruz P, Rasche C (Hrsg.): *Entrepreneurship im Gesundheitswesen I*. Wiesbaden: Springer Gabler, 151-164.
- 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), 222-244.
- Höhmänn U, Schwarz L (2018): Innovationen für die Praxis: Kompetenzaktivierung von Führungskräften durch gelebte reflective practice. In: Klie T, Arend S (Hrsg.): *Arbeitsplatz Langzeitpflege. Schlüsselfaktor Personalarbeit*. Heidelberg: medhochzwei, 79-96.
- Hu X, He C, Chen H, Liu S, Li W, Lu Z, Zhang J, Yu M (2020): Nontechnical Competency Framework for Health Professionals in All-Hazard Emergency Environment: A Systematic Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-11, doi: 10.1017/dmp.2019.146.
- ICN – International Council of Nurses (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 (Aufgerufen: 01.08.2021).
- Jennings-Sanders A (2004): Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice* 4(1), 69-76.
- Jensen U (2012): *GESIS-Technical Reports. Leitlinien zum Management von Forschungsdaten – Sozialwissenschaftliche Umfragedaten*. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2012/TechnicalReport_2012-07.pdf (Aufgerufen: 12.02.2021).
- Kämmer K, Link J (2019): *Management in der ambulanten Pflege. Besser organisieren – sicherer führen*. 2., aktual. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Kassmeier MD, Medcalf S, Hansen K, Smith PW (2013): Disaster Preparedness and Pandemic Plans: A Survey of Nebraska Home Health Agencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 7(2), 182-190.
- Kirchhoff S, Kuhnt S, Lipp P, Schlawin S (2010): *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. 5. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klie T (2018): *Zivilgesellschaftliches Engagement in der Pflege. Wie viel ist es uns wert und was bedeutet es?* Szepan N-M, Wagner F (Hrsg.): *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft, 53-72.
- Klößner J, Friedrichs J (2014): *Gesamtgestaltung des Fragebogens*. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 675-685.
- Krüger M, Wezel K (2020): *Ethische Anforderungen in AUIPK. Entwurfsfassung des Teilarbeitsberichts 1.9, Stand: 21.08.2020 (unveröffentlicht)*.
- Kruse J (2014): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Kuckartz U (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Labrague LJ, Hammad K, Gloe DS, McEnroe-Petitte DM, Fronda DC, Obeidat AA, Leocadio MC, Cayaban AR, Mirafuentes EC (2018): Disaster preparedness among nurses: A systematic re-view of literature, *International Nursing Review* 65(1), 41-53.
- Laditka SB, Laditka JN, Xirasagar S, Cornman CB, Davis CB, Richter VE (2007): Providing Shelter to Nursing Home Evacuees in Disasters: Lessons From Hurricane Katrina. *American Journal of Public Health* 98(7), 1288-1293.
- Lehmann Y, Stark S, Ewers M (2016): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteurs-sicht. Working Paper No. 16-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-1918>.
- Li Y, Turale S, Stone TE, Petrini M (2015): A grounded theory study of ‘turning into a strong nurse’: Earthquake experiences and perspectives on disaster nursing education. *Nurse Education Today* 35, 43-49.
- Lim GH, Lim BL, Vasu A (2013): Survey of Factors Affecting Health Care Workers’ Perception Towards Institutional and Individual Disaster Preparedness. *Prehospital and Disaster Medicine* 28(4), 353-358.
- Mawardi F, Lestari AS, Randita ABT, Kambey DR, Prijambada ID (2020): Strengthening Primary Health Care: Emergency and Disaster Preparedness in Community with Multidisciplinary Approach. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-2, e-first.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarungen – Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1a – Ambulante Pflegedienste. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_Teil_1a_ambulante_Pflegedienste_MDS_2020-10_LZ.pdf (Aufgerufen: 24.08.2021).
- Melnikov S, Itzhaki M, Kagan I (2013): Israeli Nurses’ Intention to Report for Work in an Emer-gency or Disaster. *Journal of Nursing Scholarship* 46(2), 134-142.
- Meuser M, Nagel U (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und metho-dische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth H-J, Jahn D (Hrsg.): *Methoden der vergleichen-den Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 465-479.
- Mitani S, Kuboyama K, Shirakawa T (2003): Nursing in sudden-onset disasters: Factors and information that affect participation. *Prehospital and Disaster Medicine* 18(4), 359-366.
- Nash TJ (2017): Unveiling the Truth about Nurses’ Personal Preparedness for Disaster Response: A Pilot Study. *MEDSURG Nursing* 24(6), 425-431.
- Öztekin SD, Larson EE, Ugras GA, Yüksel S, Savaser S (2015): Nursing educators’ perceptions about disaster preparedness and response in Istanbul and Miyazaki. *Japan Journal of Nursing Science* 12, 99-112.
- Pfaff H, Schrappe M (2017): Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 1-67.
- Pförtner T-K, Hower K, Pfaff H (2021): Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Dro-hender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften. Köln: Universität zu Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissen-schaft. doi: 10.13140/RG.2.2.10486.93762.
- Pfundstein T, Bemsch M (2020): Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflege-leistungen kommunal gesteuert werden? In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer, 149-163.

- Pierce RJ, Morley SK, West TA, Pentecost P, Upton LA, Banks L (2017): Improving Long-Term Care Facility Disaster Preparedness and Response: A Literature Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(1), 140-149.
- Porst R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer VS.
- Powers R, Daily E (2010): *International Disaster Nursing*. Cambridge: University Press.
- Putra SDG, Putra KR, Noorhamdani AS (2020): Factors related to disaster preparedness among nurses. A systematic review. *The Malaysian Journal of Nursing* 12(2), 71-79.
- 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.
- Reggentin H, Dettbarn-Reggentin J (2012): *Freiwilligenarbeit in der Pflege. Pflegearrangements als zukünftige Versorgungsform*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reiber K, Fischer G, Lämmel N (2021): Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Ankerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemie-zeiten). *Pflege & Gesellschaft* 26(3), 197-208.
- Reichenbach G, Göbel R, Wolff H, Stokar von Neuforn S (2008): Risiken und Herausforderungen für die Öffentliche Sicherheit in Deutschland. Szenarien und Leitfragen. (Grünbuch des Zukunftsforums Öffentliche Sicherheit). Berlin, Bonn: ProPress Verlagsgesellschaft. http://zoes-bund.de/wp-content/uploads/2015/10/Gruenbuch_Zukunftsforum.pdf (Aufgerufen: 01.08.2021).
- Said NB, Chiang VCL (2020): The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing* 48, 100806.
- Sauer J (2020): Pflegen unter Katastrophenbedingungen und bei Großschadensereignissen. In: Vogler C (Hrsg.): *Pflegias 2. Pflegerisches Handeln*. Berlin: Cornelsen, 832-841.
- Schander J, Jungmann A, Schulze K, Voss M (2019): Unterstützungsnetzwerke Pflege- und Hilfsbedürftiger im Alltag und im Krisenfall. Ergebnisse einer explorativen Studie aus Willich. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: Transkript, 181-202.
- Schreier M (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: Qualitative Sozialforschung* 15(1), Art. 18.
- Seeger I, Klausen A, Thate S, Flake F, Peters O, Rempe W, Peter M, Scheinichen F, Günther U, Röhrig R, Weyland A (2021): Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. *Notfall + Rettungsmedizin* 24(3), 194-202.
- Selge K (2018): Ambulante Pflege zwischen Fürsorge und sozioökonomischer Bedrängnis. In: Ketzer R, Adam-Paffrath R, Borutta M, Selge K (Hrsg.): *Ambulante Pflege in der modernen Gesellschaft. Aktuelle Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer, 44-76.
- Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J (2008): The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine* 15(3), 194-200.
- Stanhope M, Lancaster J (Eds.) (2012): *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community*. 8th Edition. Riverport Lane ML: Elsevier Mosby.
- Szegan N-M (2018): Sektorierung stößt an ihre Grenzen. Neue Rahmenbedingungen für die Pflege. In: Szegan N-M, Wagner F (Hrsg.): *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Dialog*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Statistisches Landesamt – Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (2021): *GENESIS – Gemeinsames-Online, Tabelle 12411-004: Bevölkerung am 31.12. nach Geschlecht und Altersgruppen in den kreisfreien Städten und Landkreisen*. Halle (Saale): Statistisches Landesamt.

- Turner SB (2017): Nursing a disaster. *Journal of Emergency Management* 15(4), 247-257.
- Uekusa S (2019): Exploring Disasters through the Eyes of Residential Nursing Home Caregivers. *Social Work in Public Health* 34(6), 529-541.
- Ufer M (2016): Messung der psychischen Widerstandsfähigkeit: Teilvalidierung einer deutschsprachigen Version der Brief Resilience Scale (BRS-D) im Sportkontext. (Poster). Leipzig: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. https://www.researchgate.net/publication/332179992_Messung_der_psychischen_Widerstandsfahigkeit_Teilvalidierung_einer_deutschsprachigen_Version_der_Brief_Resilience_Scale_BRS-D_im_Sportkontext (Aufgerufen: 11.02.2021).
- 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> (Aufgerufen: 01.08.2021).
- Veenema TG, Griffin A, Gable AR, MacIntyre L, Simons N, Couig MP, Walsh Jr. JJ, Lavin RP, Dobalian A, Larson E (2016): Nurses as Leaders in Disaster Preparedness and Response – A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship* 48(2), 187-200.
- Veenema TG (Ed.) (2018): Ready RN. Handbook for Disaster Nursing and Emergency Preparedness. Second Edition. New York: Springer Publishing Company.
- WHO – World Health Organization (2017): Enhancing the Role of Community Health Nursing for Universal Health Coverage. Human Resources for Health Observer Series No. 18. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (2019): Health, Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva: WHO. <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework-eng.pdf> (Aufgerufen: 24.08.2021).
- Williams MV, Chandra A, Spears A, Varda D, Wells KB, Plough AL, Eisenman DP (2018): Evaluating Community Partnerships Addressing Community Resilience in Los Angeles, California. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, 610, doi: 10.3390/ijerph15040610.
- Wilson KP (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), 103-105.
- Wyte-Lake T, Claver M, Dalton S, Dobalian A (2015): Disaster Planning for Home Health Patients and Providers: A Literature Review of Best Practices. *Home Health Care Management & Practice* 27(4), 247-255.
- Wyte-Lake T, Claver M, Der-Martirosian C, Davis D, Dobalian A (2016): Developing a Home-Based Primary Care Disaster Preparedness Toolkit. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(1), 56-63.
- Zettl V, Strunck S, Nell R (2018): Zusammenarbeit erfolgreich gestalten. Wie die ambulante Versorgung von Pflege- und Hilfsbedürftigen in Schadenslagen sichergestellt werden kann. Stuttgart: IAT – Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement der Universität Stuttgart in Kooperation mit dem Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO. <https://www.kophis.de/veroeffentlichung/> (Aufgerufen: 01.08.2021).

2. Abkürzungsverzeichnis

AUPIK	Akronym: Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisensituationen
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMI	Bundesministerium des Inneren (Österreich)
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsauftrag
BRS-D	Brief Resilience Scale – Deutsche Version
CD-RISC 10	Connor-Davidson Resilience Scale 10-Item
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EPIQ	Emergency Preparedness Information Questionnaire
GF	Geschäftsführer*in
ICN	International Council of Nurses
IGPW	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (an der Charité – Universitätsmedizin Berlin)
IZEW	Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (an der Universität Tübingen)
KOPHIS	Akronym: Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PDL	Pflegedienstleiter*in
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SiFo	Sicherheitsforschung
THW	Technisches Hilfswerk
UNDRR	United Nations Office for Disaster Risk Reduction
WHO	World Health Organisation

3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Arbeitspakete im AUPIK-Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“	11
Abbildung 2:	Fallvignette für die Online-Befragung	15
Abbildung 3:	Problembeschreibung zur Vorbereitung der Interviews.....	16
Abbildung 4:	Themenfelder und Leitthemen des Interviewleitfadens.....	20
Abbildung 5:	Ausgangs-Kategoriensystem (mit Haupt- und Subkategorien)	24
Abbildung 6:	Erfahrungen mit Krisen-, Notfällen und Katastrophen	29
Abbildung 7:	Geschätzte Eintrittswahrscheinlichkeit ausgewählte Ereignisse in den kommenden fünf Jahren	30
Abbildung 8:	Einschätzungen als Privatperson zur Vorbereitung auf Krisen, Notfälle, Katastrophen.....	31
Abbildung 9:	Maßnahmen zur individuellen Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen.....	32
Abbildung 10:	Vermutliche Reaktionen der Befragten bei Eintreten des Stromausfallszenarios.....	33
Abbildung 11:	Wahrscheinlichkeit des geschilderten Stromausfallszenarios und Vorbereitung darauf.....	34
Abbildung 12:	Disaster Preparedness von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste generell	35
Abbildung 13:	Vorbereitung auf die häusliche Versorgung bei Krisen, Notfällen, Katastrophen.....	36
Abbildung 14:	Erreichte Punkte der Befragten gemäß Brief Resilience Scale	37
Abbildung 15:	Einschätzungen zur personalen Resilienz aus beruflicher Perspektive	39
Abbildung 16:	Erwartungen an Unterstützung in Krisen, Notfällen und Katastrophen	42
Abbildung 17:	Einschätzungen zur Betreuung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft	43
Abbildung 18:	Bereitschaft zur Unterstützung der Weiterversorgung in einer Notunterkunft	44

4. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe der Online-Befragung im Vergleich zur Pflegestatistik (n=101)	27
Tabelle 2: Angaben zu den Pflegediensten, in denen die Befragten tätig sind (n=101)	28
Tabelle 3: Rangfolge bereits erfahrener und als wahrscheinlich eingeschätzter Krisen/Katastrophen.....	30
Tabelle 4: Auswirkungen möglicher Krisen, Notfälle und Katastrophen auf die ambulante Pflege	34
Tabelle 5: Charakterisierung der personalen Resilienz der Befragten mittels BRS-Scores	38
Tabelle 6: Arbeitshilfen und Vorkehrungen zur Katastrophenvorsorge in ambulanten Pflegediensten	40
Tabelle 7: Informationen zu den Interviews, Interviewpartner*innen und ambulanten Pflegediensten	49

5. Erhebungsinstrumente

5.1 Online-Fragebogen



Druckansicht CASE 345 – vom 30.11.2020, 11:20

Bitte beachten Sie, dass die Rotation von Items/Optionen und Randomisierungen unter Umständen anders dargestellt werden als im ursprünglichen Interview.

Falls der Fragebogen nach Durchführung des Interviews noch verändert wurde, entspricht die Darstellung nicht dem Interview.

Seite 01

Pflege im Dunkeln? Befragung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste im Rahmen des Projekts AUPIK

Vielen Dank für Ihr Interesse am Forschungsprojekt AUPIK und an dieser Befragung!

Das Forschungsprojekt mit dem Titel "Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen" (kurz: AUPIK) zieht darauf ab, die Widerstandsfähigkeit häuslicher Pflegearrangements in Krisen- und Katastrophenfällen zu erhöhen. Damit soll zur Sicherheit von Pflegebedürftigen trotz widriger Umstände beigetragen werden.

Ausgehend von dem Szenario eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls wollen wir u.a. herausfinden, welche Möglichkeiten ambulante Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden haben, um im Falle eines solchen Ereignisses, die häusliche Versorgung möglichst lang aufrechterhalten zu können. Zudem wollen wir in Erfahrung bringen, welche Unterstützung sie ggf. benötigen.

Weitere Informationen zum Projekt, unserem Forscherteam und der Befragung, finden sie [hier](#)



Seite 02

Erklärung zum Datenschutz und zur Vertraulichkeit Ihrer Angaben

- Das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft verarbeitet Ihre im Rahmen der Online - Befragung erhobenen Daten im Zusammenhang mit dem vom BMBF geförderten AUPIK - Projekt gemäß der Datenschutzrichtlinien der Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Durch eine Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.
- Entschließen Sie sich zu einer Teilnahme, werden Ihre Daten ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen des oben genannten Forschungsprojekts verarbeitet.
- Die Befragung erfolgt vollständig anonym, d.h. es werden Ihnen KEINE Fragen gestellt, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen (wie z.B. Name, Geburtsdatum). Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte übermittelt oder zur Kenntnis gegeben.
- Die Forschungsergebnisse werden in wissenschaftlich üblicher Form veröffentlicht, sodass aus den Ergebnissen nicht erkennbar ist, wer welche Angaben gemacht hat.
- Bezüglich weiterer Informationen zum Datenschutz (Art.13 DSGVO) verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung. Diese finden Sie [hier](#)

Seite 03

Bitte bestätigen Sie Ihre Teilnahme, indem Sie durch Anklicken des unten aufgeführten Kästchens, in die Verarbeitung Ihrer Daten einwilligen.

Ich bin in einem ambulanten Pflegedienst beschäftigt und bin bereit, den Fragebogen zu beantworten.

- Die Erklärung zum Datenschutz und zur Vertraulichkeit meiner Angaben habe ich gelesen und verstanden. Ich willige hiermit in die Verarbeitung meiner Daten in oben genanntem Umfang ein.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um den Fragebogen zu bearbeiten!

- Das Beantworten der Fragen dauert ca. 15-20 Minuten.
- Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wählen Sie bitte jeweils die Antwort aus, der Sie am ehesten zustimmen.
- Einige Fragen enthalten Zusätzliche Erläuterungen, die Ihnen das Ausfüllen erleichtern sollen.

Zunächst haben wir einige Fragen zu Ihren **persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen** im Zusammenhang mit Krisen- und Katastrophenfällen.

Abgesehen von der derzeitigen COVID-19-Pandemie, waren Sie persönlich schon einmal von einer oder mehreren der folgenden Krisen- und Katastrophenfälle betroffen?

(Mehrfachantworten möglich)

- Bombenfund mit Evakuierung
- Brand, Feuer
- Großunfall (z.B. Chemieunfall, Zugunglück)
- Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung
- Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung
- Massenerkrankungen (z.B. Salmonellose, Grippe)
- Naturkatastrophe (z.B. Hochwasser, Sturm, Extremwetter)
- Soziale Unruhen (z.B. Gewaltereignis)
- Terroristische Ereignisse (z.B. Geiselnahme, Anschlag)
- anderes, und zwar

Halten Sie es für wahrscheinlich, dass Sie persönlich innerhalb der nächsten 5 Jahre von einem der folgenden Krisen- und Katastrophenfälle betroffen sein könnten?

Ereignis	nein, eher unwahrscheinlich	ja, eher wahrscheinlich
Bombenfund mit Evakuierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brand, Feuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Großunfall (z.B. Chemieunfall, Zugunglück)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massenerkrankungen (z.B. Salmonellose, Grippe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturkatastrophe (Hochwasser, Sturm, Extremwetter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Unruhen (z.B. Gewaltereignis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terroristische Ereignisse (z.B. Geiselnahme, Anschlag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

anderes, und zwar

Für wie gut halten Sie sich persönlich auf einen der folgenden Krisen- und Katastrophenfälle vorbereitet?

Ereignis	gar nicht vorbereitet	eher schlecht vorbereitet	eher gut vorbereitet	sehr gut vorbereitet
Bombenfund mit Evakuierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brand, Feuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Großunfall (z.B. Chemieunfall, Zugunglück)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massenerkrankungen (z.B. Salmonellose, Grippe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturkatastrophe (Hochwasser, Sturm, Extremwetter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Unruhen (z.B. Gewaltereignis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terroristische Ereignisse (Geiselnahme, Anschlag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nehmen Sie zu den folgenden Aussagen aus Ihrer persönlichen Perspektive Stellung.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angabe
Ich weiß, wie ich an Informationen zur persönlichen Notfallvorsorge gelangen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bereits alle Informationen, die ich für meine persönliche Notfallvorsorge benötige, zusammengetragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Empfehlungen zur persönlichen Notfallvorsorge und zum Handeln in Katastrophensituationen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, wie ich mich persönlich in Krisen- und Katastrophenfällen angemessen zu verhalten habe (z.B. längerer Ausfall der Stromversorgung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen jeweils auf Sie persönlich zutreffen.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teils/ teils zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
In der Regel komme ich nach harten Zeiten wieder schnell auf die Beine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, stressige Situationen zu bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich schnell von einem belastenden Ereignis erholen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, mich wieder zu fangen, wenn etwas Schlimmes passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Regel stehe ich schwierige Zeiten mit wenig Mühe durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich benötige in der Regel lange, um mich von Rückschlägen im Leben zu erholen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie zunächst vielen Dank für die Beantwortung der Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung zu Krisen- und Katastrophenfällen.

Im Folgenden interessieren wir uns für Ihre beruflichen Erfahrungen und Einschätzungen als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes.

Wir bitten Sie, sich auf Folgendes Szenario einzulassen:

Dienstagabend, 26. Januar, 20:30 Uhr. Sie befinden sich mit dem Auto des Pflegedienstes auf dem Weg zu Patientinnen und Patienten, die Sie auf Ihrer heutigen Tour versorgen sollen. Plötzlich wird es um Sie herum dunkel. Die Lichter in den Häusern am Straßenrand, auch alle Ampeln und sogar die Straßenbeleuchtung fallen aus. Schnell wird Ihnen klar: Hier gab es einen Stromausfall!

Vor Ihnen stauen sich mittlerweile die Fahrzeuge, lautes Hupen, Rufe. Offenbar gab es weiter vorne einen Unfall. Sie schalten das Autoradio an und hören erste Meldungen zur aktuellen Situation: der Stromausfall scheint großflächig zu sein. Niemand kann gerade sagen, wie lange er dauern wird. Sie kommen mit dem Auto kaum voran, die Minuten verrinnen.

Welche der folgenden Reaktionen würden Sie aus Ihrer beruflichen Perspektive heraus am ehesten zeigen bzw. welche Maßnahmen würden Sie am ehesten ergreifen?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angabe
Ich wüsste nicht, was ich jetzt konkret tun könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde abwarten, bis der Verkehr wieder fließt und dann zu meinen Patienten fahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde überlegen, wie ich den Stau vor mir am ehesten umfahren kann, um mein Ziel erreichen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde in der Zentrale anrufen und mich erkundigen, wie ich weiter vorgehen soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde bei dem nächsten Patienten bzw. der nächsten Patientin auf meiner Liste anrufen und mitteilen, dass ich mich verspäten werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde aussteigen und mit anderen Autofahrer*innen und Passant*innen über die Situation sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meine Familie anrufen / eine SMS schreiben, um sicher zu gehen, dass alles in Ordnung ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte schätzen Sie, bezogen auf das zuvor geschilderte Szenario eines großflächigen und anhaltenden Ausfalls der Stromversorgung, die folgenden Aussagen aus Ihrer beruflichen Perspektive ein.

In der Region, in der ich beruflich tätig bin,	nein	ja	keine Angabe
könnte ein solcher Vorfall mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
würde ein solcher Vorfall von den zuständigen Stellen umgehend behoben werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wurden von den Behörden Vorkehrungen getroffen, um darauf reagieren zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sind Anbieter der stationären Versorgung und Pflege gut auf einen solchen Vorfall vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sind Anbieter der ambulanten Versorgung und Pflege gut auf einen solchen Vorfall vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Krisen- und Katastrophenfälle können sich auf die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen mehr oder weniger stark auswirken.

Aus Ihrer beruflichen Perspektive heraus: Welches Ausmaß an Auswirkungen auf Ihre Arbeit erwarten Sie von welchen Krisen- und Katastrophenfällen?

Sie bedienen den Regler indem Sie den grünen Button anklicken und (gedrückt halten) einfach auf den schwarzen Balken ziehen. Lassen Sie den Button an der Stelle stehen (loslassen), der Ihrer Meinung nach die Stärke des Ausmaßes am ehesten widerspiegelt. (links am geringsten/ rechts am stärksten)

Ereignis	Skala	Regler
Bombenfund mit Evakuierung		<input checked="" type="radio"/>
Brand, Feuer		<input type="radio"/>
Großunfall (z.B. Chemieunfall, Zugunglück)		<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung		<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung		<input type="radio"/>
Massenerkrankungen (Salmonellose, Grippe)		<input type="radio"/>
Naturkatastrophe (Hochwasser, Sturm, Extremwetter)		<input type="radio"/>
Soziale Unruhen (z.B. Gewaltereignis)		<input type="radio"/>
Terroristische Ereignisse (z.B. Geiselnahme, Anschlag)		<input type="radio"/>

Für wie gut halten Sie sich, aus Ihrer beruflichen Perspektive heraus betrachtet, auf eines der folgenden Krisen- und Katastrophenfälle vorbereitet

Ereignis	gar nicht vorbereitet	weniger gut vorbereitet	gut vorbereitet	sehr gut vorbereitet
Bombenfund mit Evakuierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brand, Feuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Großunfall (z.B. Chemieunfall, Zugunglück)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Trinkwasserversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langanhaltender Ausfall der Stromversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massenerkrankungen (z.B. Salmonellose, Grippe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturkatastrophe (Hochwasser, Sturm, Extremwetter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Unruhen (z.B. Gewaltereignis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terroristische Ereignisse (Geiselnahme, Anschlag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes zutreffen.

Aussage	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
An plötzliche Veränderungen im Berufsalltag kann ich mich gut anpassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme im Berufsalltag versuche ich stets mit Leichtigkeit und Humor zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress im Berufsalltag kann für mich auch eine positive Herausforderung sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich unter Druck stehe, versuche ich meist einen klaren Kopf zu behalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch wenn mir Hindernisse begegnen, behalte ich meine Ziele im Auge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Krisen und bei Schwierigkeiten merke ich, dass ich eine starke Person bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Krisen und bei Schwierigkeiten kann ich anderen ein Gefühl von Sicherheit geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie gut fühlen Sie sich als **Mitarbeiterin oder Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes** auf die häusliche Versorgung in folgenden Krisen- und Katastrophenfällen vorbereitet?

Ich bin auf die Versorgung der häuslich versorgten Patientinnen und Patienten bei ...	gar nicht vorbereitet	eher schlecht vorbereitet	eher gut vorbereitet	sehr gut vorbereitet	keine Angabe
einer akuten medizinischen Krise (z.B. urologischer Notfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einer psychischen / sozialen Krise (z.B. familiäre Konflikte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einem Extremwetterereignis (z.B. Sturm, Schneechaos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
deinem länger andauernden Ausfall der Telekommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einem länger andauernden Ausfall der Stromversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sozialen Unruhen in dem Stadtteil oder der Region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einer ansteckenden Massenerkrankung (z.B. Salmonellose, Grippe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie vielen Dank für die Beantwortung der Fragen zu Ihrer **beruflichen Einschätzung** zu Krisen- und Katastrophenfällen.

Im Folgenden interessieren wir und dafür, inwieweit **der ambulante Pflegedienst bei dem Sie beschäftigt sind, bereits Vorkehrungen getroffen hat**, um auf Krisen- und Katastrophenfälle - wie beispielsweise den zuvor skizzierten Stromausfall - und deren Auswirkungen auf die ambulante Pflege und Versorgung vorbereitet zu sein.

Gibt es in dem **Pflegedienst, in dem Sie beruflich tätig sind, eine oder mehrere der folgenden Arbeitshilfen? Wurden eine oder mehrere der untenstehenden Vorkehrungen getroffen?**

	nein	ja	keine Angabe
Es gibt einen verbindlichen Plan zum Verhalten in medizinischen Notfallsituationen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeder Mitarbeitende ist verpflichtet, sich über das Vorgehen bei Krisen- und in Katastrophenfällen aktiv zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt regelmäßig verpflichtende Schulungen während der Arbeitszeit in erster Hilfe und für die Durchführung Notfallmaßnahmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt regelmäßig freiwillige Angebote zur Weiterbildung in erster Hilfe und für die Durchführung Notfallmaßnahmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es wird eine zentrale Liste (Papierform) mit den Kontaktdaten aller Patienten und Patientinnen (und ggf. ihrer Angehörigen) geführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt einen Evakuierungsplan für Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften, die durch den Pflegedienst betreut werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt strukturierte Gespräche mit Patienten und Patientinnen und ggf. ihren Angehörigen, in denen Maßnahmen der Notfallvorsorge / des Katastrophenschutzes thematisiert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es wird Patienten und Patientinnen und ggf. ihren Angehörigen Unterstützung bei der Beschaffung, Bestückung und Aktualisierung eines Notfallsets geleistet (z.B. „SOS-Notfalldose“).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inwieweit erwarten Sie in einer Krise oder Katastrophe, Unterstützung durch folgende Akteure und Einrichtungen bei der (Weiter-)Versorgung der Patientinnen und Patienten des ambulanten Pflegedienstes, bei dem Sie beschäftigt sind?

Ich erwarte in Krisen- und Katastrophenfällen Unterstützung von:	nein	ja	keine Angabe
An- und Zugehörigen der betreuten Patienten und Patientinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen aus der Nachbarschaft bzw. dem Quartier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anderen Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhäusern bzw. akutstationären Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen (Haus- und Fachärzte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rettungsdienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feuerwehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizei-notruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behörden (z.B. Ordnungsamt, Gesundheitsamt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katastrophenschutz (Helfer vom THW, DRK etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In Krisen- und Katastrophenfällen kann es sein, dass Patientinnen und Patienten nicht mehr häuslich oder in einer WG betreut werden können. Sie müssen dann evakuiert und in eine zentrale Notunterkunft gebracht werden.

Uns interessiert, wie Sie diese Situation aus Ihrer beruflichen Perspektive beurteilen und was Sie in diesem Fall für notwendig halten würden.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angabe
Ich gewährleiste die Übergabe der Patient* innen an Mitarbeitende des Katastrophenschutzes und widme mich dann anderen Aufgaben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die von mir betreuten pflegebedürftigen Personen können in einer Notunterkunft bedarfsgerecht und sicher betreut werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für die von mir betreuten pflegebedürftigen Personen müssten in einer Notunterkunft besondere Vorkehrungen getroffen werden (z.B. technische Voraussetzungen, Sicherheitsmaßnahmen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitarbeitende des Katastrophenschutzes (THW, DRK) können die Betreuung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft ohne Hilfe von ambulanten Pflegediensten sicherstellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Betreuung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft erfordert in jedem Fall den Einsatz qualifizierten Pflegefachpersonals von ambulanten Pflegediensten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Fragenkomplex wird auf der nächsten Seite fortgeführt.

Fortsetzung der vorherigen Frage.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	keine Angabe
Ich als Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes wäre bereit, unter der Leitung des Katastrophenschutzes in einer solchen Notunterkunft an der Versorgung von Pflegebedürftigen weiter mitzuarbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte mich für hinreichend qualifiziert, um die Versorgung der von mir betreuten Pflegebedürftigen in einer solchen Notunterkunft unter Leitung des Katastrophenschutzes zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich sehe Probleme (z.B. Haftungsrecht), wenn ich als Mitarbeitende*r eines ambulanten Pflegedienstes unter der Leitung des Katastrophenschutzes in einer Notunterkunft arbeite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meinen Einsatz zur Versorgung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft davon abhängig machen, ob meine Familie (z.B. Kinder) in Sicherheit und gut versorgt ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meinen Einsatz zur Versorgung Pflegebedürftiger in einer Notunterkunft davon abhängig machen, ob die Tätigkeit dort ein gesundheitliches oder sonstiges Risiko für mich darstellen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie vielen Dank für die Beantwortung der Fragen zur **Einschätzung über die Vorkehrungen des ambulanten Pflegedienstes** bei dem Sie beschäftigt sind.

Abschließend möchten wir Sie hier noch um einige allgemeine **Angaben zur Person und zu dem ambulanten Pflegedienst** bitten, in dem Sie tätig sind. Diese Informationen sollen uns helfen, die von Ihnen gemachten Angaben einzuordnen.

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- männlich
- weiblich
- divers/ keine Angabe

Wie alt sind Sie?

- bis 20 Jahre
- 21-30 Jahre
- 31-40 Jahre
- 41-50 Jahre
- 51-60 Jahre
- 61 Jahre und älter

Welchen Berufsabschluss haben Sie?

(Mehrfachnennung möglich)

- Altenpfleger/in
- Krankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Kinderkrankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Altenpflegehelfer/in, Krankenpflegehelfer/in (mind. 1-jährig ausgebildet)
- Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in
- Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in oder anderer Heilberuf
- Sozialpädagogin / Sozialpädagoge bzw. Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin
- Hauswirtschaftlicher Berufsabschluss
- Auszubildende/r oder Umschüler/in
- Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst
- kein Berufsabschluss
- anderes, und zwar

Was für Aufgaben nehmen Sie für den Pflegedienst, in dem beschäftigt sind, überwiegend wahr?

(Mehrfachnennungen möglich)

- körperbezogene Pflege und Betreuung und / oder „Behandlungspflege“
- Betreuungsleistung (§ 36 SGB XI)
- Hilfen bei der Haushaltsführung, Hauswirtschaftsbereich
- Pflegedienstleitung
- Verwaltung, Geschäftsführung
- Sonstiger Bereich

In welchem Umfang sind sie im Pflegedienst beschäftigt?

- vollzeitbeschäftigt
- Teilzeit mit über 50%
- 50% und weniger, aber nicht geringfügig
- geringfügig beschäftigt (450€ - Basis)

Über wie viele Jahre Berufserfahrung verfügen Sie in der ambulanten Pflege?

- bis 5 Jahre
- 6 -10 Jahre
- 11-20 Jahre
- 21 Jahre und mehr

In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Pflegedienst, in dem Sie beschäftigt sind?

- Privater Träger
- Freigemeinnütziger Träger (z.B. DRK, Johanniter, Diakonie)
- Öffentlicher Träger (z.B. Kommune, Land)

Wie viele Patient*innen betreut der Pflegedienst, in dem Sie beschäftigt sind, derzeit (ungefähr)?

- bis 25
- 26-50
- 51-100
- 101 und mehr
- weiß nicht/ keine Angabe

Hat Ihr Pflegedienst einen pflegfachlichen Schwerpunkt?

Wenn „ja“, welche(n) ?

- Nein**
- Ja**
- Pflege demenzkranker Personen
 - Pflege beatmungspflichtiger Personen / Intensivpflege
 - Pflege von Personen im Wachkoma
 - Pädiatrische (Intensiv-)Pflege
 - Psychiatrische Pflege
 - Palliativpflege
 - anderer Schwerpunkt

Arbeiten Sie in der außerklinischen Intensivpflege (1:1-Versorgung oder Intensiv-/Beatmungs-WG)?

- nein
- ja

Bitte geben Sie an, wo sich der Pflegedienst, in dem Sie derzeit beschäftigt sind, befindet.

- Stadt Magdeburg oder angrenzende Landkreise (LK Börde, Jerichower Land, Salzlandkreis)
- andere Region

Falls Sie Anmerkungen haben, die in den Fragen keinen Platz gefunden haben (z.B. auch zur aktuellen Krisensituation durch die Corona – Pandemie), könne Sie diese hier gerne nachtragen.

Auch allgemeine Anregungen und Kritik nehmen wir gern an.



Die Befragung geht an dieser Stelle zu Ende.

Wenn Sie sich z.B. über einen möglichen Stromausfall, die Vorbereitung darauf und mögliche Auswirkungen informieren möchten, können Sie dies u.a. auf der Internetseite des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe tun.

Dafür klicken Sie bitte [hier](#)

5.2 Interviewleitfaden

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen



Interviewleitfaden – Experteninterviews (mit Leitungspersonen in Pflegediensten)

(Leitungspersonen, Geschäftsführer*innen, Inhaber*innen und/oder Pflegedienstleitungen)

Begrüßung / Kurzvorstellung (*situativ angepasst*)

Guten Morgen / Tag Frau / Herr XY. Mein Name ist XY. Ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité in Berlin. Ich werde heute das Interview mit Ihnen führen, für das wir uns miteinander verabredet haben. Vielen Dank schon an dieser Stelle für die Zeit, die Sie sich für das Gespräch nehmen.

Wir befassen uns in dem Projekt AUPIK damit, wie die ambulante Pflege derzeit auf Krisen- und Katastrophenfälle vorbereitet ist und wie sie vielleicht besser vorbereitet werden kann. Über dieses Thema möchte ich heute mit Ihnen als fachliche und (oder) organisatorische Leitung eines Pflegedienstes ein Gespräch führen.

Bestimmt haben Sie und Ihre Mitarbeitenden aufgrund der COVID-19-Pandemie in der vergangenen Zeit besondere und wichtige Krisenerfahrungen gemacht. Wir interessieren uns in dem Projekt AUPIK für Krisen- und Katastrophensituationen, die nach Einschätzung des Katastrophenschutzes, mit dem wir zusammenarbeiten, **sogar noch stärkere Auswirkungen** auf die Pflege von Menschen in ihrer Häuslichkeit haben könnte. Zu einer solchen Situation haben wir Ihnen im Vorfeld des Interviews das Szenario eines mehrtägigen, großflächigen Stromausfalls zukommen lassen, über das wir uns gleich ausführlicher sprechen werden.

Wie Sie wissen, wird das Gespräch aufgezeichnet. Die Tonaufnahme läuft im Moment noch nicht. Wenn ich die Aufnahme starte, werde ich Sie darüber informieren. Während des Gesprächs werde ich ggf. Notizen machen. Lassen Sie davon bitte nicht irritieren.

Wir haben Sie im Vorfeld bereits über den Inhalt und den Ablauf des Interviews aufgeklärt. Wir haben für das Gespräch ca. 60 Minuten eingeplant. Sie können das Interview aber selbstverständlich jederzeit unterbrechen oder auch beenden, wenn Sie das für angezeigt halten.

Gibt es Ihrerseits noch offene Fragen bevor wir beginnen?

Wenn Sie bereit sind, das Interview durchzuführen, dann fangen wir jetzt an. Sind Sie damit einverstanden, dass ich jetzt die Tonaufnahme starte?

(*Aufzeichnung starten*)

1

AUPIK: Interviewleitfaden (Version 26.10.2020; leicht ergänzt: 11.11.2020)



Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen

Interviewbeginn

Ich möchte Ihnen zu Beginn kurz eine Situation beschreiben und Sie bitten, sich stimmungsmäßig auf diese Situation einzulassen. Sind Sie bereit?

Vignette
(situativ anpassen)

Bitte stellen Sie sich einen trüben Montagmorgen im Dezember vor. Draußen ist alles grau und kalt und Sie möchten eigentlich gar nicht vor die Tür, aber im Büro wartet Arbeit auf Sie. Auf den Straßen macht Ihnen das Glatteis Schwierigkeiten. Als sie dann endlich unbeschadet im Büro ankommen, sind sie heilfroh.

Sie setzen sich an Ihren Schreibtisch und rufen am Computer gerade die Abrechnung des letzten Monats auf. Als sie sich so langsam in die Arbeit vertiefen und das Drumherum vergessen, wird plötzlich Ihr Bildschirm schwarz. Auch das Licht ist ausgegangen. Sie stehen auf und probieren den Lichtschalter – keine Reaktion. Dann bemerken Sie, dass auch in den anderen Räumen das Licht aus ist. Sie ertasten sich den Weg zum Stromkasten, um die Sicherung zu überprüfen, aber alles sieht aus wie immer. Eine Ursache für das Problem erkennen sie nicht. Gedanklich sind sie noch bei Ihrer Datei: Hoffentlich hat der Computer ihr Arbeitsergebnis gesichert.

Sie betreten das dunkle Treppenhaus und versuchen es an der Klingel eines Nachbarn – kein Ton. Erst auf Ihr Klopfen hin wird die Tür geöffnet. Offensicht-

lich gibt es dort auch keinen Strom, aber zumindest eine Information. Anschließend sollen in einer Parallelstraße Arbeiten am Stromnetz durchgeführt werden. Vielleicht wurde dabei eine Leitung beschädigt.

Sie schauen auf die Uhr, es ist 9.10 Uhr. Als Sie gerade die Telefonnummer des Hausmeisters suchen, erreicht Sie der Anruf einer Kollegin. Auch bei der Patientin, die sie gerade versorgt, ist der Strom ausgefallen. Nichts geht mehr. Das gesamte Wohnhaus ist dunkel. Die junge Kollegin klingt leicht panisch und sie versuchen zunächst, sie zu beruhigen.

Nach und nach rufen aber weitere Kolleginnen an, die gerade auf Tour sind. Auch sie berichten von dem Stromausfall. So erfahren sie dann, dass anscheinend mehrere Stadtteile betroffen sind.

Zwischendrin haben Sie in den Kurznachrichten auf Ihrem Handy gelesen, dass es offensichtlich in Magdeburg und im Umland zu einem flächendeckenden Stromausfall gekommen ist. Ursachen seien nicht bekannt und auch nicht, bis wann die Störung behoben sein wird.

(Pause)



Thema	Fragen	Alternativ-/Nachfragen; Hinweise
1. Spontane (emotionale) Reaktion	<ul style="list-style-type: none"> Was geht in Ihnen vor, wenn Sie sich in diese Situation hineinversetzen? Was würden Sie als Pflegedienstleiterin [bzw. individuell angepasst: Geschäftsführer*in] in einer solchen Situation machen? 	<p>Zeit für Antwort lassen; Fragen einzeln stellen, nicht alle auf einmal</p> <p>(bei ausbleibender oder irrelevant erscheinender Antwort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Können Sie uns schildern, was konkret Sie nach den Telefonaten mit Ihren Mitarbeiter*innen [bzw. situativ angepasst: Kolleg*innen] als erstes machen würden? Was als nächstes? Und dann?
2. Bestehenden Vorerfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> Vielen Dank für diese Eindrücke. Uns würde – bevor ich gleich näher auf den Stromausfall und das von uns entworfene Szenario eingehe – noch interessieren, ob Sie als Pflegedienstleitung (oder früher in einer anderen Funktion) vielleicht bereits einmal mit einer ähnlich krisenhaften oder katastrophalen Situation konfrontiert waren. Wenn ja, könnten Sie mir kurz erzählen, was damals genau passiert ist? 	<ul style="list-style-type: none"> Wer oder was hat Ihnen geholfen, mit dieser Situation umzugehen? Was hätten sie sich in der Situation als Unterstützung gewünscht?
2a. Im Falle einer Erzählung zu COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Sie erzählen jetzt von Ihren Erfahrungen in der aktuellen COVID-19-Pandemie. Wir werden gleich über eine andere Krisensituation sprechen. Können Sie mir dennoch in Kürze schildern, was die Pandemie für Ihre Arbeit und die Ihrer Mitarbeitenden bedeutet? 	<p>aus Zeitgründen nur eventuelle Konkretisierungsfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was ist jetzt anders an Ihrer Arbeit? Wie genau kann ich mir das vorstellen? Wer oder was hilft Ihnen am meisten, mit der Pandemie umzugehen? Wobei würden Sie sich aktuell am meisten Unterstützung wünschen, um die Situation bewältigen zu können?

Überleitung

Vielen Dank. Sie haben mir nun einen interessanten Einblick darin gegeben, wie Sie persönlich auf eine solche Ausnahmesituation möglicherweise reagieren würden (oder in früheren Situationen reagiert haben bzw. falls COVID-Erzählung: oder in der jetzigen Pandemie reagiert haben). Ich möchte Sie jetzt einladen, mit ein wenig Abstand mal das Szenario zu überdenken, das wir Ihnen im Vorfeld zugeschildert hatten. Darin ist, wie in einem Lagebericht aufgelistet, was nach vorliegenden Erkenntnissen so alles passieren kann, wenn es zu einem längerdauernden Stromausfall kommen sollte.



Chanté – Universitätsmedizin Berlin
 Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen

Thema	Fragen	Alternativ-/Nachfragen; Hinweise
3. Auswirkungen des Stromausfalls	<p>Wir interessieren uns zunächst dafür, welche Auswirkungen ein solches, nach und nach eskalierendes Ereignis auf die ambulante Pflege hätte und was sich daraus für die Versorgung und die Sicherheit ihrer betreuten Patient*innen ergeben könnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> Von welchen Auswirkungen würden Sie <u>als Leitung eines ambulanten Pflegedienstes</u> unmittelbar betroffen sein und was hätte das für Folgen? Wie würde sich eine solche Situation auf die <u>Kolleg*innen</u> auswirken, die direkt vor Ort bei den Pflegeempfängern versorgen? Womit wären Ihre <u>Patient*innen und Angehörigen</u> konfrontiert? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Auswirkungen würden Sie erfahren? bzw. Ihre Kolleg*innen bzw. Ihre Patient*innen und deren Angehörige Gibt es Patientengruppen, die von einem solchen Krisenszenario in ganz eigener Weise betroffen wären und bei denen Sie besondere Sicherheits- und Versorgungsrisiken erwarten würden? Welche?
4. Möglichkeiten des Umgangs mit dem Szenario	<p>Vielen Dank. Falls etwas dazu kam: Sie haben schon einiges davon erzählt, was Sie in der Katastrophensituation machen würden. Wir wollen jetzt gerne etwas mehr darüber erfahren, welche Möglichkeiten Sie für sich sehen, um den Betrieb und damit auch die Versorgung und Sicherheit der Patient*innen aufrecht erhalten zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> Können Sie mir davon erzählen, welche Möglichkeiten Sie für sich als <u>Leitung eines ambulanten Pflegedienstes (Pflegedienstleitung)</u> in dieser Hinsicht sehen? Welche Möglichkeiten, denken Sie, haben <u>Ihre Kolleg*innen</u> mit dieser Situation unmittelbar vor Ort bei den Patient*innen umzugehen? Wie, denken Sie, könnten Ihre <u>Patient*innen und deren Angehörige</u> mit der Situation umgehen? 	<ul style="list-style-type: none"> Was könnten die in einer solchen Situation tun? Vielleicht denken Sie dabei auch an die unterschiedlichen Patientengruppen, die sie versorgen. Wie genau kann ich mir das vorstellen? Welche Möglichkeiten sehen Sie noch?
4a. Möglichkeiten der Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> Inwiefern denken Sie, kann man sich als Pflegedienst auf den Eintritt von Krisen, wie einen ausgedehnten Stromausfall, vorbereiten? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Möglichkeiten der Vorbereitung sehen Sie? Welche Rolle spielen dabei Fortbildungen? Welche Möglichkeiten sehen Sie, als Pflegedienst dabei zu unterstützen, dass Patient*innen und Angehörige auf etwaige Krisen vorbereitet sind

AUPIK: Interviewleitfaden (Version 26.10.2020; leicht ergänzt: 11.11.2020)



Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen

<p>5. Bedarfe im Umgang mit dem Szenario</p>	<p>Sie haben nun schon viel Interessantes dazu gesagt, was Sie für Konsequenzen aus einem solchen krisenhaften Ereignis erwarten und welche Möglichkeiten bestehen, damit umzugehen. Jetzt würde uns noch interessieren, was benötigt würde, um die Versorgung der Patient*innen trotz allem so lange wie möglich aufrecht erhalten zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was würden Sie für sich als <i>Pflegedienstleitung</i> in dieser Situation benötigen? Welche Art von Unterstützung oder Ressourcen würde Ihnen helfen, dieses Ziel zu erreichen? • Was, denken Sie, könnte Ihren <i>Kolleg*innen</i> dabei helfen, die Pflege der Patient*innen in ihren Wohnungen oder in Wohngemeinschaften trotz dieser Widerstände aufrechterhalten zu können? • Welche Art von Hilfe oder Unterstützung würden <i>Patient*innen und Angehörige</i> benötigen, um mit der Situation umgehen zu können? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wozu würden Sie / Ihre Kolleg*innen / Ihre Patient*innen das benötigen? • Wie könnten Sie / Ihre Kolleg*innen / Ihre Patient*innen dies erhalten?
<p>6. Kooperation von Pflege, Rettungsdienst und Katastrophenschutz</p>	<p>Im AUIPK-Projekt interessieren wir uns auch für die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und Rettungsdienst und nicht zuletzt auch den Organisationen des Katastrophenschutzes. Deshalb möchte ich auf dieses Thema noch einmal näher eingehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Unterstützung würden Sie in der Situation, wie sie beschrieben wurde, von Rettungsdienst und Katastrophenschutz in der Versorgung Ihrer Patienten erwarten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Unterstützung würden Sie bei einer solchen Krisensituation konkret erwarten von Rettungsdienst / von Katastrophenschutz? • Welche dieser Unterstützungen wäre Ihnen die wichtigste? Welche danach?

AUIPK: Interviewleitfaden (Version 26.10.2020; leicht ergänzt: 11.11.2020)



Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen

<p>6a. Zentraler Betreuungsplatz</p>	<p>Wenn Sie noch mal an das Szenario denken, auf das sich unser Gespräch bezieht. Dabei könnte ja eine Situation eintreten, bei der die häusliche Versorgung der Patient*innen mit noch so viel Anstrengungen nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Für diesen Fall müsste ein zentraler Betreuungsplatz (eine Notunterkunft) eingerichtet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hätten Sie eine Idee dazu, wie ein solcher zentraler Betreuungsplatz (eine solche Notunterkunft) aussehen müsste? • Inwiefern können die Mitarbeitenden / Kolleg*innen ihres Pflegedienstes an einem zentralen Betreuungsplatz eingesetzt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was würde dafür gebraucht, damit Ihre Patient*innen – darunter womöglich technikabhängige, schwerkranke oder auch palliativ zu versorgende Personen – sicher weiterversorgt werden können? • Sagen Sie ruhig alles, was Ihnen spontan dazu einfällt. Alles kann für uns hilfreich sein.
---	--	--

Dank und Ausklang

- Vielen Dank, dass Sie all unsere Fragen bis hierher so ausführlich beantwortet haben. Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, was Sie uns bzw. dem Projekt AUPIK unbedingt noch mitteilen möchten, bevor wir das Interview beenden?
- Haben Sie vielen Dank für Ihre Teilnahme. Ihre Unterstützung und Ihre Zeit.

(Ende des Interviews / Aufzeichnung stoppen)

- Falls wir noch offene Fragen haben, dürfen wir uns dann eventuell noch einmal bei Ihnen melden?
- Eine letzte Frage habe ich noch: Dürfen wir Ihre E-Mail-Adresse in einen E-Mail-Verteiler aufnehmen, um Ihnen den Newsletter des Projekts zusenden zu können? Vielen Dank.

Verabschiedung

Zentraler Betreuungsplan
(nur zur eigenen Vorbereitung und max. knappen Erläuterung bei Rückfragen):

Ein Betreuungsplatz wird bei einem Schadensereignis, wie einer Bombenentschöpfung, einem Hochwasser, einem Stromausfall o.ä., eingerichtet. An diesem Platz sollen Menschen vorübergehend betreut werden: Sie erhalten Essen, Wärme, bei Bedarf Hygieneartikel, eine Sitz- und ggf. Liegemöglichkeit und psycho-soziale Betreuung. Der Betreuungsplatz kann eine Turnhalle sein, eine Schule, ein anderes Gebäude oder auch ein Zelt.

Ein Betreuungsplatz kann zu einer Notunterkunft werden. Sie ist dann für eine längere Versorgung ausgelegt und verfügt etwa über Feldbetten. In der Regel wird hierfür ein Gebäude genutzt (Turnhalle, Kaserne, Rathaus, Hotel).
Oft wird so geplant, dass der Betreuungsplatz zu einer Notunterkunft ausgeweitet werden kann, da bei einer Großschadenslage oft nicht bekannt ist, wann sie endet. Beim Betreuungsplatz und der Notunterkunft kommen die (i.d.R.) ehrenamtlichen Katastrophenschützer*innen zum Einsatz, vor allem aus dem Sanitätsdienst (für die medizinische Versorgung) und dem Betreuungsdienst (für die nicht-medizinische Versorgung).

AUPIK: Interviewleitfaden (Version 26.10.2020, leicht ergänzt: 11.11.2020)

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland