

**Krisen, Notfälle und Katastrophen in der  
häuslichen und gemeindebasierten Pflege**  
**Literatursynthese & Bibliografie**

**Michael Ewers & Yvonne Lehmann**

**Working Paper No. 21-02**  
**Berlin, Mai 2021**

**Institut für Gesundheits-  
und Pflegewissenschaft**

**Zitierhinweis:**

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

**Impressum:**

Working Paper No. 21-02 der Unit  
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Mai 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

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der zivilen Sicherheitsforschung (SiFo) von 2020-2023 geförderte Forschungsprojekt „Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“ (AUPIK) besteht aus mehreren Teilprojekten. Im Rahmen von Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“ wurden in einem ersten Arbeitsschritt vorliegende Erkenntnisse aus Forschung und Praxis zur häuslichen und gemeindebasierten Versorgung zu Fragen der Sicherheit, insbesondere der Patientensicherheit, sowie zur Rolle der Pflege bei der Vorsorge und Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen zusammengetragen und ausgewertet. Ziel war es, durch diese Arbeiten ein tragfähiges Fundament für die im Rahmen von AUPIK anstehenden Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zu legen.

Durchgeführt wurde zu diesem Zweck eine systematische, explorierende Recherche in einschlägigen Datenbanken und Zeitschriften. Eingeschlossen wurden ohne zeitliche Limitierung englisch- und deutschsprachige Übersichtsarbeiten, Studien mit heterogenen Designs sowie Projektberichte und Diskussionspapiere. Ergänzend wurden Gesetze, Leitlinien, Handlungsempfehlungen, Stellungnahmen und Positionspapiere sowie graue Literatur aus unterschiedlichen Quellen ausgewertet. Die gefundene Literatur wurde gesichtet, thematisch geordnet und mit Blick auf das leitende Erkenntnisinteresse synthetisiert; das Ergebnis dieses Arbeitsschritts ist hier in Form einer Literaturübersicht und Bibliografie dokumentiert.

Insgesamt ist die international verfügbare Literatur zu Sicherheitsfragen, zur Katastrophenvorsorge und Krisenbewältigung umfangreich. Geht es aber um Sicherheitsaspekte in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung, ist sie übersichtlich geblieben. Pflegewissenschaftliche Beiträge zu diesen Themen sind quantitativ und qualitativ begrenzt, wobei internationale englischsprachige Publikationen thematisch breiter und z.T. auch anspruchsvoller angelegt sind als die aus dem deutschsprachigen Raum. Auffallend ist eine sich intensivierende Auseinandersetzung mit den hier aufgegriffenen Themen in der letzten Dekade – insbesondere zur Langzeitversorgung vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen und der Rolle von Pflegefachpersonen dabei. International vergleichende Arbeiten bilden eher die Ausnahme; meist werden national oder regional relevante Themenstellungen bearbeitet, oft ausgehend von konkreten Erfahrungen mit Krisen, Notfällen und Katastrophen in einzelnen Ländern.

Die hiermit vorgelegte Literaturanalyse und Bibliografie bieten eine gute Orientierung über den aktuellen Stand der Literatur zu Sicherheitsfragen im weitesten Sinne. Sie informieren über Definitionen, Konzepte und Aktivitäten zur Vorsorge und Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen in diversen Gesellschaftsbereichen. Zudem bieten sie einen Einblick in die Rollen, Verantwortlichkeiten und Aktivitäten der Pflege im Hinblick auf derartige Ereignisse – insbesondere in der häuslichen und gemeindebasierten Langzeitversorgung. Präsentiert wird zum einen eine Momentaufnahme von einschlägigen (inter-)nationalen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten, Diskursen und von einigen Beispielen guter Praxis zu diesen Themen. Zum anderen wird ein eigenständiger pflegewissenschaftlicher Beitrag zur Erarbeitung eines gemeinsamen und arbeitsleitenden theoretischen Rahmens für die anstehenden Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten im Rahmen von AUPIK geleistet. Schließlich können die Literaturanalyse und Bibliografie als Ausgangspunkt für die Aufbereitung des Erkenntnis- und Forschungsstands zu Detailfragen sowie für thematisch fokussierte Recherchen und Analysen mit einem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisinteresse genutzt werden.

**Wir danken Sascha Bachmann und Sebastian Gröbe für unterstützende Arbeiten bei der Recherche und Aufbereitung der Literatur. Ferner danken wir Tim Walter vom Verlagshaus Vincentz Network für ergänzende Recherchen in 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 den Rettungsdiensten und dem 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 Mitarbeitenden 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 Mitarbeitenden, 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 Mitarbeitenden 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.

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



## Inhalt

### Teil 1 – Literatursynthese

<b>I. Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung .....</b>	<b>11</b>
<b>II. Methodisches Vorgehen.....</b>	<b>13</b>
1. Suchstrategie .....	13
2. Einordnung der Literatur .....	14
<b>III. Ergebnisse der Literatursynthese .....</b>	<b>17</b>
1. Häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung .....	17
1.1 Internationale Traditionen und Konzepte.....	17
1.2 Ambulante Pflege in Deutschland – Grundverständnis .....	19
1.3 Ambulante Pflege in Deutschland – Dienste, Träger und Beschäftigte .....	20
1.4 Ambulante Pflege in Deutschland – Nutzer*innen .....	23
1.5 Ambulante Pflege in Deutschland – Ausdifferenzierung .....	26
2. (Patienten-)Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege.....	27
2.1 Definitionen, Diskurse und Perspektiven .....	27
2.2 Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung.....	30
2.3 Objektive Sicherheitsdimensionen.....	31
2.4 Subjektive Sicherheitsdimensionen .....	33
2.5 Sicherheitskultur in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung.....	33
2.6 Sicherheitsverständnis von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste .....	35
2.7 (Patienten-)Sicherheit als Thema der Aus- und Weiterbildung .....	35
2.8 (Patienten-)Sicherheit als Thema der Forschung und Praxisentwicklung.....	38
3. Pflege in Krisen, Notfällen und Katastrophen .....	40
3.1 Hintergrund und begriffliche Eingrenzungen.....	40
3.2 Disaster Nursing – Stand der Erkenntnisse .....	50
<b>IV. Bündelung zentraler Erkenntnisse .....</b>	<b>67</b>
1. Herausforderungen auf gesellschaftlich-systemischer Ebene .....	67
2. Herausforderungen auf organisatorisch-struktureller Ebene .....	71
3. Herausforderungen auf personell-qualifikatorischer Ebene .....	74
4. Fazit und Ausblick .....	78
<b>V. Anhang.....</b>	<b>81</b>
1. Verzeichnis der verwendeten Literatur.....	81
2. Verzeichnis der gesichteten Fachzeitschriften .....	102
3. Verzeichnis der gesichteten Internetportale.....	104
4. Verzeichnis der verwendeten Suchbegriffe .....	105
5. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen .....	106
6. Verzeichnis der Abbildungen.....	107

## Teil 2 – Bibliografie

<b>I. Einführung und Verwendungshinweise.....</b>	<b>111</b>
<b>II. Begriffliche und konzeptionelle Klärungen.....</b>	<b>113</b>
1. Sicherheit.....	113
2. Krise.....	116
3. Notfälle und Katastrophen.....	117
4. Resilienz, Emergency Preparedness & Disaster Preparedness.....	119
<b>III. Rollenspezialisierungen der Pflege.....</b>	<b>123</b>
1. Community Health Nursing & Public Health Nursing.....	123
2. Emergency Nursing & Disaster Nursing.....	126
<b>IV. Pflege in Krisen, Notfällen und Katastrophen.....</b>	<b>131</b>
1. Konzepte & Modelle.....	131
1.1 Allgemein.....	131
1.2 Pflegespezifisch.....	133
2. Vulnerable Populationen.....	134
2.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (mit diversen Problemlagen).....	134
2.2 Ältere Personen (mit insb. gerontologisch-geriatrischen Problemlagen).....	136
3. Settings.....	138
3.1 Akutstationäre Versorgung.....	138
3.3 Stationäre Langzeitversorgung.....	140
3.3 Ambulante Primär- und Langzeitversorgung.....	141
4. Evakuierungen.....	144
<b>V. Bildungsdimensionen.....</b>	<b>147</b>
1. Kompetenzstandards und Kernkompetenzen.....	147
2. Assessments & Evaluationen.....	149
2.1 Bevölkerungs- und Organisationsebene.....	149
2.2 Pflegefachpersonen und anderes Gesundheitspersonal.....	149
3. Bildungsprogramme.....	153
3.1 Ausbildung.....	153
3.2 Weiterbildung.....	155

## **Teil 1**

# **Literatursynthese**



## I. Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung

Die häusliche und gemeindebasierte Langzeitpflege hat in Deutschland in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen. Heute werden hierzulande mehr als 3,3 Millionen Menschen aller Altersgruppen mit diversen Problemlagen in Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften (Destatis 2020a), zeitweise auch in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege versorgt. Darunter sind auch zunehmend solche mit schweren, lebenslimitierenden Erkrankungen, in fortgeschrittenen Krankheitsphasen und am Lebensende oder mit aufwändigem technikintensiven Unterstützungsbedarf (z. B. wegen künstlicher Beatmung, Infusionstherapien, Kunstherz). Die ambulanten Pflegeinfrastrukturen, die sich in den letzten Jahrzehnten auf diesen Bedarf hin entwickelt und ausdifferenziert haben, sind in der Regel so gestaltet, dass sie alltäglichen Anforderungen weitgehend entsprechen (SVR 2014). Auf außergewöhnliche Ereignisse jeder Art sind sie mit ihren Rahmenbedingungen und Routinen aber kaum vorbereitet. Die Bewältigung von Alltagsstörungen, die sich womöglich über einen längeren Zeitraum erstrecken, dabei eskalieren und sich zu folgenschweren Krisen, Notfällen oder Katastrophen entwickeln können, dürfte sie vor große Herausforderungen stellen (Blättner et al. 2013).

Bei derartigen Ereignissen besteht die Verantwortung ambulanter Pflegedienste darin, die dezentrale Versorgung von auf Hilfe und Pflege angewiesenen Personen in der Häuslichkeit oder Gemeinde so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Dabei sind die ambulanten Pflegedienste auf eine enge Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten, Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) und zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen angewiesen. Zudem sind die heterogenen Bedarfs- und Problemlagen und Gefährdungsgrade – etwa bei nicht möglicher pflegerischer Versorgung – zu berücksichtigen. Zu bedenken ist bspw., dass sich die hilfe- und pflegebedürftigen Personen (v. a. jene ohne soziales Umfeld) bei Krisen, Notfällen oder Katastrophen womöglich nicht gegenüber Helfer\*innen bemerkbar machen können. Eine zentrale Erfassung häuslich versorgter Pflegebedürftiger oder gar Register – etwa für häuslich beatmete Patient\*innen – gibt es in Deutschland nicht (Sauer 2020). Inwieweit die bei den Pflegediensten verfügbaren Informationen von Außenstehenden genutzt werden können, ist unklar.

Derzeit sind ambulante Pflegeinfrastrukturen nur bedingt mit Rettungsdiensten und Notfalleinrichtungen sowie insbesondere den für den Katastrophen- und Zivilschutz zuständigen Einheiten und Organisationen vernetzt (Oschmiansky/Händlmeyer 2019). Diese wiederum sind kaum mit den komplexen Bedingungen und Anforderungen der häuslichen und gemeindebasierten Langzeitpflege vertraut – besonders wenn es um die Aufrechterhaltung der dezentralen Versorgung schwer chronisch kranker und technikabhängiger Menschen oder solcher mit speziellen Problem- und Bedarfslagen geht. Es fehlen abgestimmte Konzepte und Strategien der Katastrophenvorsorge wie auch stabile Netzwerke und Kooperationen zwischen den diversen Strukturen und Akteur\*innen (ebd.). Natürliche oder von Menschen verursachte Krisen, Notfälle und Katastrophen (wie z. B. großflächige und langandauernde Ausfälle der Stromversorgung, Unwetter, Epidemien, Terrorakte) könnten sich so ungeachtet ihrer Dauer und Tragweite rasch zu einer ernsthaften Versorgungskrise auswachsen (Wagner 2012).

In einem 2016-2019 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekt mit dem Titel *KOPHIS – Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken – Verzahnung von BOS, Pflegeinfrastruktur und aktiven zivilgesellschaftlichen Netzwerkwerken* wurden Bedürfnisse hilfs- und pflegebedürftiger Personen in Privathaushalten ermittelt. Vornehmlich wurde dabei die häusliche Regelversorgung in den Blick genommen, spezielle Nutzergruppen – darunter auch technikabhängige Patient\*innen – blieben weitgehend unberücksichtigt. In KOPHIS wurden Maßnahmen entwickelt, wie hilfs- und pflegebedürftige Personen in Privathaushalten in allen katastrophenrelevanten Phasen gestärkt werden können. Dazu wurde der Auf- und Ausbau von Unterstützungsnetzwerken aus Behörden und Organisationen mit Sicherheits-

aufgaben (BOS) mit Angehörigen und aktiven zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen aus dem sozialen Nahraum der Betroffenen angestrebt (Zettl/Nell 2019). Handlungsempfehlungen und Informationsmaterial für die an der häuslichen Versorgung Beteiligten sollten die Vorsorge und Bewältigung von Krisen und Katastrophen in diesem Versorgungsbereich unterstützen (ex. DRK 2018a; Oschmiansky et al. 2018a, b; Krüger/Max 2019; Schulze et al. 2018, 2019a, b; Zettl et al. 2018). Ähnliche Zielsetzungen werden auch mit Informationen zur Vorsorge und Selbsthilfe für Bürger\*innen von Seiten des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe verfolgt (ex. BKK 2018, 2019, 2020).

Das Projekt „Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“ (kurz: AUPIK) knüpft an diese Vorarbeiten an. Sie werden jedoch um das Teilssegment der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung allgemein sowie von Personen mit speziellen Problem- und Bedarfslagen und ausgeprägter Vulnerabilität im Besonderen, und zugleich um eine pflegewissenschaftliche Perspektive erweitert. Ziel der Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten im Rahmen von AUPIK ist es, die pflegerischen Infrastrukturen zu stärken und widerstandsfähiger gegenüber Alltagsstörungen zu machen. Ambulante Pflegedienste sollen dafür seitens des Katastrophenschutzes so unterstützt werden, dass in Krisen, Notfällen und Katastrophen entstehende Versorgungslücken zumindest vorübergehend überbrückt werden können. Abhängig von der konkreten Pflegesituation (z. B. Unterstützungsbedarf, Umfang der Leistungen, Vorhandensein von sozialen Hilfsstrukturen, medizintechnische Versorgung) kann es jedoch für die Betroffenen unzumutbar sein, in Krisen und Katastrophen in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Für diesen Fall werden Möglichkeiten der Evakuierung und temporären Zentralisierung der zuvor häuslich versorgten Personen geprüft und entsprechende Angebote konzeptualisiert. Insgesamt soll auf eine enge Verzahnung und Abstimmung von Pflegediensten, Rettungsdiensten und Akteur\*innen des Katastrophenschutzes hingewirkt werden.

Im Rahmen des Gesamtvorhabens AUPIK rekurriert das Teilprojekt 3 auf frühere Forschungsaktivitäten am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dabei ging es im Wesentlichen um die häusliche Intensivversorgung technikabhängiger Patient\*innen – insbesondere solcher mit Dauerbeatmungsbedarf – und unterschiedliche Aspekte der Patientensicherheit bei dieser Form der Spezialversorgung. Die dazu geplanten Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten sind an der Schnittstelle von gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Versorgungs- und ziviler Sicherheitsforschung angesiedelt. Mit ihnen soll ein substanzieller pflegewissenschaftlicher Beitrag zur Stärkung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisen- und in Katastrophenfällen geleistet werden. Gefragt wird dabei,

- welche Herausforderungen in Krisen- und Katastrophenfällen in der ambulanten pflegerischen Versorgung generell zur Bewältigung anstehen,
- wie die ambulanten Pflegeinfrastrukturen strukturell und personell auf Alltagsstörungen vorbereitet sind und wie deren Krisen- und Katastrophenvorsorge optimiert werden kann,
- wie ambulante Pflegedienste bei der Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements und der Patientensicherheit unter erschwerten Bedingungen unterstützt werden können.

Durch die zu erarbeitenden Kenntnisse soll es ambulanten Pflegediensten ermöglicht werden, Menschen mit mehr oder weniger umfangreichem, anspruchsvollem und komplexem Pflegebedarf auch bei Alltagsstörungen in ihrem gewohnten Umfeld weiter zu versorgen. Durch die Verbesserung der Kooperation ambulanter Leistungsanbieter und des Katastrophenschutzes sollen Krisen- und Katastrophenfälle überbrückt oder ggf. durch eine zeitlich begrenzte zentrale Unterbringung aufgefangen werden können. Hierfür werden die im Rahmen des Projektes erarbeiteten Erkenntnisse zielgruppenorientiert aufbereitet. Schließlich soll Anschluss an internationale pflegewissenschaftliche Diskurse und Forschungsaktivitäten zu Fragen der Vorsorge und Bewältigung von Krisen und Katastrophen durch die Pflege und in pflegerischen Settings – insbesondere in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung – gefunden werden.

## II. Methodisches Vorgehen

In einem ersten Arbeitspaket in Teilprojekt 3 wurden Erkenntnisse zu den im Rahmen von AU-PIK bearbeiteten Themen kompiliert und synthetisiert. Konkret wurde Literatur gesichtet

- zur häuslichen und gemeindebasierten pflegerischen Versorgung (*Home & Community Care*), insbesondere auch der von schwerkranken und technikabhängigen Personen und solcher mit komplexem Unterstützungsbedarf (*High-Tech Home Care*);
- zu Fragen der Sicherheit in diesem Versorgungssetting, insbesondere zum Thema Patientensicherheit (*Patient Safety*) in Abgrenzung und Übereinstimmung mit Themen der zivilen Sicherheitsforschung (*Civil Security*);
- zur Rolle und Bedeutung von Pflegefachpersonen bei der Vorsorge und Bewältigung von Krisen und Katastrophen und zu den international dazu geführten Diskursen (*Disaster Preparedness in Nursing; Disaster Nursing*).

Dies soll ein gemeinsames Grundverständnis der zu bearbeitenden Themen ermöglichen, bei der Identifikation von Wissenslücken helfen, einen Beitrag für die Entwicklung eines gemeinsamen theoretischen Rahmens für die Arbeiten im AUPIK-Gesamtvorhaben leisten und konkrete Anknüpfungspunkte für folgenden Forschungs- und Entwicklungsarbeiten aufzeigen.

### 1. Suchstrategie

Von März bis September 2020 wurden systematisch-explorierende Recherchen (inter-)nationaler Veröffentlichungen zu den zuvor genannten Themenfeldern durchgeführt. Genutzt wurden dabei verschiedene Datenbanken (Medline via Pubmed, CINAHL, Cochrane Library, Embase und Web of Science). Darüber hinaus wurden die Online-Ressourcen einschlägiger Fachzeitschriften gesichtet (siehe **Anhang V.2**). Schließlich wurde in zentralen Portalen der Versorgungsforschung, Pflegewissenschaft und des Katastrophenschutzes sowie auf Internetseiten von Ministerien, Behörden, Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Leistungsträgern nach einschlägigen Veröffentlichungen gesucht (siehe **Anhang V.3**). Darüber hinaus unterstützten die Konsortialpartner des Vincentz Network die Literaturrecherche mit einer systematischen Abfrage im Archiv ihres Verlagshauses. Dort erscheinen die im deutschsprachigen Raum auflagenstärksten Zeitungen und Zeitschriften für die stationäre und ambulante Langzeitpflege (CAREkonkret, Altenpflege, Häusliche Pflege).

Im Sinne eines explorierenden Vorgehens und in Anlehnung an das Konzept des Mapping Reviews (Grant/Booth 2009) wurde mit wenig eingeschränkten Schlagworten in deutscher und englischer Sprache gesucht, wobei MeSH-Terms und Trunkierungen genutzt wurden (siehe **Anhang V.4**). Schlagworte und damit auch Publikationen in anderen Sprachen (z. B. französisch, spanisch, portugiesisch) zu dem hier interessierenden Thema wurden nicht erfasst. Dabei ist zu bedenken, dass anspruchsvolle wissenschaftliche Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum zwischenzeitlich häufig in der Wissenschaftssprache Englisch und in internationalen Journalen veröffentlicht werden. Allein aus dem Nicht-Vorhandensein deutschsprachiger Publikationen zu Einzelaspekten lässt sich somit noch nicht unbedingt auf den Stand der Forschung und Erkenntnis schließen. Allerdings können fehlende Publikationen in der Landessprache auch als Indikator für den Stand der Diskussionen in dem jeweiligen Land angesehen werden, denn diese werden meist in der Landessprache geführt. Zudem zeugen landessprachliche Veröffentlichungen davon, dass neben den Mitgliedern der Wissenschaftsgemeinschaft auch Entscheidungsträger\*innen, Praktiker\*innen unterschiedlicher Qualifikationsstufen sowie Nutzer\*innen angesprochen und über aktuelle Entwicklungen informiert werden.

Ohne zeitliche Limitierung wurden sowohl systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, randomisierte kontrollierte Studien und weitere Interventionsstudien mit methodisch schwächerem Design, z. B. kontrollierte klinische Studien oder Studien mit quasi-experimentellem Design und Vorher-Nachher-Vergleich kompiliert. Ebenfalls berücksichtigt wurden deskriptive Studien, qualitative Arbeiten sowie (Modell-)Projektberichte. Zur Erläuterung der thematischen Relevanz wurden zudem Grundlagenartikel und theoretische Essays gesammelt. Hinzu kamen Gesetze, Leitlinien, Handlungsempfehlungen, Stellungnahmen, Positionspapiere von Fachgesellschaften und graue Literatur. Genutzt wurde schließlich auch ein Schneeballsystem, bei dem bereits gefundene Quellen (inkl. Fach- und Handbücher, Reader, graue Literatur) auf häufig vorkommende Autor\*innen oder Arbeitsgruppen hin gesichtet wurden. Durch darauf basierende gezielte Recherchen ließ sich das Suchergebnis abgleichen bzw. verdichten. Eine vollständige Erfassung der einschlägigen Literatur war in dem gegebenen Rahmen aber weder möglich noch wurde sie angestrebt.

## 2. Einordnung der Literatur

Die innerhalb des definierten Suchzeitraums gefundenen Quellen wurden in mehreren Bearbeitungsschleifen im Team kursorisch gesichtet und thematisch geordnet. Da einige Texte verschiedene Aspekte thematisierten, wurden sie mehreren Kategorien zugeordnet. Anschließend wurden die gesammelten Erkenntnisse aus dem Literaturstudium zusammenfassend aufbereitet und synthetisiert. Dieses Paper dient der Dokumentation dieses Arbeitspakets. Es besteht aus zwei Teilen – nämlich einmal der Dokumentation der Literaturrecherche und -zusammenführung (**Teil 1 – Literatursynthese**) und zum anderen einer thematischen Zusammenstellung von weiterführender Literatur (**Teil 2 – Bibliografie**). Die bei der Erstellung der Literaturübersicht verwendeten Quellen wurden im Literaturverzeichnis von Teil 1 erfasst (siehe **Anhang V.1**). In Teil 2 sind relevante Quellen anhand zuvor definierter Kategorien thematisch geordnet aufgelistet. Die Bibliografie ist so gestaltet, dass sie die thematische Spannweite verdeutlicht und als Orientierung und zugleich Ausgangspunkt für gezielte Recherchen zu Einzelthemen genutzt werden kann. An dieser Stelle erfolgt lediglich eine kurze orientierende Einordnung.

### Literatur zur häuslichen und gemeindebasierten Versorgung

Die Literatur zur häuslichen und gemeindebasierten Versorgung ist insgesamt in den letzten Jahrzehnten immer umfangreicher und auch facettenreicher geworden, was den Überblick erschwert. Überwiegend geht es dabei um die Versorgung älterer Menschen mit mehr oder weniger alltäglichem und umfangreichem Unterstützungsbedarf. Ins Blickfeld rücken aber auch nach und nach Menschen anderer Altersgruppen (z. B. Kinder) und solche mit komplexen Problem- und Bedarfslagen (z. B. mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, sozialen Problemen oder auch Akutversorgungsbedarf und Technikabhängigkeit). Weltweit scheint die häusliche Versorgung an Bedeutung zu gewinnen und zum Teil werden insbesondere auch deren krankenhaussubstituierende Funktionen hervorgehoben (z. B. Hospital-at-Home).

### Literatur zur (Patienten-)Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung

Auffallend wenig Literatur findet sich zu Sicherheitsfragen im Kontext der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung. Dies gilt gleichermaßen für Aspekte der zivilen Sicherheit (etwa in Reaktion auf Terrorakte, soziale Unruhen etc.) wie auch für den sich international intensivierenden Diskurs über Patientensicherheit. Zu letzterem Thema findet sich inzwischen umfangreiche Literatur, die allerdings vornehmlich auf das Krankenhaus ausgerichtet ist. Die Risiken der Versorgung in diesem komplexen Setting rücken immer mehr ins Bewusstsein, darunter sowohl hygienische wie auch arbeitsorganisatorische Risiken (etwa was die Prozesssteuerung, die Informationsübermittlung oder die interprofessionelle und interorganisatorische Zusammenarbeit betrifft). Im Kontext der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung wird das Thema Patientensicherheit eher selten diskutiert. Weniger als fünfzig Quellen konnten hierzu ausgemacht werden. Zumeist handelt es sich dabei um (einfache) Interventionsstudien und

Praxisentwicklungsprojekte mit geringer Reichweite. Überwiegend stammt die gefundene Literatur aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, vorwiegend aus Nordamerika. In Europa und insbesondere in Deutschland scheint sich der Diskurs erst allmählich in diese Richtung zu entwickeln. Quellen, die sich mit dem Thema Patientensicherheit in der Langzeitpflege befassen, stammen vorwiegend aus dem angloamerikanischen Raum und den skandinavischen Ländern, vereinzelt auch aus dem Asien-Pazifik-Raum, insbesondere Australien und Neuseeland.

#### Literatur zur Vorsorge und Bewältigung von Krisen und Katastrophen mit Pflegebezug

Die Literatur zur Vorsorge und Bewältigung von Krisen und Katastrophen, die sich mit der Rolle der Pflege befasst, ist in den letzten Jahren deutlich angewachsen. Dabei ist zum einen auf die wachsende Zahl an Veröffentlichungen hinzuweisen, die sich übergeordnet mit Fragen des nationalen und internationalen Katastrophenmanagements (Disaster Management) befassen und die Beteiligung von Pflegefachpersonen an diesen Maßnahmen entweder selbstverständlich mitdenken oder eigens thematisieren. Die häusliche und gemeindebasierte Versorgung kommt dabei noch eher am Rande vor, vielmehr stehen andere Versorgungsbereiche – insbesondere die Krankenhausversorgung und die Notfallversorgung (Emergency Care) im Zentrum der Aufmerksamkeit und Diskussionen. Insgesamt aber finden sich mehr und mehr Veröffentlichungen, die aus Sicht der Pflegepraxis oder mit pflegewissenschaftlicher Perspektive verfasst wurden und die sich mit Fragen der Vorsorge und des Managements von Krisen- und Katastrophenfällen befassen. Dabei kann es sich um (narrative) Reviews handeln oder um Studien zu Bildungsfragen – insbesondere mit Blick auf die qualifikatorischen Voraussetzungen zur Beantwortung von Krisen und Katastrophen auf Seiten von Pflegefachpersonen. Auch zahlreiche Erfahrungsberichte finden sich in der Literatur, in denen über den Umgang mit Krisen- und Katastrophenfällen in der Pflege und durch Pflegefachpersonen berichtet wird. Schließlich finden sich diverse Strategiepapiere. Auch hier stammen die Quellen überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum, insbesondere Nordamerika, sowie aus dem Asia-Pazifik-Raum, eher seltener finden sich entsprechende Arbeiten aus Europa oder insbesondere Deutschland. Hierzu-land erfolgt die Auseinandersetzung mit dem Thema noch auf einem sehr niedrigen Niveau und dies sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht.



### III. Ergebnisse der Literatursynthese

Das Erkenntnisinteresse im AUPIK-Gesamtprojekt wie auch in Teilprojekt 3 richtet sich auf ein spezielles Teilssegment der Gesundheits- und Sozialversorgung, nämlich die häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung. Sie ist zugleich Ausgangs- und Zielpunkt der im Rahmen von AUPIK zu erarbeitenden Maßnahmen, weshalb hier eingangs einige für das Projekt wesentliche Erkenntnisse zu diesem Versorgungsbereich übersichtsartig dargelegt werden. Dies dient primär der Einordnung der dann folgenden Erkenntnisse zu Fragen der Sicherheit, insbesondere der Patientensicherheit, und denen der Vorsorge und Bewältigung von Krisen- und Katastrophenfällen in diesem Versorgungsbereich.

#### 1. Häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung

Die Versorgung von kranken, in ihren Funktionsfähigkeiten eingeschränkten oder anderweitig pflege- und hilfsbedürftigen Personen wurde seit jeher in der Häuslichkeit und überwiegend informell von Familienangehörigen und andere Personen aus dem (un-)mittelbaren sozialen Umfeld übernommen. Diese Form der Versorgungspraxis war traditionell eng in nachbarschaftliche, sozialgemeinschaftliche und kommunale Kontexte eingebunden, in denen die betroffenen Menschen lebten. Bis heute ist dies ein hervorstechendes Merkmal der häuslichen und gemeindebasierten pflegerischen Versorgung. Dabei sind jedoch unterschiedliche Traditionen und Konzepte zu berücksichtigen, die in der internationalen Literatur zum Teil sorgfältig voneinander getrennt, zum Teil aber auch ineinander verwoben thematisiert werden.

##### 1.1 Internationale Traditionen und Konzepte

Seit mehr als hundert Jahren sind beruflich Pflegende international in Gemeinden und sozialen Gemeinschaften tätig, wobei sie nicht allein die individuelle Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen, sondern ebenso Aufgaben der Gesunderhaltung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung der dort lebenden Menschen übernommen haben (und auch heute noch übernehmen). Das international bekannteste historische Beispiel für ein eher bevölkerungsorientiertes, sozialräumliches, zugehendes und auf eine Kombination von gesundheitlichen und sozialen Faktoren ausgerichtetes Verständnis von Pflegearbeit waren die Aktivitäten von Lilian Wald (1867-1940) und der *Visiting Nurses* im Kontext der *Henry Street Settlement* Bewegung in New York/USA. Lilian Wald gilt zugleich als *Mother of Public Health Nursing* (Buhler-Wilkerson 1985), einer Spezialisierungsoption, die in der Literatur wie folgt definiert wird:

*“Public health nursing is the practice of promoting and protecting the health of populations using knowledge from nursing, social, and public health sciences. Public health nursing is a specialty practice within nursing and public health. It focuses on improving population health by emphasizing prevention, and attending to multiple determinants of health.” (APHA 2013)*

Beim *Public Health Nursing* geht es demnach um die Praxis der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes von (ausgewählten) Bevölkerungsgruppen auf der Grundlage von Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft, den Sozialwissenschaften und den Gesundheitswissenschaften. Ähnlich verhält es sich mit dem *Community Health Nursing*. Dieser Begriff taucht international seit den 1970er-Jahren häufiger in der Literatur auf (WHO 2017). Eine frühe Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dazu lautet wie folgt:

*“A special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions as part of the total public health programme for the promotion of health, the improvement of the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability.” (WHO 1974).*

Auch in dieser Definition wird die Kombination gesundheitlicher und sozialer Interventionen als wesentlich erachtet. Im *Community Health Nursing* werden Aspekte der klassischen Primärversorgung (*Primary Care*) und der klinischen Pflegepraxis in häuslichen oder gemeindebasierten Settings mit populations- und sozialraumbezogenen Aufgaben der Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsedukation und sozialen Integration zusammengeführt. Die damit einhergehenden Verantwortlichkeiten werden folgendermaßen zusammengefasst:

*“Community health nursing practice promotes and preserves the health of populations by integrating the skills and knowledge relevant to both nursing and public health. The practice is comprehensive and general and is not limited to a particular age or diagnostic group; it is continual and is not limited to episodic care. (...) While community health nursing practice includes nursing directed to individuals, families and groups, the dominant responsibility is the population as a whole.” (ANA 1986, 2).*

Wenngleich bei diesem Ansatz auch individuelle Problem- und Bedarfslagen in den Blick rücken, liegt der Hauptfokus auf der *Community* – ein Begriff, der sich sowohl mit „soziale Gemeinschaft“ wie auch mit „Gemeinde“ bzw. „Kommune“ (im politischen Sinne) übersetzen lässt. Ungeachtet ihrer historischen und konzeptionellen Unterschiede werden das *Public Health Nursing* und das *Community Health Nursing* daher in der Literatur und Praxis heute vielfach synonym verwendet. Die in diesem Kontext tätigen Pflegefachpersonen verfügen in jedem Fall über breitere Kompetenzprofile und eine höhere professionelle Autonomie als ihnen in anderen Versorgungssettings (etwa dem Krankenhaus) vielfach zugestanden werden. Zugleich sind sie dafür ausgebildet, mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Praktiker\*innen zusammenzuarbeiten, die sowohl formal (z. B. als Mitarbeitende von Organisationen) als auch informell (z. B. als Ehrenamtliche) tätig sein können. Die folgende **Abbildung 1** fasst die anspruchsvollen Aufgaben des modernen *Community Health Nursing* oder auch *Public Health Nursing* zusammen:



**Abbildung 1:** Community Health Nursing (nach WHO 2017, 6)

Dabei ist wichtig zu betonen, dass Pflegefachpersonen, die als *Public Health Nurses* oder *Community Health Nurses* tätig sind, in der Regel bei öffentlichen Trägern angestellt sind, z. B. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gemeindegesundheitszentren oder Nachbarschaftseinrichtungen. Zuweilen sind sie auch bei Nichtregierungsorganisationen oder bei freigemeinnützigen Trägern beschäftigt. Sie erbringen in der Regel *keine* individuellen Versorgungsleistungen, die üblicherweise mit Kranken- und Pflegekassen abgerechnet oder von den Betroffenen als Dienstleistung auf Gebührenbasis finanziert werden. Wenn es um das Erbringen derartiger Dienstleistungen in häuslichen oder gemeindebasierten Settings geht, also um

alltagsnahe Pflegeleistungen (*Personal Care*), hauswirtschaftliche Dienste (*Housekeeping Assistance*), soziale Betreuung (*Support Work*) oder die Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (*Skilled Nursing Care*), wird international häufiger die Sammelbezeichnung Home & Community Care genutzt. Zuweilen wird auch schlicht von gemeindebasierter Pflegepraxis gesprochen – wie etwa in folgendem Zitat:

*“Community-Based Nursing Practice is a setting-specific practice whereby care is provided for ‘sick’ individuals and families where they live, work and go to school. The emphasis of practice is acute and chronic care and the provision of comprehensive, coordinated, and continuous services.” (Stanhope/Lancaster 2012, 1)*

Mit diesen Formulierungen wird einerseits auf Settings Bezug genommen, in denen die pflegerische Versorgung erbracht wird. Dabei finden neben dem Zuhause der Patient\*innen oder Pflegebedürftigen auch der Arbeitsplatz oder die Schule Erwähnung – also Settings, in denen sich Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gewöhnlich aufhalten, deren primäre Funktion aber nicht in der Krankenversorgung oder Pflege liegt (wie bspw. bei Krankenhäusern oder Pflegeheimen; ICN 2014; siehe auch Nightingale 2005). Zum anderen zielt die häusliche und gemeindebasierte Pflegepraxis weniger auf größere Bevölkerungsgruppen, sondern vielmehr auf Individuen und deren unmittelbares Umfeld (An- und Zugehörige). Welche Leistungen konkret erbracht werden, ist dann von dem jeweiligen Anwendungsgebiet und Bedarf abhängig. Das kann in der Versorgung von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen ganz anders aussehen als bei älteren Menschen mit Funktionseinschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens oder aber bei technikabhängigen Menschen (z. B. solchen mit Beatmungsbedarf). Die häusliche und gemeindebasierte Pflegepraxis wird international oftmals sowohl von qualifizierten Pflegefachpersonen, vorwiegend aber von unterschiedlich qualifizierten Assistenz- und Hilfskräften (*Personal Care Worker, House Keeping Assistants etc.*) erbracht, die bei einschlägigen Dienstleistern angestellt sind – ähnlich den ambulanten Pflegediensten in Deutschland. Dafür werden dann unterschiedliche Finanzierungsquellen herangezogen, je nach den in dem jeweiligen Land geltenden sozialrechtlichen und individuellen Voraussetzungen.

## 1.2 Ambulante Pflege in Deutschland – Grundverständnis

Was heute in Deutschland als „ambulante Pflege“ bezeichnet wird, geht auf das langsam wachsende Bewusstsein für die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft zurück und wird bis heute – trotz inzwischen erkennbarer Ausdifferenzierung der Angebotsstrukturen – noch vielfach darauf reduziert. Die sozial- und gesundheitspolitische Debatte um die Frage, wie die älteren und zunehmend pflegebedürftigen Menschen künftig versorgt werden können, wurde schon früh im Nachkriegsdeutschland aufgenommen. Bereits in den 1950er-Jahren wurden daraufhin in Rheinland-Pfalz erste *Sozialstationen* gegründet – die Vorläufer der heutigen ambulanten Pflegedienste. Gedacht waren sie ursprünglich aber durchaus breiter, nämlich als Integration von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen – durchaus in Anlehnung an Ideen des *Community Health Nursing* (Schaeffer/Ewers 2000).

Lange Zeit sozialrechtlich nicht abgesichert und unterfinanziert, führte die pflegerische Langzeitversorgung in Deutschland – egal in welchem Setting – viele Jahre ein Schattendasein. Erst mit der Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI; kurz SGB XI) als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung im Jahr 1995 sollte sich dies ändern. Über die neue Pflichtversicherung werden unter definierten Bedingungen Leistungen gewährt, die – gemäß dem Subsidiaritätsprinzip – die Sorgeleistungen (*Care*) von Familien, Nahestehenden und sozialen Netzwerken ergänzen (nicht aber ersetzen sollen). Zudem wurde mit der Pflegeversicherung ein wettbewerbsorientierter „Pflegemarkt“ geschaffen, bei dem Dienstleister\*innen ein mehr oder weniger begrenztes Spektrum an individuellen Versorgungsleistungen anbieten, die sowohl über gesetzliche Versicherungen, private Vorsorgesysteme wie auch durch z. T. erhebliche Selbstzahlungen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien finanziert werden. Schließlich

wurde mit dem neuen Sozialgesetzbuch – gemäß dem sozialrechtlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ – der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung Pflegebedürftiger größere Bedeutung beigemessen als zentralen stationären Versorgungsmöglichkeiten.

Gemeinhin steht der Begriff „ambulante Pflege“ in Deutschland heute für formelle Dienstleistungen, die in Form pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung kranker und pflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung von dafür zugelassenen Pflegediensten<sup>1</sup> und ihren unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitenden erbracht werden. Sie ist insofern von der durch informelle Helfer\*innen – vornehmlich An- und Zugehörige – erbrachten alltagsnahen Unterstützung im häuslichen Umfeld zu unterscheiden. Korrekter wäre es, in diesem Zusammenhang von „häuslicher Pflege“ zu sprechen, da hiermit der Ort bzw. das Setting der Leistungserbringung und deren zugehöriger Charakter eindeutiger bezeichnet wird (ähnlich wie bei dem Begriff „Home Care“). Ambulante Pflegeleistungen könnten auch in Einrichtungen mit Komm-Struktur erbracht werden – etwa von hochschulisch qualifizierten Pflegeexpert\*innen in Praxen, Gesundheitszentren oder auch Ambulanzen, die eigenständig arbeiten oder auch räumlich und organisatorisch an stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser/Pflegeheime) angegliedert sind. Dies kommt in Deutschland aber kaum vor.

### 1.3 Ambulante Pflege in Deutschland – Dienste, Träger und Beschäftigte

Laut dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2019) besteht die Aufgabe ambulanter Pflegedienste darin, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause zu unterstützen sowie Familien Hilfe im Alltag zu bieten, damit pflegende Angehörige z. B. Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können. Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste erstreckt sich laut Angaben des BMG und in Übereinstimmung mit den einschlägigen Sozialgesetzbüchern (SGB XI, SGB V) über verschiedene Tätigkeitsbereiche, v. a.:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen wie etwa Körperpflege, Ernährung, Förderung der Bewegungsfähigkeit;
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, z. B. Hilfe bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte;
- häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z. B. Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen;
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei Pflegefragen;
- Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten sowie
- Hilfen bei der Haushaltsführung, z. B. Kochen oder Reinigen der Wohnung.

Dabei wird die ambulante Pflege – nicht zuletzt bedingt durch ihre Finanzierungswege – häufig eng auf die Beantwortung individueller alltäglicher (und refinanzierbarer) Unterstützungsbedarfe ausgerichtet. Die auf soziale Gemeinschaften (z. B. Familien, Nachbarschaften) und den umgebenden Sozialraum (Gemeinde) zielende Aktivitäten, die vielfach erforderlich wären, um diese Form der Versorgung durchführen und aufrecht erhalten zu können, geraten bei dieser Art der individuenzentrierten pflegerischen Versorgung selten ins Blickfeld.

Der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte ambulante wie auch stationäre Versorgung bei Pflegebedürftigkeit liegt bei den Pflegekassen, wobei die Bundesländer in der Letztverantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur stehen.

<sup>1</sup> Gemeint sind hier Einrichtungen, die durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind. Davon zu unterscheiden sind Ambulante Betreuungsdienste, für die seit Mai 2019 im SGB XI ein rechtlicher Rahmen gegeben ist und die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung (§ 71 Abs. 1a SGB XI), aber keine körperbezogene Pflege erbringen. Sie stehen aufgrund ihrer Dienstbesonderheiten nicht primär im Fokus des AUIK-Projekts.

Eine (semi-)staatliche Bedarfs- oder Kapazitätsplanung ist nicht vorgesehen. Die Steuerung erfolgt vornehmlich durch Versorgungsverträge zwischen Pflegekassen und den Trägern der Pflegeeinrichtungen (Simon 2017). Voraussetzung ist, dass die Pflegeeinrichtung von einer „verantwortlichen Pflegefachkraft“ geleitet wird, die Gewährleistung einer leistungsfähigen, wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung garantiert werden kann und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement eingeführt und weiterentwickelt wird.

Der Zugang zum sogenannten „Pfleagemarkt“ ist im Wesentlichen frei, allerdings unterliegen die Leistungsanbieter eng gefassten Regulierungssystemen, sowohl aufgrund von sozialrechtlichen wie auch ökonomischen Vorgaben (Büscher/Krebs 2018). Seit 1995 der Markt für private Anbieter geöffnet wurde, ist der Kostendruck erhöht und der Wettbewerb forciert worden (Oschmiansky 2013). Aus ökonomischer Perspektive wird die ambulante Pflege in Deutschland heute als ein dynamischer Wachstumsmarkt und als Wettbewerbsbranche charakterisiert (ex. Szepan 2018; Kämmer/Link 2019). Konkurrenz und Verdrängung geltend dabei als prägende Merkmale (Kämmer/Link 2019). Dies hat auch Auswirkungen darauf, wie auf Krisen, Notfälle und Katastrophen reagiert werden kann und wie übergeordnete gesellschaftliche Herausforderungen in Kooperation mit anderen gesellschaftlichen Gruppen beantwortet werden können.

Unter strukturellen Gesichtspunkten betrachtet, ist dieser „Pfleagemarkt“ durch eine dezentrale und kleinteilige Anbieterstruktur charakterisiert. Zum Jahresende 2019 waren 14.700 Pflegedienste in Deutschland meist in privater Trägerschaft (66,5 %) als überwiegend eigenständige Einrichtungen tätig – meist als Klein- und Kleinstbetrieb. Im Schnitt betreuten sie 67 pflegebedürftige Personen (Destatis 2020a). Der Anteil der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft („Sozialstationen“) sinkt seit Jahren. Von öffentlicher Hand getragene Pflegedienste (z. B. in kommunaler Trägerschaft) spielen kaum noch eine Rolle, ihr Anteil am „Pfleagemarkt“ sank von 2 % im Jahr 1999 auf knapp 1,3 % im Jahr 2019 (Destatis 2020a, 2001). Eckdaten zu diesem Versorgungsbereich sind in der vorstehenden **Abbildung 2** zusammengefasst.

#### Eckdaten zu ambulanten Pflegediensten (Stand Ende 2019)

- Ende 2019 gab es 14.688 zugelassene ambulante Pflegedienste
  - 66,5 % bzw. 9.7700 in privater Trägerschaft
  - 32,2 % bzw. 4.720 in freigemeinnütziger Trägerschaft (z. B. Diakonie, Caritas, DRK)
  - 1,3 % bzw. 193 öffentliche Trägerschaft
- die Zahl der ambulanten Pflegedienste nahm zwischen 1999 und 2019 kontinuierlich zu
  - im Vergleich zu Ende 2017 nahm die Zahl um 4,4 % bzw. 638 Einrichtungen zu
  - im Vergleich zu 2009 stieg ihre Zahl um rund 18,1 % bzw. 2.660 Einrichtungen und
  - im Vergleich zu 1999 wuchs die Zahl um rund bzw. 26 % bzw. 3.870 Einrichtungen
- 17,6 % der Pflegedienste waren organisatorisch an ein Pflegeheim, eine Wohneinrichtungen (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen) oder an eine sonstige Einrichtung (z.B. Krankenhaus) angeschlossen
- 96,5 % boten neben Leistungen nach dem SGB XI auch häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach dem SGB V an
- Im Bundesdurchschnitt betreute ein Pflegedienst 67 Pflegebedürftige
  - mit 53 Pflegebedürftigen waren private Dienste kleiner
  - mit 96 Pflegebedürftigen betreuten Dienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft fast doppelt so viele Personen
  - im Vergleich der Bundesländer lag die Zahl betreuter Pflegebedürftiger je ambulanten Dienst in Hessen mit 53,6 und Bayern mit 56,6 am niedrigsten und in Rheinland-Pfalz mit 83,2 und im Saarland mit 87,3 am höchsten
- die durchschnittliche Zahl betreuter Pflegebedürftiger je Pflegedienst nahm mit 38 im Jahr 1999 und nunmehr 67 im Jahr 2019 kontinuierlich zu

**Abbildung 2:** Eckdaten zu ambulanten Pflegediensten (Destatis 2020a, b, 2018, 2011)

**Eckdaten zu den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten (Stand Ende 2019)**

- in ambulanten Pflegediensten arbeiteten im Rahmen des SGB XI 421.500 Personen, was 7,4 % mehr als 2017 bzw. 36,2 % mehr als 2009 waren
- im Bundesdurchschnitt arbeiteten knapp 27,8 % in Vollzeit; 72,2 % teilzeitbeschäftigt
- 13,8 % der Beschäftigten waren unter 30 Jahre alt, 45,1 % 30-49 Jahre und immerhin deutlich mehr als jeder Dritte (41,1 %) waren 50 Jahre und älter
- 86 % der Beschäftigten war weiblich
- 3,5 % des Personals (rund 14.600 Personen) waren Auszubildenden sowie (Um-)Schüler
- zudem gab es rund 770 Helfende im freiwilligen sozialen Jahr bzw. Bundesfreiwilligendienst und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung

**Aufgabenbereiche:**

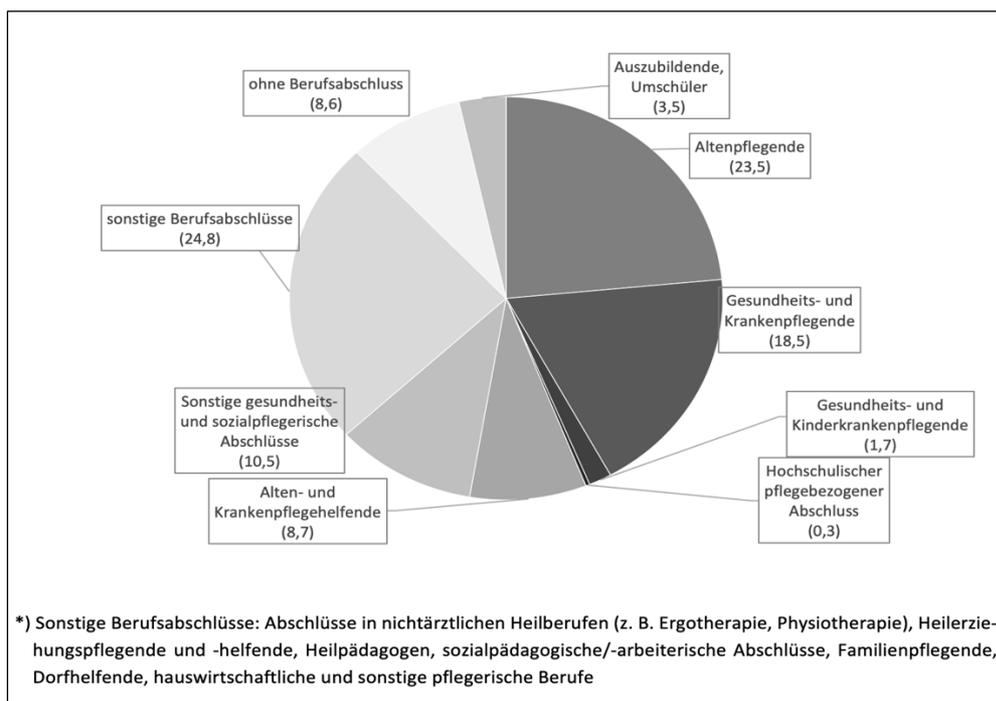
- 67,8 % der Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt in der körperbezogenen Pflege
- 4,8 % des Personals fungierte als Pflegedienstleitung
- 13,3 % erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung
- 4,7 % waren für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Pflegedienstes tätig
- 4,9 % erbrachten überwiegend Betreuungsleistungen (nach §36 Absatz 2 SGB XI)

**Qualifikationen:**

- 48,7 % der Beschäftigten verfügten Ende 2019 über einen Abschluss als Pflegefachperson, davon
  - 53,7 % waren Altenpflegende
  - 42,5 % waren Gesundheits- und Krankenpflegende
  - 3,8 % waren Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende

**Abbildung 3:** Eckdaten zu den Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste (Destatis 2020a, b, 2018, 2011)

Zentrale Eckdaten zu den Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten in Deutschland finden sich in **Abbildung 3**. Der überwiegende Anteil der Beschäftigten ist weiblich (86 %), selbst vom demografischen Wandel und hohen gesundheitsbedingten Fehlzeiten betroffen. Dies schlägt sich bspw. in einer hohen Teilzeitquote nieder. In der ambulanten Pflege werden Beschäftigte mit Berufsabschlüssen in 21 Kategorien beschäftigt (siehe **Abbildung 4**).



**Abbildung 4:** Anteile der Beschäftigten in Pflegediensten nach Berufsabschlüssen (zusammengestellt aus Destatis 2020a)

Knapp die Hälfte der Beschäftigten (48,7 %) verfügten Ende 2019 über einen Abschluss als Pflegefachperson. Vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen und der Tatsache, dass die Berufszulassung für Pflegefachpersonen in anderen Ländern üblicherweise an einer Hochschule erworben wird (Lehmann et al. 2019) ist bemerkenswert, dass hierzulande in der ambulanten Langzeitversorgung lediglich 0,3 % der Beschäftigten bereits über einen pflegebezogenen Hochschulabschluss verfügen. Meist sind sie in patientenfernen Bereichen wie der Geschäftsführung oder dem Management eingesetzt. Pflegende mit staatlich anerkannter Fachweiterbildung für Intensivpflege oder andere Pflegende mit spezialisierten vertieften fachlichen Qualifikationen sowie hochschulisch qualifizierte Pflegende sind in diesem Setting ebenfalls kaum zu finden (Ewers/Lehmann 2019). Dies lässt auf ein eher niedriges Qualifikationsniveau in diesem Versorgungsbereich schließen.

Dabei ist zu bedenken, dass auch ambulante Pflegedienste vom Fachkräftemangel betroffen sind. So wird es zunehmend schwerer, offene Stellen für Pflegefachpersonen zeitnah quantitativ und qualitativ gut zu besetzen (Isfort et al. 2016; BA 2019). Nicht zuletzt in Folge des Fachkräftemangels und aus Mangel an kurzfristig nutzbaren Alternativen für die einzelnen Pflegedienste werden zunehmend geringer qualifizierte Personen, Personen aus anderen Beschäftigungsfeldern und solche mit sozial-pflegerischem Betreuungsprofil eingesetzt, um dem quantitativ steigenden Versorgungsbedarf entsprechen zu können (Isfort et al. 2016).

Neben den pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegediensten als den zwei zentralen Säulen in der Sicherstellung der häuslichen Pflege bilden Betreuungspersonen – vielfach aus Osteuropa – die dritte, inzwischen systemrelevante Säule der häuslichen Versorgung. Derzeit werden schätzungsweise rund 300.000, vor allem alte Menschen von ihnen betreut (VHBD 2020). Ohne sie – so wird mehrfach postuliert – würde das deutsche Pflegesystem kollabieren. Besonders problematisch ist, dass schätzungsweise lediglich 10 % legal in Deutschland durch Vermittlungsagenturen betreut unter definierten Qualitätsstandards tätig sind (VHBD 2020).

#### 1.4 Ambulante Pflege in Deutschland – Nutzer\*innen

Mit dem demografischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Wandel nimmt die Zahl auf Unterstützung und Pflege angewiesener Personen in allen Settings und auf allen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems stetig zu. Vier Fünftel (rund 80 %) der Menschen mit Pflegebedarf i. S. des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 SGB XI) leben in Deutschland in häuslichen Settings (Destatis 2020a). Zentrale Eckdaten zu diesen Pflegebedürftigen sind in der umseitigen **Abbildung 5** zusammengefasst. Ein Großteil der Pflegebedürftigen (70,3 %) wurde mit Stand Ende 2019 allein durch Angehörige versorgt; rund ein Drittel (29,7 %) erhielt Unterstützung zusammen durch Angehörige und ambulante Pflegedienste oder durch Pflegedienste allein. Dabei finden sich diese Arrangements über die verschiedenen Pflegegrade hinweg (siehe umseitig **Abbildung 6**).

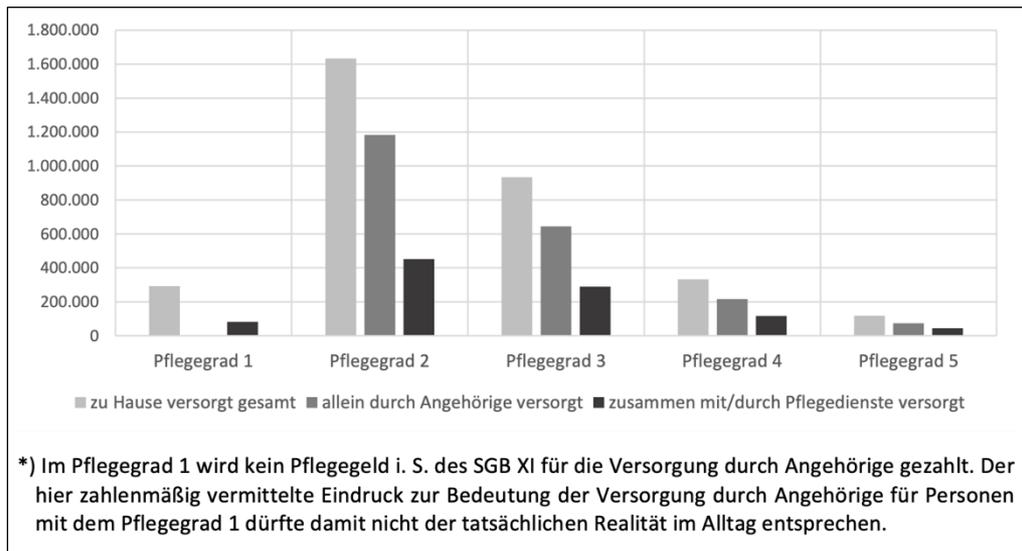
Der hohe Anteil auf Pflege und Hilfe verwiesener Personen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, weist auf eine hohe Bedeutung informeller Pflege durch Angehörige und weiterer Bezugspersonen hin. Sie erfahren dabei zwar ein hohes Maß an sozial- und pflegepolitischer Aufmerksamkeit (Süß/Trojan 2015), doch werden sie zugleich funktional reduziert, um die familienergänzend konzipierte Langzeitversorgung sicherstellen zu können (ex. Büscher/Schnepp 2014). Meist ist in diesem Kontext von pflegenden Angehörigen die Rede oder auch von informeller Pflege (in Abgrenzung zur erwerbsmäßig betriebenen und damit formellen Pflege). Hinter diesen eindeutig erscheinenden Begriffen verbirgt sich eine heterogene Personengruppe. Im Folgenden schließt der Begriff alle Personen im sozialen Nahraum der Pflegebedürftigen ein, die in ihre unmittelbare Unterstützung (z. B. Körperpflege, Mobilität, hauswirtschaftliche Unterstützung) oder mittelbar (z. B. organisierende Hilfe) eingebunden sind. Dabei ist der Beziehungsstatus (z. B. familiäre oder partnerschaftliche Bindung) zu den Pflegebedürftigen irrelevant und der zeitliche Umfang der Hilfeleistung wie auch das Ausmaß des Engagements können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein – von wenigen Stunden pro Woche bis zur Rundum-die-

Uhr-Betreuung, von der sozialen Begleitung und der Übernahme organisatorischer Aufgaben bis hin zur selbstständigen Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen (Lademann et al. 2017; Bauernschmidt/Dorschner 2018).

**Eckdaten zu den Pflegebedürftigen i. S. des SGB XI (Stand Ende 2019)**

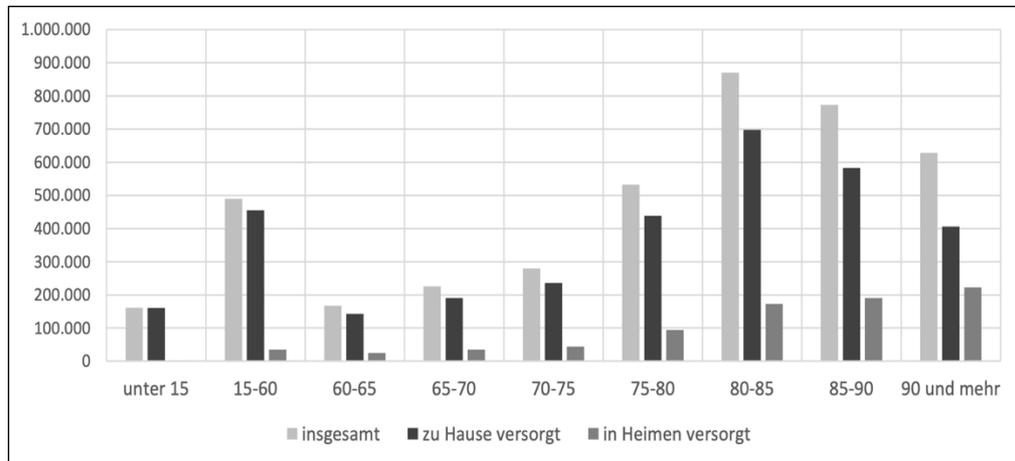
- 4,1 Millionen Menschen waren pflegebedürftig i. S. des SGB XI
- 62 % der Pflegebedürftigen waren Frauen
- 80 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter / 34 % waren 85 Jahre und älter
- Der Anteil der Bevölkerung mit Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter deutlich an (70-75 Jahre: 7,6 % ⇒ 80-85 Jahre: 26,4 % ⇒ 90 und älter: 76,3 %)
- rund vier Fünftel (80 % bzw. 3,3 Millionen) wurden zu Hause versorgt
  - davon erhielten 2,12 Millionen ausschließlich Pflegegeld und wurden i. d. R. zu Hause allein durch Angehörige versorgt
  - 980.000 wurden zusammen von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten oder ganz durch Pflegedienste versorgt
- die Zahl, der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen, stieg im Vergleich zu Ende 2017 um rund 15,5 % bzw. 152.650 / im Vergleich zu Ende 2009 betrug der Anstieg 43,5 % bzw. 427.406 Personen
- die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen ist zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich

**Abbildung 5:** Eckdaten zu den Pflegebedürftigen i. S. des SGB XI (Destatis 2020a, 2018, 2011)



**Abbildung 6:** Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Art der häuslichen Versorgung (Destatis 2020a)

Oft wird Pflege- und Hilfsbedürftigkeit pauschal mit hochaltrigen Menschen assoziiert, die aufgrund alters- und krankheitsbedingter Funktionseinschränkungen auf mehr oder weniger umfangreiche alltagsnahe Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und auf hauswirtschaftliche Unterstützung angewiesen sind. Tatsächlich machen diese älteren Nutzer\*innen nach wie vor das Hauptklientel ambulanter Pflegedienste aus (siehe umseitig **Abbildung 7**). Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass diese Gruppe der älteren Menschen zunehmend durch soziale, ethnische und kulturelle Heterogenität charakterisiert ist (Büscher 2014), was eine entsprechende Diversifizierung der Angebotsstrukturen erfordert.



**Abbildung 7:** Pflegebedürftige i. S. des SGB XI nach Altersgruppen und Versorgungssektoren (Destatis 2020a)

Daneben sind zunehmend auch andere Gruppen zu berücksichtigen, die in den statistischen Betrachtungen sowie den sozial- und pflegepolitischen Diskursen oft untergehen. Dazu gehören bspw. (Klein-)Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene, die aufgrund von Behinderungen, anhaltenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen oder lebenslimitierenden Erkrankungen dauerhaft auf häusliche Unterstützungsleistungen angewiesen sind (ex. Büker 2008; Köhler 2014; Thierfelder/Ewers 2015). Auch Menschen jeden Alters mit psychiatrischem Behandlungsbedarf werden von ambulanten Pflegediensten betreut und benötigen ein auf ihren spezifischen Bedarf abgestimmtes Angebot.

Dies gilt in gleicher Weise für die wachsende Zahl an schwer kranken und multimorbiden Pflegebedürftigen mit mehr oder weniger instabilem Gesundheitszustand, die periodisch oder dauerhaft auf ein qualifiziertes Monitoring und flexibel angepasste medizinisch-pflegerische Leistungen von hoher Komplexität angewiesen sind. Darunter sind Menschen jeden Alters, die an diversen Grund- und Begleiterkrankungen leiden und sich oft in kritischen Gesundheitssituationen befinden; sie sind oftmals auf lebenserhaltende Techniken und umfangreiche pflegerische Fremdhilfe angewiesen (Ewers/Lehmann 2018). Pflegebedürftige mit komplexen Behandlungs- und Medikamentenregimen (z. B. ambulante Chemotherapie oder andere Infusionstherapien), Beatmung, Dialyse, oder ernährungsunterstützende Maßnahmen sind in der häuslichen Versorgung heute keine Seltenheit mehr. Besondere Aufmerksamkeit erfahren dabei insbesondere Menschen mit Bedarf an künstlicher Beatmung. Aufgrund ihres häufig latent lebensbedrohlichen Zustands bedürfen sie meist der kontinuierlichen Krankenbeobachtung und medizinisch-pflegerischen Interventionsbereitschaft, weshalb viele von ihnen bis zu 24 Stunden am Tag betreut werden müssen. Trotz ihres umfassenden und komplexen Versorgungsbedarfs werden sie inzwischen immer öfter frühzeitig aus der stationären Versorgung entlassen und in der eigenen Häuslichkeit oder in Wohngemeinschaften langzeitversorgt. Schließlich gibt es – durch die Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung in den letzten Jahren – auch eine wachsende Gruppe an Menschen mit palliativem Unterstützungsbedarf und in der letzten Lebensphase, die häuslich versorgt werden wollen. Gemeinsam ist all diesen Nutzergruppen, dass die familienergänzend konzeptualisierte häusliche Versorgung bei ihnen an Grenzen stößt, weshalb regelmäßig fachkundige und qualifizierte Unterstützung von ambulanten Pflegediensten und darüber hinaus eine aufwändige Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Sektor erforderlich wird.

### 1.5 Ambulante Pflege in Deutschland – Ausdifferenzierung

Inzwischen wurde damit begonnen, die ambulanten Pflegeinfrastrukturen auf diese zunehmend heterogener werdenden Nutzergruppen und ihre unterschiedlichen Bedarfs- und Problemlagen auszurichten und ausdifferenzieren. Zum einen wurden spezialisierte Versorgungsangebote unter dem Dach bestehender, meist größerer ambulanter Pflegedienste integriert, zum anderen entstanden eigenständige Spezialpflegedienste, die ausschließlich ausgewählte Patientengruppen versorgen. Bei dieser Ausdifferenzierung des Angebots und von Strukturen dürften marktwirtschaftliche Anreize (z. B. Erlös- und Gewinnchancen) wie auch Wettbewerbsgesichtspunkte im sogenannten *Pflegemarkt* eine nicht unerhebliche Rolle gespielt haben. Heute gibt es in Deutschland neben regelversorgenden ambulanten Diensten spezialisierte Angebote und auch Spezialpflegedienste für

- Menschen unterschiedlichen Alters (z. B. Kinder und Jugendliche und ihre Familien),
- ausgewählte Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen türkischer Abstammung) oder
- mit speziellen Problemlagen (z. B. für psychisch kranke Menschen, solche mit technikintensivem Pflegebedarf oder solche am Lebensende).

Dabei ist die Zahl der spezialisierten Dienste oder Angebote aber noch klein – so gibt es in Deutschland schätzungsweise lediglich ca. 200 ambulante Dienste, die sich ausschließlich auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen und ihre Familien konzentriert haben (Gessenich 2009; BHK 2020). Jährlich werden von diesen Diensten ca. 10.000 Kinder und Jugendliche gepflegt (Böll/Wetzel 2008 in Köhler 2014). Über die anderen Spezialpflegedienste oder spezialisierten Angebote – etwa im Bereich der psychiatrischen Pflege oder der Intensivpflege – liegen allenfalls Momentaufnahmen, in jedem Fall aber unvollständige Informationen vor (SVR 2014). So gehen Schätzungen für Deutschland derzeit von ca. 20.000 beatmeten Menschen in der häuslichen Versorgung aus (Lehmacher-Dubberke 2016). Wie viele Menschen jährlich häusliche Palliativpflege in Anspruch nehmen, ist kaum valide zu ermitteln. Aufgrund wenig aussagefähiger epidemiologischer Daten, fehlender Routinedaten der Krankenversorgung und einschlägigen Registern ist die genaue Zahl der häuslich versorgten Personen mit speziellem Pflege- und Versorgungsbedarf – etwa im Zusammenhang mit einer künstlichen Beatmung – unbekannt (Stark et al. 2016, 2019). Ähnlich unvollständig und wenig verlässlich sind Zahlen, die über andere Nutzergruppen mit speziellem Versorgungsbedarf vorliegen.

Verlässliche Zahlen über Spezialpflegedienste für andere Patientengruppen oder Bedarfslagen zu erhalten ist schwierig, unter anderem weil Dienstbesonderheiten in der amtlichen Pflegestatistik nicht gesondert erfasst und aufbereitet werden. Allenfalls in einzelnen Landesstatistiken oder verbandlichen Verlautbarungen wären entsprechende Angaben zu finden. Diese werden jedoch oft nach uneinheitlichen Kriterien und nur punktuell erhoben, so dass derzeit keine Entwicklungen im Zeitverlauf nachgezeichnet werden können. Dies dürfte einer der Gründe dafür sein, dass diese spezialisierten Angebote im öffentlichen Bewusstsein und in pflegepolitischen Diskursen – wenn überhaupt – eine eher randständige Rolle spielen. Ein anderer Grund sind die geringen Zahlen der von diesen Diensten versorgten Nutzer\*innen.

Die Ausdifferenzierung der Pflegeinfrastrukturen richtet sich aber nicht nur auf bestimmte Nutzergruppen mit besonderen Problemlagen. Sie ist zudem dadurch charakterisiert, dass den Nutzer\*innen ein differenzierteres, zeitlich und inhaltlich umfangreicheres und meist auch fachlich anspruchsvolleres Leistungsangebot unterbreitet wird. Neben unmittelbaren körperbezogenen Unterstützungsleistungen, der Mitwirkung an Diagnostik und Therapie, technischen Monitoringfunktionen und anderen therapeutischen Maßnahmen gehört v. a. auch edukative Unterstützung in Form von pflegespezifischer Information, Beratung, Anleitung der beteiligten Personengruppen zum Angebotsprofil (Ertl/Kratzer 2010; Köhler 2014, Thierfelder/Ewers 2015). Art, Umfang und die Intensität der angebotenen Pflegeleistungen stellen sich somit deutlich anders dar, als sie in der traditionellen häuslichen Langzeitpflege älterer Menschen üblich sind (Bücker 2010; Bachmann 2014).

In Verbindung mit dieser Ausdifferenzierung des Leistungsangebots werden auch neue Organisations- und Vergütungsmodelle in der ambulanten Pflege und Versorgung in Deutschland erprobt. Sie zielen einerseits auf die häusliche Regelversorgung und wollen grundsätzlich neue Modelle der Pflegearbeit ausprobieren, wie z. B. das niederländische Buurtzorg-Pflegekonzept (Buurtzorg Deutschland 2020; Lehmann et al. 2019). Daneben werden häufiger auch spezielle Wohnformen genutzt (z. B. Demenz- oder Beatmungs-Wohngemeinschaften), um die pflegerische Versorgung Rund-um-die-Uhr sicherzustellen, auch mit geringeren personellen Ressourcen als in einer Eins-zu-Eins-Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Dies alles trägt zur Komplexität und Unübersichtlichkeit der Angebotsstrukturen der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung in Deutschland in nicht unerheblicher Weise bei.

## 2. (Patienten-)Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege

Das AUPIK Verbundforschungsprojekt ist im Feld der zivilen Sicherheitsforschung (SiFo) angesiedelt, die wiederum Bestandteil der High-Tech Strategie der Bundesregierung ist. Darin geht es um Forschungsaktivitäten, die sich grundsätzlich mit der Frage befassen, wie die Sicherheit von Bürger\*innen im Allgemeinen und in Krisen- und Katastrophenfällen im Besonderen erhalten und verbessert werden kann. Wörtlich heißt es im Rahmenprogramm der Bundesregierung:

*„Kernaufgabe der zivilen Sicherheitsforschung ist es, den Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor Gefährdungen zu erhöhen, die mit den Auswirkungen von Naturkatastrophen, Terrorismus und Kriminalität verbunden sind.“ (BMBF 2018, 4).*

Mit der Förderung der zivilen Sicherheitsforschung werden unterschiedliche Zielsetzungen und Erwartungen verbunden. Hierzu zählt die Entwicklung zukunftsfähiger Konzepte und Strategien für die Katastrophenvorsorge und deren Transfer in die Praxis sowie das Finden von innovativen Lösungen für die Resilienzförderung in diversen gesellschaftlichen Bereichen – darunter auch in der Gesundheits- und Sozialversorgung. Akteur\*innen aus dem Rettungswesen und Katastrophenschutz und anderen gesellschaftlichen Bereichen sollen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Krisen- und Katastrophenmanagement und der darauf bezogenen Vorsorge bestmöglich unterstützt und mit den dafür erforderlichen Wissensgrundlagen und Handlungskonzepten ausgestattet werden, um so letztlich den Alltag in Deutschland für alle Bürger\*innen „sicherer zu machen“ (BMBF 2018).

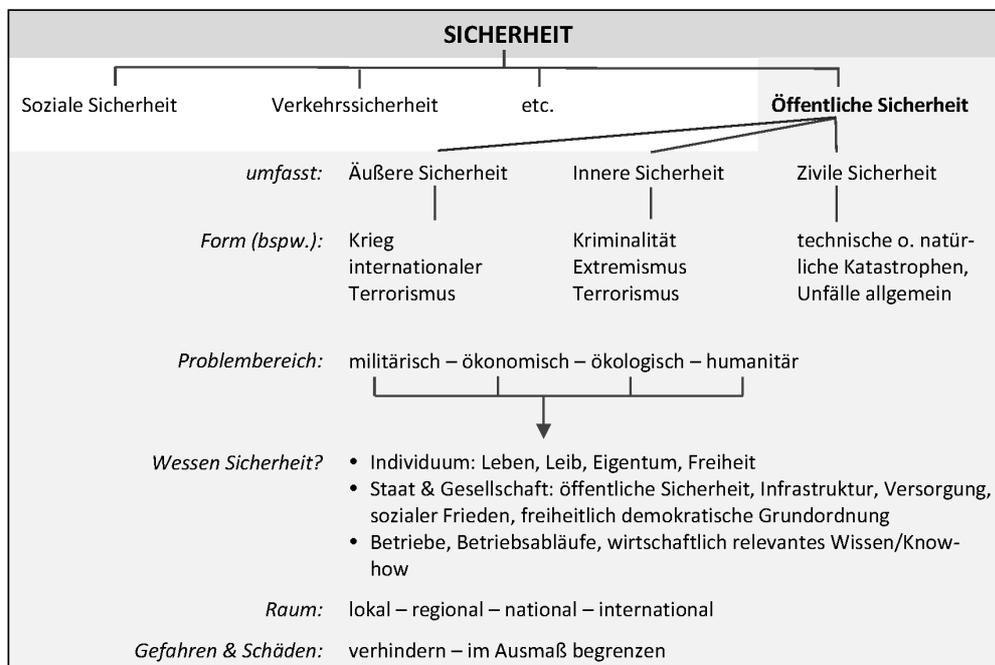
Forschungsgestützte Bemühungen um mehr Sicherheit gibt es auch im Gesundheitssystem. Der hier geführte Diskurs zur *Patientensicherheit (Patient Safety)* ist dabei jedoch anders konturiert und akzentuiert als der Diskurs über zivile Sicherheit. So unterscheiden sich die zugrundeliegenden Sicherheitsverständnisse z. T. voneinander und ebenso die darauf bezogenen Strategien und Maßnahmen. Dennoch zeigen sich auch gewisse Gemeinsamkeiten und Verbindungen zwischen der *zivilen Sicherheit* auf der einen und der *Patientensicherheit* auf der anderen Seite. An dieser Stelle ist daher zunächst eine Klärung von Definitionen und Perspektiven angezeigt, bevor im weiteren Verlauf Erkenntnisse zum Diskurs über *(Patienten-)Sicherheit* kompiliert, mit Blick auf die häusliche und gemeindenahe pflegerische Versorgung betrachtet und für die in AUPIK geplanten Forschungsarbeiten aufbereitet werden. Auf diese Weise wird u. a. geklärt, worin Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden hier aufgezeigten Diskursen bestehen und inwiefern bei den Aktivitäten zur Stärkung der Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastruktur neben Fragen der *zivilen Sicherheit* auch Aspekte der *Patientensicherheit* zu berücksichtigen sein werden.

### 2.1 Definitionen, Diskurse und Perspektiven

Das Thema *Sicherheit* ist in modernen Gesellschaften allgegenwärtig, zumal zunehmend mehr Lebensbereiche unter Sicherheitsgesichtspunkten betrachtet werden. Dabei ist der Sicherheitsbegriff aber von einer schillernden Mehrdeutigkeit geprägt; nicht immer ist auf Anhieb klar, was darunter verstanden wird. Etymologisch betrachtet weist das deutsche Wort *Sicherheit* auf

das lateinische *securitas*, welches wiederum auf *sine cura – ohne Sorge* (Frevel 2016, 3) zurückgeht. Im weitesten Sinne ist damit also eine existenzielle Sorglosigkeit gemeint. Zugleich bezeichnet der Begriff ein universales Menschheitsbedürfnis (Rampp 2014), denn der Mensch wird – basierend auf philosophischen und anthropologischen Ideen – als ein „vom Grund seiner Existenz her riskiertes und unsicheres Wesen vorgestellt“ (Zelinka 1997, 43). Sicherheit kann demnach allgemein als Abwesenheit von Bedrohungen verstanden werden, die das Leben und zentrale Werte von Menschen gefährden können – sowohl von Individuen, sozialen Gemeinschaften wie auch von ganzen Gesellschaften. Dabei rücken dann – je nach Perspektive und Kontext – unterschiedliche Dimensionen menschlicher Verwundbarkeit ins Zentrum der Aufmerksamkeit (Endreß/Schattschneider 2010).

Je nach Bedeutungszusammenhang wird der Begriff *Sicherheit* im deutschen Sprachraum entweder durch Adjektive (z. B. soziale Sicherheit, öffentliche Sicherheit, politische Sicherheit) oder Komposita (z. B. Verkehrssicherheit, Umweltsicherheit, IT-Sicherheit, Patientensicherheit) spezifiziert. Im Englischen werden dagegen unterschiedliche Begriffe für die verschiedenen Bedeutungszusammenhänge verwendet: *security* (i. S. von Angriffssicherheit), *certainty* (i. S. von Verlässlichkeit/Gewissheit), *reliability* (i. S. von Zuverlässigkeit/Beständigkeit) oder *safety* (i. S. von Betriebssicherheit/gefühlter Sicherheit).



**Abbildung 8:** Der Sicherheitsbegriff (eigene Darstellung nach Frevel 2016, 8)

Im Zusammenhang mit der hier durchgeführten Forschung sind also verschiedene Sicherheitsbegriffe und damit zusammenhängende Diskurse und Perspektiven von Belang. Dazu gehört zum einen der Begriff *zivile Sicherheit*. Laut Frevel (2016, 8) wäre *zivile Sicherheit* aus soziologischer und politischer Perspektive betrachtet gemeinsam mit der *inneren Sicherheit* und der *äußeren Sicherheit* dem Bereich der *öffentlichen Sicherheit* zuzuordnen (siehe **Abbildung 8**). Im Kern geht es dabei um die Aufrechterhaltung einer stabilen Rechtsordnung, die Funktionsfähigkeit des Staates sowie den Schutz seiner Bürger\*innen vor Gefahren von innen (z. B. Kriminalität, Terrorismus) oder von außen (z. B. Krieg, Pandemien, Migrationsbewegungen). Aufgrund von zunehmender Komplexität, Interdependenz und Verflochtenheit moderner Gesellschaften sind von innen oder außen kommende Gefahren und darauf bezogene Reaktionen aber heute oft nur noch schwer voneinander und von anderen Sicherheitsbereichen zu trennen. Dazu tragen auch die zunehmende Technisierung und Digitalisierung moderner Gesell-

schaften bei. Der Begriff zivile Sicherheit stellt eine Reaktion auf diese Entwicklungen dar, wobei er laut Kaufmann (2017) „sowohl Safety-Aufgaben, das heißt den störungs- und unfallfreien Betrieb von Systemen, als auch Security-Aufgaben, also die Abwehr von Bedrohungen“ (ebd., 5) umfassen kann. Gemäß der Europäischen Union geht es bei der zivilen Sicherheit um Themen wie „Strafverfolgung, Verbrechenbekämpfung und Terrorismusbekämpfung (z. B. Aktivitäten von Polizei und Forensik, Zoll und Grenzkontrolle usw.) sowie ‚First Responder‘-Aufgaben (z. B. Brandbekämpfung, Ambulanz- und Gesundheitsnotfälle usw.) sowie den Schutz kritischer Infrastrukturen und Versorgungseinrichtungen“ (EU 2020; eigene Übersetzung). Andere Autor\*innen verstehen den Begriff zivile Sicherheit inzwischen als Sammelbegriff oder Platzhalterbegriff, „der je nach Zusammenhang und Funktion mit unterschiedlichen Inhalten versehen werden kann“ (Wolff 2017, 658; ähnlich auch Zoche et al. 2011).

In Zusammenhang mit AUPIK ist zudem die soziale Sicherheit bedeutsam – verstanden als die Absicherung allgemeiner Lebensrisiken wie Arbeitslosigkeit, Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit. In Deutschland wird diese durch ein umfassendes Sozialversicherungssystem gewährleistet, über das wiederum mehr oder weniger umfangreiche Versorgungsleistungen – darunter Krankenbehandlung und Langzeitpflege auch im häuslichen Bereich – reguliert, finanziert und letztlich auch organisiert und gewährleistet werden (Kaufmann 2012, Frevel 2016). Da diese Bereiche moderner Gesellschaften im Interesse der „Versichertheitlichung des gesellschaftlichen Lebens“ (Kaufmann 2017, 20) und aufgrund ihrer Relevanz für die Daseinsvorsorge im Fall von Bedrohungen jedweder Art funktionsfähig erhalten werden müssen, rücken auch sie mehr und mehr ins Blickfeld der zivilen Sicherheitsforschung (Wolff 2017, 658). Gleiches könnte für die zahlreichen Bindestrich-Sicherheitsdiskurse gelten, angefangen von der Umweltsicherheit über die IT-Sicherheit bis hin zur Verkehrssicherheit.

Die Auseinandersetzung mit Fragen der *Patientensicherheit* zählt ebenfalls zu diesen Bindestrich-Sicherheitsdiskursen, die zudem für AUPIK besondere Relevanz besitzen. Ganz allgemein wird der Begriff Patientensicherheit mit der Abwesenheit unerwünschter Ereignisse gleichgesetzt (äzq 2005; Wischet/Eitzinger 2009; APS 2018). Einerseits geht es dabei um eine wachsende Aufmerksamkeit für iatrogene, aus einer zunehmend komplexer werdenden Gesundheitsversorgung resultierende Risiken für deren Nutzer\*innen oder auch Anwender\*innen. Andererseits geht es um die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Schädigungen durch ein vorausschauendes Management von Risikosituationen (Vincent 2002; APS 2018). Patientensicherheit gilt dabei als ein professions- und situationsübergreifendes Konstrukt, das durch Wechselwirkungen personaler, prozeduraler und struktureller Komponenten zustande kommt (Kocks et al. 2014). Eine 2018 aktualisierte und konsentrierte deutschsprachige Definition vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. lautet wie folgt:

*„Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem (1) einen Zustand aufweisen, in dem unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden, (2) über die Eigenschaft verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und (3) ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen in der Lage sind.“ (Schrappe 2018, 11).*

Diskurse und wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Patientensicherheit werden im Folgenden lediglich insoweit thematisiert als dies für das für AUPIK bedeutsam erscheint. Zuvor aber sei darauf hingewiesen, dass die einzelnen hier angesprochenen Sicherheitsbereiche nicht nur zunehmend enger miteinander verwoben sind. Es zeigen sich auch vermehrt übereinstimmende Perspektiven, die hier nur mit wenigen Stichworten angedeutet werden sollen: Zu beobachten ist bspw. in allen Diskursen eine Abkehr von einer reinen Negativdefinition von *Sicherheit* (z. B. Sicherheit als Abwesenheit von Unsicherheit und Angst, als das Fehlen von persönlichen und gesellschaftlichen Bedrohungen, als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse) hin

zu einem positiven Sicherheitsverständnis, bei dem auch das Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen und Infrastrukturen oder Aspekte wie Lebensqualität, Zuversicht und Geborgenheit ins Blickfeld rücken. Eng damit verbunden ist eine Perspektivenwechsel weg von der Abwehr von Risiken oder der Eingrenzung von Gefahren und Bedrohungen hin zur Verhinderung oder Vorsorge oder auch einem umfassend angelegten und vorausschauenden Management von Sicherheitsdimensionen. Ebenfalls bedeutsam ist eine stärkere Berücksichtigung der Tatsache, dass es neben *objektiver Sicherheit* („sicher sein“) und anhand definierter Kriterien zu beschreibender Sicherheitslagen auch so etwas wie *subjektive Sicherheit* und ein zuweilen diffuses, in jedem Fall aber zu berücksichtigendes Sicherheitsempfinden auf Seiten von Individuen oder Gruppen gibt („sich sicher fühlen“). Dabei muss beides nicht notwendigerweise übereinstimmen oder in rationaler Weise miteinander in Verbindung stehen (z. B. Schewe 2006; Steiger et al. 2015; Hummelsheim-Doss 2016). Dies alles soll schließlich nicht in Form von Einzelmaßnahmen adressiert, sondern vielmehr im Rahmen umfassender *Sicherheitskulturen* beantwortet werden (Zoche et al. 2011; Haverkamp 2012; Endreß/Feist 2014, Rapp 2014).

## 2.2 Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung

Die Diskurse und Entwicklungen zur Gewährleistung und Verbesserung der Patientensicherheit sind überwiegend auf das Krankenhaus und das dortige Behandlungsgeschehen ausgerichtet (Porzolt 2007; Feng et al. 2008). Andere Versorgungssettings – etwa die Primärversorgung oder auch die stationäre und ambulante Langzeitversorgung – rücken erst allmählich in das Blickfeld der allgemeinen und fachlichen Öffentlichkeit sowie der (Versorgungs-)Forschung (DPR 2014; WHO 2017). Dies ist insofern bedeutsam, als dass sich die für die stationäre Akutversorgung erarbeiteten Definitionen, Konzepte oder Standards sowie die darauf bezogenen Forschungserkenntnisse nur in begrenztem Umfang auf die ambulanten Primärversorgung, die Situation in einem Alten- und Pflegeheim oder auf die Bedingungen der dezentral organisierten häuslichen Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen übertragen lassen (Lang et al. 2008; Harrison et al. 2013; Carpenter et al. 2017).

Der wissenschaftliche Diskurs zu Fragen der Patientensicherheit speziell in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung ist kaum entwickelt, was sich u. a. in einer nur langsam steigenden Zahl an einschlägigen Publikationen zeigt (Lindblad et al. 2020). Dies ist insofern verwunderlich, als die häusliche und gemeindebasierte Versorgung international an Bedeutung gewinnt und immer mehr Bevölkerungsgruppen darauf angewiesen sind – hierauf wurde weiter oben hingewiesen. Zwar ist die häusliche und gemeindebasierte Versorgung für viele Menschen auch in schwierigen Krankheitssituationen und am Lebensende die erste Wahl, weil sie dabei ihre sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse befriedigen und ihre Autonomie weitgehend aufrechterhalten können (WHO 2008). Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass bei dieser dezentral organisierten, auf eine enge Kooperation und Koordination formeller Leistungserbringer\*innen und informeller Helfer\*innen angewiesenen Form der Versorgung in einem nur schwer kontrollierbaren Umfeld auch spezifische Sicherheitsrisiken zu beantworten sind. So ist bspw. daran zu erinnern, dass die Häuslichkeit per se ein unsicheres Umfeld mit statistisch hohem Unfallrisiko ist – etwa im Zusammenhang mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (ex. RKI 2013; Gershon et al. 2017). Wenn dann in diesem eigentlich zum Wohnen und (Zusammen-)Leben gedachten Umfeld noch Krankheitsfolgen bewältigt, Behandlungen durchgeführt und mehr oder weniger aufwendige medizinisch-pflegerische Versorgungsleistungen erbracht werden müssen, kommt es zu einer signifikanten Ausweitung relevanter Risiken (ex. Lang et al. 2008, 2009; Stevenson et al. 2012). Zu berücksichtigen sind

- Risiken in Verbindung mit der Umwelt, wie z. B. die Wohnungseinrichtung, Platz- und Lichtverhältnisse, Innenraumluftqualität, Schadstoffe und Schädlinge, mitlebende Menschen und Haustiere und schwer beeinflussbare hygienische Bedingungen (Gershon et al. 2008)

- Risiken in Verbindung mit der Erkrankung, Behandlung oder Versorgung, wie etwa Medikamentenfehler, Sturz- und Infektionsrisiken, unzureichend behandelte Schmerzen, Wunden oder Mangelernährung (Gershon et al. 2008; Niederhauser/Füglister 2016; Madigan, 2007; MDS 2014, 2017).

Die ohnehin schon ausgeprägte Komplexität und Gefahreneigtheit der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung ist in den letzten Jahren noch dadurch gestiegen, dass

- vermehrt schwer kranke Menschen mitsamt aufwändigen Behandlungsformen aus den Krankenhäusern in den ambulanten Bereich transferiert werden (z. B. vor und nach ambulanten Operationen; mit aufwändigen Antibiotikatherapien);
- immer öfter therapeutisch-technische Hilfsmittel im häuslichen Setting zur Anwendung kommen, die zuvor dem Krankenhaus und dort wiederum häufig den Intensivstationen vorbehalten waren (etwa Beatmungs- und Dialysegeräte);
- auch umweltbezogene Technologien aus dem AAL-Bereich (z. B. Monitoring- und Überwachungssysteme, Wohnraumanpassungen) häufiger im häuslichen Setting zum Einsatz kommen und zuweilen spezifische Risiken bergen (Lukas et al. 2020).

Werden angesichts all dessen die ausgeprägten Kommunikations- und Abstimmungserfordernisse in der häuslichen Versorgung vernachlässigt, entstehen schnell gefährliche Kaskadeneffekte, die zu erhöhtem Versorgungsbedarf führen können. Schließlich können auch der Grad an Mitwirkungsbereitschaft der im häuslichen Setting lebenden Personen, ihre (Un-)Geduld im Umgang mit zwangsläufigen Einschränkungen ihrer Privatsphäre oder Selbstbestimmung und andere subjektive Faktoren mehr oder weniger großen Einfluss auf die Patientensicherheit im häuslichen Umfeld nehmen (Stevenson et al. 2012; Hilli/Eriksson 2019).

### 2.3 Objektive Sicherheitsdimensionen

Aus Sicht professioneller Akteur\*innen und einschlägiger Interessengruppen lässt sich der Grad an Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung objektiv ermitteln, wenn auch nur via Negationen, etwa anhand der Häufigkeit des Auftretens unerwünschter Ereignisse, Fehler, Abweichungen, Unfälle oder Todesfälle. Je mehr davon durch vorausschauendes Management von Risikosituationen vermieden werden kann, desto ausgeprägter ist die Patientensicherheit. Dies erklärt, warum in der Forschung anfangs viel Aufmerksamkeit auf die Erfassung unerwünschter Ereignisse und die Messung objektiver Sicherheitsparameter gerichtet wurde – letztlich sollte damit das Ausmaß des Problems verdeutlicht und Handlungsdruck erzeugt werden.

Bezogen auf den akutstationären Sektor ist dies zwischenzeitlich weitgehend gelungen. Als internationale Vorläuferstudien, mit denen die Dimensionen der Sicherheitsprobleme in diesem Versorgungsbereich deutlich wurden, gelten die US-amerikanischen *Harvard Medical Practice Studies I / II* aus den 1990er-Jahren (Brennan et al. 1991, Leape et al. 1991). Inzwischen gibt es zahlreiche Folgestudien aus den USA und anderen Ländern mit z. T. unterschiedlichen Designs und Methoden, deren Ergebnisse aber übereinstimmend ein im Kern gravierendes Sicherheitsproblem aufdecken (IOM 2000). Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) bspw. hat 2007 auf Grundlage einer systematischen Übersichtsarbeit ermittelt, dass wenn lediglich 0,1% der Krankenhauspatient\*innen in Folge unerwünschter Ereignisse versterben würden, in Deutschland mit 17.000 Todesfällen pro Jahr zu rechnen wäre (Schrappe et al. 2005). Inzwischen gilt die epidemiologische Informationsbasis zu unerwünschten Ereignissen oder vermeidbaren unerwünschten Ereignissen sowie deren Folgen im akutstationären Sektor als weitgehend gefestigt (Vincent et al. 2014), weshalb sich die Aufmerksamkeit in der Forschung eher einzelnen klinischen Feldern (z. B. Chirurgie) und Anwendungsbereichen (z. B. Medikamentensicherheit) zuwendet. Zudem werden häufiger Interventionsstudien zur systematischen Erhöhung der Patientensicherheit aufgelegt (vgl. zur Übersicht: Schrappe 2013, 2018, Voit 2015).

Wie zuvor angedeutet, ist die häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung von diesen Entwicklungen noch weitgehend ausgenommen. Dies gilt mit graduellen Unterschieden gleichermaßen für Deutschland wie auch für andere Länder. Insbesondere in Kanada und z.T. auch in den skandinavischen Ländern wurde das Thema Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung inzwischen aber häufiger aufgegriffen und bearbeitet (ex. Lang et al. 2008). Mit Blick auf diesen Versorgungsbereich werden dabei theoretische und konzeptionelle Unklarheiten diskutiert, etwa was das Verständnis von Patientensicherheit und unerwünschten Ereignissen betrifft (ex. Masotti et al. 2009; Johannessen et al. 2020). Zugleich werden gravierende epidemiologische Wissenslücken beklagt (Lang et al. 2006; Harrison et al. 2013). Beides macht es schwierig, den Umfang und die Dimensionen von Sicherheitsrisiken im häuslichen Setting anhand objektiver Parameter transparent darzulegen und ein darauf gerichtetes Problembewusstsein zu wecken.

Die häusliche Pflege ist grundsätzlich schwer kontrollier- und steuerbar; es fehlt an eindeutigen Verantwortungsstrukturen, aussagefähigen Routinedokumentationen, einem konsentierten Verständnis von unerwünschten Ereignissen (ex. Masotti et al. 2009) sowie an einer routinemäßigen, systematischen Erfassung von Risikosituationen in Form *eines Critical Incident Reporting Systems* (CIRS) (ex. Doran et al. 2009). Einige Daten aus Querschnitterhebungen zeigen aber auf, dass unerwünschte Ereignisse in der häuslichen Pflege (meist älterer Menschen) weit verbreitet sind. So lag die Rate an unerwünschten Ereignissen im Home-Care-Setting laut einer auf das US-amerikanische *Medicaid-Medicare-System* ausgerichteten Untersuchung aus dem Jahr 2007 zwischen 3,5 und 15,1 % der Fälle; bei spezifischen Formen der häuslichen Versorgung lag sie auch darüber (Madigan 2007). Am häufigsten kommt es demnach zu Medikamentenfehlern, Infektionen, Verschlüssen von zentralen Zugängen, Wunden und Druckgeschwüren, Sturzereignissen, ungeplanten Krankenhauseinweisungen und Notrufen. In einer kanadischen Studie von Sears et al. (2013) wurden in 13,2 % der Fälle unerwünschte Ereignisse bei häuslich versorgten Personen ermittelt, wobei ein Drittel davon als vermeidbar eingestuft wurde (vgl. auch Doran et al. 2013). Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen auch Blais et al. (2013) auf Grundlage von retrospektiven Krankenaktenanalysen. Ebenfalls bei einer retrospektiven Krankenaktenanalyse von 600 häuslich versorgten Personen haben Schildmeijer et al. (2018) sogar in 37,7 % der Fälle unerwünschte Ereignisse ermittelt, davon wurden über 70 % als vermeidbar klassifiziert. Am häufigsten wurden auch hier iatrogene Infektionen, Stürze und Druckgeschwüre dokumentiert, die in vielen Fällen eine Notfallversorgung sowie einen Krankenhausaufenthalt nach sich zogen (ebd.). Laut Yang et al. (2016) wurde bei der häuslichen Versorgung von Beatmungspatient\*innen ein besonders hoher Anteil an Notrufen ermittelt. Vielfach waren sie auf unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Ereignisse zurückzuführen, oftmals im Zusammenhang mit Anwendungsfehlern im Umgang mit der Technik. Hinzu kamen technische Ausfälle, unklare oder fehlerhafte Informationen sowie Probleme bei klinischen Prozessen oder der Übergabe zwischen den beteiligten Akteur\*innen (ebd.).

Für Deutschland liegen bislang zur häuslichen Pflege und Versorgung allenfalls einzelne Untersuchungen vor, darunter zu Sturzereignissen oder Druckgeschwüren (ZQP 2018). Diese Ergebnisse werden aber noch selten mit dem Thema Patientensicherheit in Verbindung gebracht. Allerdings lassen Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung von Pflegediensten in Deutschland erahnen, dass es um die Patientensicherheit in diesem Versorgungsbereich auch hierzulande nicht gut bestellt ist (MDS 2014, 2017). Für die häusliche Intensivpflege fehlen dabei aussagefähige Daten noch weitgehend. Und eine routinemäßige und flächendeckende Anwendung von Fehlerberichts- und Lernsystemen zur Erfassung und Analyse von Risikosituationen in der häuslichen (Intensiv-) Pflege steht in allen deutschsprachigen Ländern aus (ZQP 2018).

## 2.4 Subjektive Sicherheitsdimensionen

Neben diesen objektiven Dimensionen der Patientensicherheit sind in den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings aber auch subjektive Sicherheitsdimensionen zu berücksichtigen. Bemerkenswert ist dabei, dass es bis dato im deutschsprachigen Raum keinen nennenswerten, explizit auf die Gesundheitsversorgung ausgerichteten Diskurs zum *subjektiven Sicherheitsgefühl* gibt. Darin unterscheidet sich der Patientensicherheitsdiskurs von dem zivilen Sicherheitsdiskurs, bei dem das subjektive Sicherheitsempfinden – zuweilen auch als *Kriminalitätsfurcht* bezeichnet – in der Forschung, Praxis und Politik inzwischen viel Aufmerksamkeit erfährt. Schewe (2006) versteht unter Kriminalitätsfurcht, inwiefern sich eine Person sicher und unbesorgt fühlt oder inwiefern sie ihr Wohlbefinden oder ihre Rechtsgüter durch Ereignisse oder Situationen beeinträchtigt sieht (ebd., 322). Übertragen auf die Gesundheitsversorgung wäre dann das den Nutzer\*innen vermittelte Gefühl von Sicherheit möglicherweise ebenso bedeutsam, wie die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse oder die Frage, ob eine Maßnahme aus professioneller Perspektive tatsächlich ein Gesundheitsrisiko darstellt. Bislang aber wird die *gefühlte Sicherheit* im Patientensicherheitsdiskurs generell unterbewertet (Wischet/Eitzinger 2009). Lediglich vereinzelt wird gefordert, Nutzersichtweisen einzuholen, um Patientensicherheit in all ihren Dimensionen erfassen, beschreiben und fördern zu können (ex. Dowell et al., 2005; Lang et al. 2008; Schaepe/Ewers 2017, 2018).

Mit Blick auf das Akutkrankenhaus liegen international vereinzelte qualitative Studien vor, die sich mit dem subjektiven Sicherheitsempfinden während verschiedener Phasen des Versorgungsgeschehens befassen (ex. Wang/Tao 2017; Jamalimoghadam et al. 2019) – darunter auch solche zu speziellen Bereichen, wie etwa der Notaufnahme (Pécullo-Carrasco et al. 2020), der Psychiatrie (Stenhouse 2013; Peltó-Piri et al. 2019) oder der Palliativversorgung (Robinson et al. 2018). Zudem finden sich einige Studien zum Sicherheitsempfinden in der häuslichen Pflege und Versorgung, insbesondere zur häuslichen Intensivversorgung besonders vulnerabler Patientenpopulationen. In einer qualitativ-explorativen Studie SHAPE. (Ewers et al. 2017a) wurde das subjektive Sicherheitsverständnis häuslich beatmeter Patient\*innen und ihrer Angehörigen in Deutschland untersucht. Zudem wurde gefragt, in welchen Situationen sie sich sicher oder unsicher gefühlt haben. Dabei konnten unterschiedliche Sicherheitsdimensionen und ein *relationales Sicherheitsverständnis* auf Seiten der Nutzer\*innen identifiziert werden. Das subjektive Sicherheitsempfinden gründet demnach im Wesentlichen auf den Beziehungen zu den Pflegefachpersonen und den mit ihnen im Alltag gesammelten Erfahrungen. Zudem wurde ein mehr oder weniger ausgeprägter Informations- und Edukationsbedarf auf Seiten der Nutzer\*innen deutlich, der aber situationsangepasst und zielgruppengerecht beantwortet werden will (Ewers et al. 2017a, b; Czakert et al. 2018; Schaepe/Ewers 2017, 2018; Lehmann/Ewers 2020). In anderen Ländern durchgeführte Studien stützen diese Ergebnisse (ex. Macdonald et al. 2014; Wassenaar et al. 2014), darunter auch solche zu vergleichbar komplexen Versorgungsbereichen, wie etwa der häuslichen Palliativversorgung (Klarare et al. 2017; Smucker et al. 2014).

Wenngleich die Informationslage zu objektiven und subjektiven Sicherheitsdimensionen in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung damit insgesamt auch eher unbefriedigend ist, sind die zu fordernden Implikationen aus den vorliegenden Erkenntnissen eindeutig. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf Initiativen, die von Seiten ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden oder von anderen Anbietern häuslicher Versorgungsleistungen ergriffen werden, um den objektiven und subjektiven Sicherheitsrisiken im häuslichen Umfeld zu begegnen und die Patientensicherheit durch hierfür geeignete Maßnahmen zu erhöhen (Wiig et al. 2018).

## 2.5 Sicherheitskultur in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung

Ähnlich wie in anderen Sicherheitsdiskursen werden auch in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung für die Gewährleistung von Patientensicherheit weniger Einzelmaßnahmen als vielmehr die Entwicklung einer umfassenden Sicherheitskultur gefordert (Lindblad et al.

2018; Lang et al. 2008; Rose et al. 2015). Das setzt voraus, dass die Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden dieses Thema für sich als Herausforderung annehmen. Dies beginnt bei der Leitungsebene und dem Management, geht über die Pflegefachpersonen und die pflegefachliche Ebene und reicht bis hin zu den diversen Helfer- und Assistenzkräften, die in der häuslichen Pflege und Versorgung eingesetzt sind. Auch andere Akteur\*innen (z. B. Arztpraxen, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer), Entscheider (z. B. Kranken- und Pflegekassen) und Interessengruppen (z. B. Wohlfahrtsverbände) müssen für dieses Thema sensibilisiert werden, um gemeinschaftlich mehr Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung gewährleisten zu können (Weller et al. 2014).

Masotti et al. (2010) sprechen davon, dass die professionellen Akteur\*innen Ereignisse oder Vorkommnisse kontrollieren müssen, die im Zuge des Erbringens häuslicher Versorgungsleistungen entstehen können und die einen negativen oder potenziell negativen Einfluss auf die Versorgung der Patient\*innen, die von ihnen angestrebten Ergebnisse, die familiäre oder sonstige soziale Unterstützung oder die Nutzung von Ressourcen haben können (Masotti et al. 2010, 63). Sich abzeichnende ungünstige Entwicklungen in der häuslichen Pflege und Versorgung sollen frühzeitig antizipiert und durch vorausschauendes Arbeiten in ihrem Verlauf möglichst vermieden, zumindest aber abgemildert werden. In anderen Publikationen wird gefordert, dass die ambulanten Pflegedienste und Home-Care-Organisationen ihre Leitlinien und Handreichungen für Mitarbeitende so anpassen müssen, dass dem Thema Patientensicherheit im Versorgungsalltag grundsätzlich mehr Aufmerksamkeit zukommt. Dabei sind aber Maßnahmen zu vermeiden, die sich einseitig an professionellen Relevanzkriterien und Idealvorstellungen orientieren und damit womöglich zur Einschränkung der Selbstbestimmung und Selbstkontrolle der Nutzer\*innen führen (Silverglow et al. 2020) – ein Faktor, der insbesondere auch für die häusliche und gemeindebasierte Versorgung große Bedeutung hat. Vielmehr sollten die individuellen Erfahrungen und Relevanzkriterien der Nutzer\*innen und der informellen Helfer\*innen (z. B. aus dem familialen oder sozialen Umfeld) zum Ausgangspunkt der Zielfindung und Maßnahmenplanung erhoben und im weiteren Verlauf gleichermaßen objektive und subjektive Sicherheitsdimensionen berücksichtigt werden (Berwick 2002). Aus diesem Grund wird auch gefordert, die Nutzer\*innen – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – bei der Entwicklung von Sicherheitskonzepten aktiv einzubinden und sie in das Zentrum der Sicherheitsarbeit zu rücken (ex. Rathert et al. 2011; Macdonald et al. 2013).

Bis dahin ist es aber in vielen Ländern noch ein weiter Weg. Insgesamt wird beklagt, dass es in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege an einer, der gewachsenen Bedeutung dieser Versorgungsform entsprechenden Sicherheitskultur fehlt. Das Risikobewusstsein auf Seiten ambulanter Pflegedienste und anderer für die häusliche und gemeindebasierte Versorgung relevanter Akteur\*innen ist tendenziell schwach ausgeprägt. Deshalb mangelt es oftmals an einschlägigen, auch organisations- und professionsübergreifenden Sicherheitskonzepten und Handlungsleitlinien. Zurückgeführt wird dies u. a. auf Führungs- und Qualifikationsdefizite auf allen Handlungs- und Entscheidungsebenen und an einem nur selten professionellen Management der ambulanten Dienste (ex. Berland et al. 2012). Aber auch die zersplitterten und teilweise diffusen Verantwortlichkeiten im ambulanten Sektor tragen zu diesem Missstand bei und machen die häusliche und gemeindebasierte Versorgung zu einem nur schwer gestalt-, regulier- und kontrollierbaren Feld (Lang et al. 2009).

Zuweilen fehlt es aber auch schlicht an einem entsprechenden Problembewusstsein. In Deutschland werden Sicherheitsaspekte im Rahmen der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gem § 114 Abs. 2 SGB XI zwar thematisiert (MDS 2020). Dies geschieht aber lediglich implizit; eine Anbindung an den (Patienten-)Sicherheitsdiskurs sowie die Anpassung von Sicherheitsaspekten an spezifische Patientengruppen fehlt (MDS 2020). Auch darüber hinaus mangelt es hierzulande, wie in den anderen deutschsprachigen Ländern, an empirisch gestützten Handlungsempfehlungen und damit an notwendigen Orientierungs-

möglichkeiten zur Gewährleistung von Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung im Allgemeinen und in der häuslichen Intensivversorgung im Besonderen (Niederhauser/Füglister 2016; Ewers et al. 2017a, b; Czakert et al. 2018).

## 2.6 Sicherheitsverständnis von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste

In der häuslichen und gemeindebasierten Pflege und Versorgung bewältigen Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste einen Großteil ihrer Aufgaben eigenständig und zugleich weitgehend isoliert von Kolleg\*innen oder weiteren professionellen Akteur\*innen. Dies gilt insbesondere auch für anspruchsvolle klinische, edukative und koordinierende Tätigkeiten, die üblicherweise von Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Um den zuvor angesprochenen Sicherheitsrisiken in der häuslichen Versorgung begegnen zu können, wird eine ausreichende Zahl an für diese Aufgaben einschlägig qualifiziertem Personal benötigt (Lang et al. 2008; Harrison et al. 2013), das zudem über ein ausgeprägtes Problem- und Sicherheitsverständnis verfügen muss. Doch eben daran scheint es noch häufig zu fehlen. Zwar wird in der internationalen Literatur immer wieder die zentrale Bedeutung der Sicherheitsarbeit in der professionellen Pflege betont, doch wird zugleich in zahlreichen qualitativen Studien übereinstimmend davon berichtet, dass das Sicherheitsverständnis von Pflegefachpersonen und anderer im Gesundheitswesen tätiger Personen oft diffus ist (ex. Ballangrud et al. 2009; Swedberg et al. 2012). In Befragungen wird auf die im Patientensicherheitsdiskurs üblicherweise behandelten Probleme selten Bezug genommen und auch die in diesem Kontext verwendete Fachsprache wird von den professionellen Akteur\*innen weitgehend nicht genutzt. Vermisst werden Hinweise auf handlungsleitende Konzepte, konkrete Interventionspläne definierte Mindeststandards und kommunizierte Regeln, etwa zum Aufbau tragfähiger professioneller Kooperationen, zum Zusammenwirken von Patient\*innen, Angehörigen und professionellen Helfer\*innen vor Ort sowie zum Umgang mit dem häuslichen Versorgungsetting, seinen Spezifika und den dabei zu berücksichtigenden Sicherheitsrisiken (Lang et al. 2008, 2009).

Auch wenn diese qualitativen Forschungsergebnisse nicht generalisiert und auf alle Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten (in unterschiedlichen Ländern) übertragen werden können, so sind sie doch ernst zu nehmen. Denn ein breites und konturarmes Sicherheitsverständnis auf Seiten der Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten dürfte die geforderte Verständigung über das Thema mit den Patient\*innen und Angehörigen oder mit anderen beteiligten Akteur\*innen im Versorgungsalltag beeinträchtigen. Hinweise darauf finden sich auch in deutschen Untersuchungen (ex. Ewers et al. 2017b). Versorgungs- und Sicherheitskonzepte, die auf Beziehungs- und Aushandlungsarbeit sowie Partizipation familialer und informeller Helfer\*innen angelegt sind, lassen sich dadurch vermutlich nur schwer umsetzen (Ellenbecker et al. 2008; Lang et al. 2014; Accreditation Canada 2017). Auch könnten sich aus den ungeklärten Sicherheitsverständnissen und womöglich zuwiderlaufenden Deutungsmustern im Versorgungsalltag spezifische Verständigungs- und Abstimmungsschwierigkeiten und im Endeffekt womöglich zusätzliche Sicherheitsrisiken ergeben (Jones 2016). Schließlich ist zu berücksichtigen, dass dadurch nicht zuletzt auch der Anschluss an wissenschaftliche Entwicklungen und Fachdiskurse zu diesem Thema erschwert wird (Lehmann/Ewers 2020).

## 2.7 (Patienten-)Sicherheit als Thema der Aus- und Weiterbildung

Das diffuse Sicherheitsverständnis auf Seiten der Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten wie auch von anderen Akteur\*innen, die in die häusliche und gemeindebasierte Versorgung involviert sind, hat verschiedene Gründe; einer liegt in einer unzureichenden Aus- und Weiterbildung zu diesem Thema. Das Thema Patientensicherheit in Bildungsprozesse zu integrieren wird international als zentral angesehen, um die in diesem Bereich bestehenden Herausforderungen bewältigen zu können (Milligan 2007; WHO 2011). Geht es dabei um die Pflege, sind zum Teil gravierende Unterschiede zwischen der internationalen und der deutschen Situation

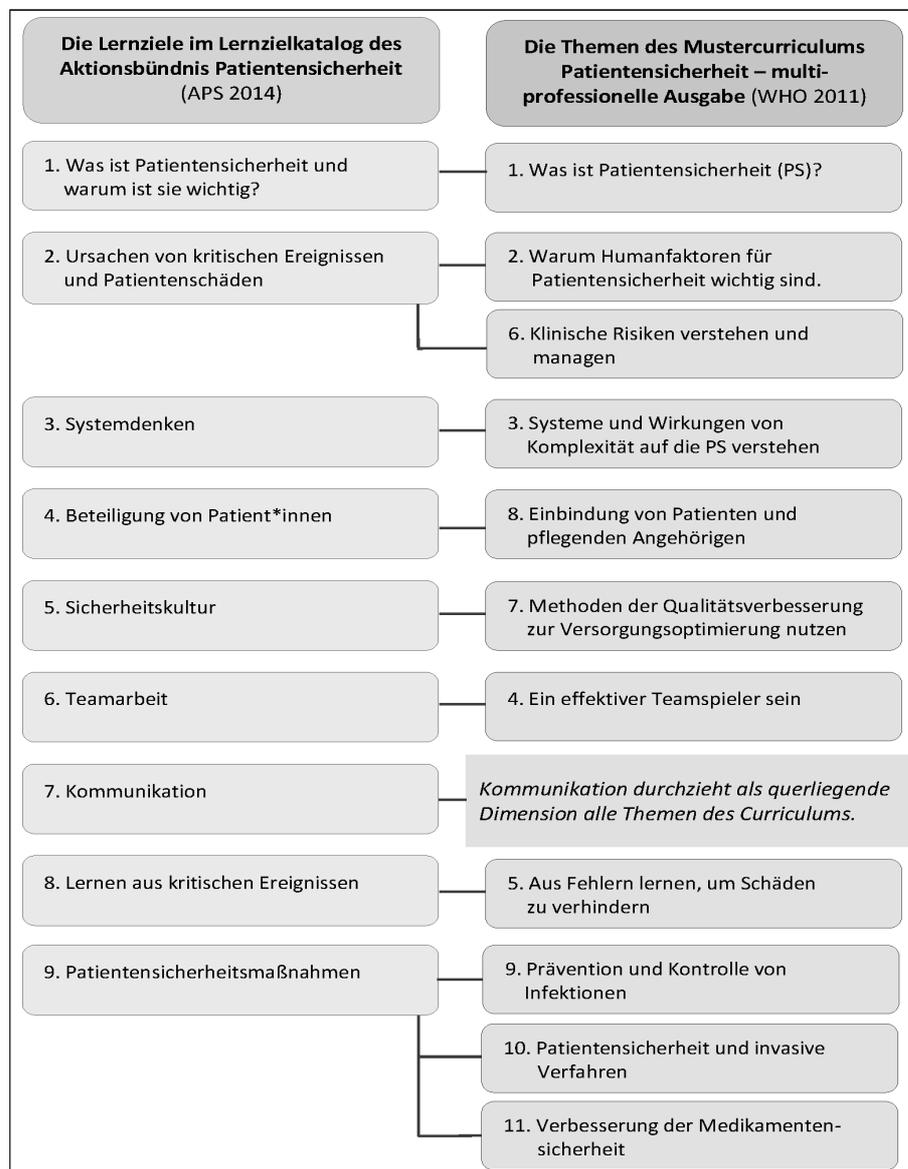
zu beachten: Im Vereinigten Königreich sehen die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen ihre Kernaufgabe in der Gewährleistung einer sicheren, personenzentrierten und effizienten Patientenversorgung. Das Thema Sicherheit prägt die Ausbildung vom ersten bis zum letzten Tag und ist sowohl in der theoretischen wie praktischen Lehre omnipräsent (Lehmann et al. 2019; Ewers/Lehmann 2020). In ähnlicher Weise werden auch Pflegefachpersonen in anderen Ländern als Sicherheitsagenten ausgebildet und angesehen – unabhängig davon, in welchem Setting sie später arbeiten werden. Impulsgeber dafür war u. a. der viel beachtete Bericht des US-amerikanischen Institute of Medicine *The Future of Nursing* (IOM 2011), in dem die Gewährleistung von Patientensicherheit als zentrale Verantwortung der professionellen Pflege in zunehmend komplexer (und auch risikoreicher) werdenden Gesundheitssystemen definiert wird. Auch für die WHO zählt Sicherheitsarbeit zu den Kernaufgaben der Pflege (WHO 2011).

Hierzulande wird das Thema Sicherheit im Allgemeinen und das Thema Patientensicherheit im Besonderen in der gesundheitsberuflichen Bildung nur wenig systematisch und konsequent bearbeitet. Schon in den Berufsgesetzen, Berufsordnungen, Approbationsordnungen, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, Lehrplänen und Curricula der regulierten Gesundheitsprofessionen hat das Thema randständige Bedeutung (APS 2016). Zwar werden einschlägige Bildungsmaßnahmen als wichtig angesehen und es wird anerkannt, dass sie wesentlich mit darüber entscheiden, wie über Risiken, (Beinahe-)Fehler, Sicherheit und Sicherheitsempfinden nachgedacht, gesprochen und wie schließlich in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, Patient\*innen und ihren Bezugspersonen i. S. einer sicheren Versorgungspraxis gearbeitet wird (Neudorf et al. 2008; Steven et al. 2014; Schrappe 2018). Deshalb – so wird auch hierzulande inzwischen postuliert – sollte das Thema Patientensicherheit so früh wie möglich in die Ausbildung aller im Gesundheitswesen Tätigen – einschließlich der Pflegefachpersonen – integriert werden (Mansour et al. 2018; APS 2018; APS et al. 2018; Schrappe 2018). Ob aber regelmäßig Aus- und Weiterbildungsangebote vorgehalten werden, in denen für das Thema sensibilisiert, Grundlagenwissen vermittelt und gemeinsam an Verbesserungsstrategien gearbeitet wird, wird von Expertenseite bezweifelt (ex. Rosentreter 2017; APS 2018).

Inzwischen gibt es im deutschsprachigen Raum einige Reforminitiativen, um dies zu ändern. Noch sind sie aber überwiegend auf Medizinstudium ausgerichtet (Kiesewetter et al. 2016, 2018; Rosentreter 2017); aus der Aus- und Weiterbildung der Pflege sind nur vereinzelte Aktivitäten bekannt. Dazu zählen bspw. ein Projekt zur Entwicklung einschlägiger Curriculumbau- steine (BSFGV Hamburg 2010) sowie eines zur Implementierung eines *Critical Incident Reporting Systems* (CIRS) für Pflegestudierende an der Fachhochschule Joanneum in Österreich (Messer et al. 2018). Dies erscheint angesichts der Optimierungsbedarfe zur Gewährleistung von Patientensicherheit (WHO 2011) kaum angemessen. Vor diesem Hintergrund ist zudem erstaunlich, dass sich im neuen deutschen Pflegeberufegesetz (PflBG 2017), das seit Januar 2020 in Kraft ist, nicht einmal das Wort Patientensicherheit findet. In den darauf aufbauenden Rahmenplänen, die von einer nach § 53 PflBG eingerichteten Fachkommission entwickelt wurden, wird zwar häufiger erwähnt, dass Pflegefachpersonen „hohe Verantwortung im Hinblick auf die Gewährleistung der Patientensicherheit“ haben (z. B. Curriculare Einheit 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“, siehe Fachkommission nach § 53 PflBG 2020, 82). Dies wirkt insgesamt aber eher proklamatorisch und wird in dem Dokument selten spezifiziert. Zudem bleibt unklar, wie diese curricularen Vorgaben in der Ausbildungspraxis von den Lehrenden aufgegriffen und umgesetzt werden sollen.

Um Impulse für die Bildungsarbeit zum Thema *Patientensicherheit* zu setzen und zugleich auch das interprofessionelle Lehren und Lernen zu fördern (Ewers et al. 2019), hatte die Weltgesundheitsorganisation 2011 ein multiprofessionelles Mustercurriculum Patientensicherheit veröffentlicht (WHO 2011). Es will die Auseinandersetzung mit dem Thema anregen und seine Integration in Lehr-Lern-Prozesse unterstützen. Adressaten sind primär Lehrende in Ausbildungsprogrammen der Human- und Zahnmedizin, der Pflege, des Hebammenwesens sowie der Pharmazie (überwiegend im hochschulischen Bereich). Aber auch Lehrende und Lernende in

anderen Gesundheitsberufen, in berufs(fach)schulischen Kontexten und in der Weiterbildung können die Arbeitshilfe nutzen. Patientensicherheit soll dabei nicht als zusätzlicher Inhalt angesehen werden, der ein ohnehin dichtes Curriculum zusätzlich belastet. Vielmehr gilt es, ein durchdachtes *patientensicherheitsfreundliches Curriculum* – etwa für die Pflegeausbildung – zu konzipieren und zu implementieren (Mansour et al. 2018). Die elf Lektionen bzw. Themen des Mustercurriculums sind identisch aufgebaut. Sie enthalten umfangreiches Wissen sowie mögliche Lernziele, Arbeitsaufgaben, Fallstudien und weitere Lernmaterialien. Alles hat empfehlenden Charakter und ist so gestaltet, dass Elemente daraus unter Berücksichtigung lokaler und einrichtungsspezifischer Anforderungen und Lernbedarfe angepasst und in bestehende Curricula für Gesundheitsberufe integriert werden können. Um die Zugänglichkeit des Mustercurriculums zu erleichtern und dessen Nutzung in der Bildungsarbeit zu fördern, wurde 2018 eine von der WHO autorisierte Übersetzung ins Deutsche vorgenommen (Charité – Universitätsmedizin Berlin 2018). Das Mustercurriculum kann als Ergänzung des *Lernzielkatalogs für Kompetenzen in der Patientensicherheit – Wege zur Patientensicherheit* des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS 2014) verstanden werden. **Abbildung 9** veranschaulicht die jeweils bearbeiteten Themen bzw. Lernziele (vgl. auch Lehmann/Ewers 2019).



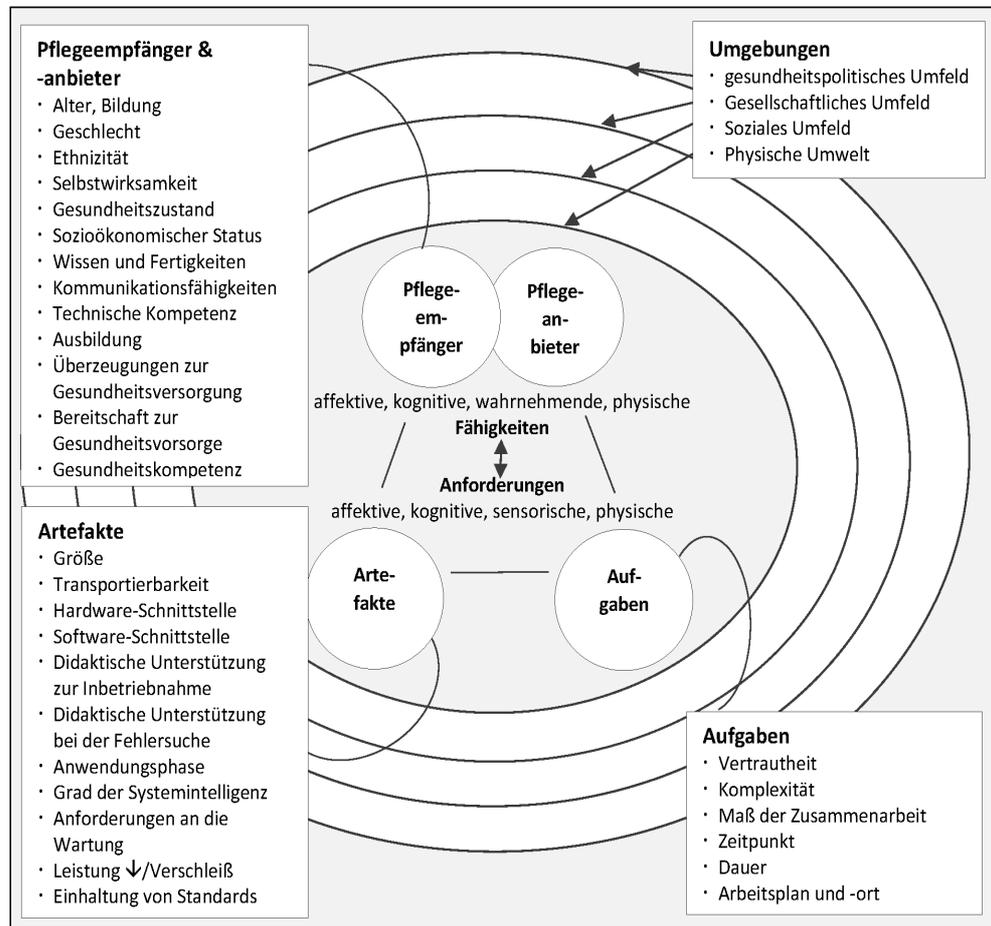
**Abbildung 9:** Mapping der Lernziele des APS-Lernzielkatalogs mit den Themen des WHO-Mustercurriculums (Lehmann/Ewers 2019)

## 2.8 (Patienten-)Sicherheit als Thema der Forschung und Praxisentwicklung

Die Maßnahmen zur Förderung einer Sicherheitskultur in allen Versorgungsbereichen – und insbesondere die zur Erhöhung der Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung – dürfen sich aber nicht in Bildungsarbeit erschöpfen. Damit würde den Nachwuchskräften und auch einzelnen Mitarbeitenden eindeutig zu viel Verantwortung auferlegt. Gefordert sind darüber hinaus *strukturelle Maßnahmen* und insbesondere eine durch Forschung gestützte und flankierte *Anpassung der Versorgungspraxis*. Dies gilt generell für alle Versorgungsbereiche, in besonderer Weise aber für die an Bedeutung gewinnende häusliche und gemeindebasierte Versorgung. International wird in diesem Zusammenhang schon seit Jahren mehr einschlägige Forschung und Praxisentwicklung zur Gewährleistung von Sicherheit in der häuslichen Versorgung unterschiedlicher Patientengruppen gefordert (ex. Gershon et al. 2008; Lang et al. 2009; Jones 2016). Auch im deutschsprachigen Raum sind entsprechende Desiderata in der Forschung und Praxisentwicklung zu erkennen (ZQP 2018).

Ein besonders ausgeprägter Bedarf an Forschung und Praxisentwicklung zum Thema Patientensicherheit wird insbesondere bei den international als *Hospital@Home* oder *als High-Tech Home Care* (ex. Lang et al. 2008; Ewers 2010) bezeichneten Formen der häuslichen Intensivversorgung von technikabhängigen Menschen mit komplexen Problem- und Bedarfslagen konstatiert (ex. Lang et al. 2008, 2014). Dies ist nicht zuletzt deshalb so, weil die an sich schon risikoreiche häusliche Versorgung dieser Menschen „hinter verschlossenen Türen“ und damit weitgehend außerhalb öffentlicher Kontrolle durchgeführt wird. Hinzu kommt, dass neben den Patient\*innen und ihren Angehörigen, Pflegefachpersonen, Assistenzkräfte, Therapeut\*innen und zahlreiche andere Personen involviert sind, was erfahrungsgemäß zahlreiche Abstimmungs- und Informationsprobleme provoziert. Es liegen – mindestens für Deutschland – diverse Hinweise auf eine erhebliche Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Versorgungsangebots der häuslichen Intensivpflege, wenig patientenzentrierte Formen der Versorgungsgestaltung, substanzielle Steuerungsprobleme, erhebliche Qualitäts- und Qualifikationsdefizite sowie spezifische Sicherheitsrisiken, etwa für beatmete Patient\*innen und deren Angehörige als Nutzer\*innen dieses Versorgungsangebots vor (Lehmann et al. 2016; Lehmann/Ewers 2018). Um diesen vielfältigen Risiken begegnen zu können, wird Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung technikabhängiger und anderer schwer kranker Patient\*innen als ein, aus wissenschaftlicher wie praktischer Sicht, vordringlich bearbeitungswürdiges Thema betrachtet (Lewarski/Gay 2007; Ewers 2003, 2010; Paul 2013). Dabei wird auch ein Diskurs darüber angeregt, wie teambasierte und integrierte Versorgungsangebote für diese Nutzergruppe entwickelt und umgesetzt werden können (Czakert et al. 2018).

Wie komplex die hier anzugehenden Aktivitäten in Forschung und Praxisentwicklung sind, veranschaulicht ein vom US-amerikanischen Nationalen Forschungsrat (2011) entwickeltes *Humanfaktorenmodell für die häusliche und gemeindebasierte Versorgung*, das von Beer et al. (2014) weiterentwickelt wurde (siehe umseitig **Abbildung 10**). Ähnlich wie in anderen Initiativen zur Förderung der Patientensicherheit werden darin verschiedene Komponenten integriert betrachtet, darunter Personen (aufgeteilt in Nutzer\*innen und Helfer\*innen), Aufgaben und Technologien/Ausrüstung, die jeweils mit verschiedenen Kriterien beschrieben sind), physische, soziale, sozialräumliche und politische Umgebungsfaktoren sowie ihre Einflüsse auf das Versorgungsgeschehen. Das Humanfaktorenmodell ermöglicht eine systemische Analyse der verschiedenen Anforderungen, Aufgaben und Einflussmöglichkeiten im Verhältnis zu den im jeweiligen Kontext tätigen Personen. Es bietet somit eine ideale Grundlage für die Forschung und Praxisentwicklung im Bereich der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung (Beer et al. 2014; Lindblad et al. 2018, 2020), insbesondere auch zu der von schwer kranken und technikabhängigen Patient\*innen und ihren Angehörigen.



**Abbildung 10:** Adaptiertes Humanfaktorenmodell für die häusliche Versorgung des National Research Council 2011 (eigene Darstellung nach Beer et al. 2014, 26)

Die in Deutschland zu diesem Thema bislang auf den Weg gebrachten Initiativen werden den damit verbundenen hohen Ansprüchen noch kaum gerecht. Zwar gibt es von einzelnen Interessengruppen – etwa dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. – Impulse für die Praxisentwicklung in Richtung auf mehr Patientensicherheit in unterschiedlichen Settings. Darunter sind jene zur Verbesserung der Patientensicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung aber noch eine Ausnahme geblieben (ex. dazu eine Patienteninformation zum Umgang mit Medikamenten; APS 2016). Auch andere Initiativen bemühen sich darum, der Komplexität des Feldes und der dabei zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben zu entsprechen. Dazu zählen u. a. Initiativen des von den privaten Krankenversicherungen finanzierten Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). Unter der wissenschaftlichen Begleitung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen wurde bspw. eine Perspektivenwerkstatt mit Expert\*innen aus Wissenschaft, Praxis und Politik zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege durchgeführt. Beteiligt waren unter anderem das Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, der AOK-Bundesverband, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BpA), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), ambulante Pflegedienste sowie Pflegeforscher\*innen. Sie identifizierten im Rahmen mehrerer Arbeitstreffen sieben zentrale Handlungsfelder für eine Verbesserung der Patientensicherheit in diesem Setting (ZQP 2018), darunter die Kompetenz von beruflich Pflegenden, den Personaleinsatz, die Verantwortung ambulanter Pflege im komplexen Setting, die Kommunikation an Schnittstellen, die Gesundheitskompetenz Pflegebedürft-

tiger und ihrer Angehörigen, die Sicherheitskultur sowie spezielle Risikobereiche wie Medikation, Hygiene, außerklinische Beatmungspflege. Was davon aber in der Praxis umgesetzt wird und inwiefern sich die ambulanten Pflegedienste, ihre Mitarbeitenden und andere, in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung engagierte Interessengruppen auf den Weg gemacht haben, der (Patienten-)Sicherheit in diesem Setting mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen, muss mangels entsprechender empirischer Informationen offenbleiben.

### 3. Pflege in Krisen, Notfällen und Katastrophen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden zum einen wesentliche Traditionen, Entwicklungen und Erkenntnisse zur häuslichen und gemeindebasierten pflegerischen Versorgung vorgestellt, zum anderen ausgewählte Definitionen, Dimensionen und Diskurse zum Thema (Patienten-)Sicherheit skizziert. Auf diese Weise sollte der Ausgangs- und Zielpunkt der Forschung zur „Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“ verdeutlicht werden. Dabei sollte v. a. auch eine Einordnung der im AUPIK-Projekt und in TP3 zu realisierenden Aktivitäten im Feld der Versorgungs- und Sicherheitsforschung ermöglicht werden. Anknüpfend daran wird nunmehr das Thema Pflege in Krisen, Notfällen und Katastrophen ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Der Begriff *Pflege* bezieht sich in dem Zusammenhang zum einen auf das Handlungsfeld der pflegerischen Langzeitversorgung und hier vornehmlich auf die häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung (i. S. von *Long-term Care* oder *Home and Community Care*). Zum anderen steht er für die Gesundheitsprofession (i. S. von *Nursing*), deren auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelten Beiträge zur Erhaltung und Verbesserung der Sicherheit der ihnen anvertrauten Personen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen sowie für die dafür erforderlichen qualifikatorischen und sonstigen Voraussetzungen. Der Begriff *Sicherheit* wird dabei nicht auf Aspekte der Patientensicherheit begrenzt, sondern – wie zuvor dargelegt – umfassend(er) verstanden.

#### 3.1 Hintergrund und begriffliche Eingrenzungen

Die Auseinandersetzung mit dem hier interessierenden Thema und seinen unterschiedlichen Dimensionen hat sich international spätestens seit der Jahrtausendwende intensiviert. Das ist zum einen auf die Zunahme an regionalen und globalen Krisen- und Katastrophenfällen sowie deren immer sichtbarer werdenden Auswirkungen auf die Infrastrukturen und Angebote der Gesundheitsversorgung zurückzuführen. Immer mehr Menschen sind von Krisen- und Katastrophenfällen mittelbar oder unmittelbar betroffen. Darunter sind zunehmend auch solche Menschen, die auf pflegerische Langzeitversorgung angewiesen sind. Die aktuelle COVID-19-Pandemie bildet dafür ein eindrückliches Beispiel. Zum anderen hat sich in den letzten Jahrzehnten auch die Auseinandersetzung mit dem Thema in der Pflege intensiviert. Das Bewusstsein für die damit verbundenen Herausforderungen wurde geschärft. So wurden zahlreiche Initiativen für ein besseres Management von Krisen, Notfällen und Katastrophen in pflegerischen Versorgungsbereichen und durch die Pflege selbst angeregt. International gibt es zudem diverse auf dieses Thema ausgerichtete Rollenspezialisierungen (ex. Murray 2020). Bevor diese Entwicklungen skizziert und der Beitrag der Pflege zur Beantwortung von und zum Umgang mit Krisen- und Katastrophenfällen in verschiedenen Versorgungssettings – besonders in der häuslichen und gemeindebasierten Langzeit- und Intensivversorgung – herausgearbeitet wird, folgen hier erneut einige definitorische Eingrenzungen zentraler, in diesem Zusammenhang gebräuchlicher Begrifflichkeiten. Dies erscheint aufgrund der großen Variationsbreite der verwendeten Terminologie notwendig, um eine gemeinsame Verständigungsbasis sowohl innerhalb des AUPIK Projekts wie auch mit der allgemeinen und fachlichen Öffentlichkeit legen zu können.

### 3.1.1 Krise, Gesundheitskrise, Krisenversorgung

Der Begriff *Krise* (altgriech.: κρίσις *krisis*; engl.: Crisis) fehlt in keiner einschlägigen Publikation zu dem hier interessierenden Thema. Alltagssprachlich ist eine Krise eine Situation, die durch ernsthafte Probleme und eine erhebliche Ressourcenbeanspruchung charakterisiert ist. Grundsätzlich ist kein Lebensbereich davon ausgenommen. So gibt es Ehe- und Beziehungskrisen, Gesundheitskrisen, Bankenkrisen, Staatskrisen, Umwelt- und Klimakrisen und viele andere Krisen mehr. Die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen haben dabei je eigene Verständnisse, Modelle oder Theorien zu diesem Thema entwickelt, von denen für uns wesentlich erscheinende Ansätze hier kurz skizziert werden sollen.

Auf individueller Ebene und aus pädagogischer Sicht betrachtet ist eine Krise beispielsweise „eine schwierige Entscheidungssituation, die den Höhe- oder Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt“ (Tenorth/Tippelt 2012). In der Psychologie wird damit eher der Verlust des psychischen Gleichgewichts angesichts überwältigender Ereignisse und Lebensumstände bezeichnet (ex. Ciompi 1993; Sonneck 2000; Berger/Riecher-Rössler 2004). Als problematisch gesehen wird dabei jeweils die individuell wahrgenommene Diskrepanz zwischen den konkreten Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. Häufig wird der Begriff in Verbindung mit Entwicklungs- und Anpassungserfordernissen sowie mit einer Umstellung von Plänen und Handlungsrouninen gebracht. Grundsätzlich können sich Krisen von allein auflösen oder auch eigenständig, ohne Hilfe von außen, bewältigt werden. Häufig wird aber auf die Notwendigkeit einer, von außen kommenden, Unterstützung in Gestalt einer Krisenintervention hingewiesen (Haisch 1999; Berger/Rösler 2004). Dies gilt insbesondere in Gesundheitskrisen, seien sie nun ursächlich körperlicher, mentaler oder sozialer Art. Die Krisenintervention zählt daher in der internationalen Pflege zum selbstverständlichen Aufgabenrepertoire und Kompetenzprofil der Berufsangehörigen (ex. Mariano 2002; RNAO 2002) – auch und gerade im Kontext der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung.

Auf gesellschaftlicher Ebene werden Krisen generell mit Wandlungsprozessen in Verbindung gebracht, die zumeist plötzlich auftreten, massive Probleme verursachen und „die nicht ohne größere Schwierigkeiten gelöst werden können“ (Reinhold 2000, 370). Sie entstehen, wenn Handlungsrouninen oder Werteorientierungen in Bewegung geraten (Oevermann 2002; Mergel 2012). Preunkert (2011) weist allerdings darauf hin, dass der Krisenbegriff aufgrund seiner Vieldeutigkeit und Unschärfe für soziologische Theoriedebatten eher ungeeignet ist. Aus politikwissenschaftlicher Sicht handelt es sich bei einer Krise um eine „über einen gewissen (längeren) Zeitraum anhaltende massive Störung des gesellschaftlichen, politischen oder wirtschaftlichen Systems“ (Schubert/Klein 2018). Hier wird weniger die auf einen Wendepunkt zulaufende gefährliche Entwicklung als vielmehr die andauernde Beanspruchung und Irritation von Rouninen als Problem betont. Ein ähnliches Verständnis von Krise als einem länger anhaltenden Zustand findet sich auch in einigen soziologischen Debatten (Preunkert 2011).

Viele der bislang genannten Merkmale lassen sich grundsätzlich auch auf Krisen der öffentlichen Gesundheit übertragen – die sogenannte *Public Health Crisis*. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt hervor, dass solche Krisen nicht offensichtlich und eindeutig sein müssen, weshalb sie nach einer genauen Analyse verlangen (WHO 2008). Sie gehen üblicherweise mit Instabilität und Unsicherheit einher und können unterschiedliche Intensitätsgrade annehmen. Eine Krise der öffentlichen Gesundheit entsteht, wenn regionale oder lokale Gesundheits- und Sozialsysteme punktuell oder chronisch überfordert sind und nicht mehr auf den Bedarf oder die Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren können. Ausschlaggebend können sowohl interne (z. B. Ressourcenknappheit) wie auch externe Gründe sein (z. B. Pandemien) – zuweilen auch eine Kombination aus beidem. Häufig wird auch die *Risikokommunikation* als ein wesentliches Element und – im ungünstigsten Fall – als Ursache solcher Krisen benannt (Glik 2007). Auch Umwelt- und Lebensbedingungen der Bevölkerung sind zu berücksichtigen, zumal sie Gesundheitskrisen provozieren oder verschärfen können (Bashir 2002).

Konsentiertere deutschsprachige Definitionen für eine Krise der öffentlichen Gesundheit oder des Gesundheitsversorgungssystems gibt es nach vorliegendem Kenntnisstand nicht. Vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenvorsorge (BBK) liegt jedoch eine generische Definition vor, die einige der zuvor angesprochenen Elemente enthält und auch auf Gesundheitskrisen anwendbar erscheint. Demnach handelt es sich bei einer Krise um „[eine vom] Normalzustand abweichende Situation mit dem Potenzial für oder mit bereits eingetretenen Schäden an Schutzgütern, die mit der normalen Aufbau- und Ablauforganisation nicht mehr bewältigt werden kann, so dass eine besondere Aufbauorganisation (BAO) erforderlich ist“ (BBK 2018, 32). Mit anderen Worten: In einer Krise können Routinen nicht (mehr) aufrechterhalten werden. Im Fall von AUPIK wären es übliche Prozesse in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung. Werden daraufhin keine Anpassungsmaßnahmen ergriffen, drohen zum Teil gravierende Probleme und ggf. auch gesundheitliche Folgeschäden für die Bevölkerung.

Unter der Überschrift *Crisis Standards of Care (CSC)* wird dieser Aspekt der Notwendigkeit der Anpassung von üblichen Routinen und Prozessen in Krisenzeiten in der internationalen Literatur inzwischen intensiver diskutiert. Dies ist aktuell etwa im Zuge der COVID-19-Pandemie deutlich wahrnehmbar. Bezug genommen wird dabei u. a. auf eine Veröffentlichung des US-amerikanischen Institute of Medicine aus dem Jahr 2009 mit dem Titel *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situation: A Letter Report* (IOM 2009). Darin wird empfohlen, dass Regierungen offiziell erklären sollen, dass für einen gewissen Zeitraum sogenannte *Krisenversorgungsstandards* gültig sind, wenn übliche Versorgungsabläufe und Versorgungsniveaus aufgrund äußerer Ereignisse (z. B. Erdbeben, Pandemien) nicht mehr gewährleistet werden können. Dadurch wird den (nicht selten öffentlichen) Betreibern von Versorgungseinrichtungen und dem dort beschäftigten Gesundheitspersonal ermöglicht, von üblichen Qualitätsstandards und -richtlinien abzuweichen, knappe Ressourcen gezielter einzusetzen sowie nach alternativen Versorgungseinrichtungen zu suchen (z. B. eine Turnhalle in der Gemeinde). Zugleich geht mit der Inkraftsetzung der Krisenversorgungsstandards eine Aufmerksamkeitsverschiebung einher, nämlich von der individuellen Patientenversorgung (Fokus der normalen Versorgung) hin zur Versorgung von sozialen Gemeinschaften (Fokus der Krisenversorgung). Damit soll sichergestellt werden, dass kritische Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie den größtmöglichen Nutzen bringen und dass mehr Menschen davon profitieren, ohne vulnerable Populationen durch diese Maßnahmen zu benachteiligen. Ziel ist es, auch bei Krisen der öffentlichen Gesundheit den Zugang zur Versorgung für möglichst viele Menschen unter den bestmöglichen Bedingungen zu gewährleisten (IOM 2009; Murray 2012; Hattori et al. 2020; NASEM 2020).

### 3.1.2 Notfall, Notfallversorgung, Notfallpflege

Auch der Begriff *Notfall* (engl.: *Emergency*) wird im alltäglichen Sprachgebrauch und in den hier interessierenden Praxis- und Wissenschaftsdiskursen meist selbstverständlich verwendet, ohne dass dessen Bedeutung stets eindeutig geklärt ist. Ganz allgemein wird jede Situation als Notfall bezeichnet, in der es zu Gefährdungen von Lebewesen oder Gegenständen kommen kann und zu deren Abwendung oder Beantwortung Hilfe von außen erforderlich ist. Dies kann im öffentlichen Verkehr (z. B. nach Verkehrsunfällen) genauso der Fall sein, wie in einem Betrieb (z. B. in Folge eines Betriebsunfalls) oder in anderen alltäglichen Kontexten (z. B. bei einem Haushaltsunfall). Art und Ausmaß des Notfalls sind dabei stets klärungsbedürftig. Die Klärung muss i. d. R. von daran beteiligten Personen oder Außenstehenden (z. B. Rettungsleitstellen, Feuerwehr) und basierend auf den jeweils in der Situation verfügbaren Informationen rasch, vollständig und sachgemäß erfolgen.

Häufig geht es um das adäquate Erkennen und Einschätzen von medizinischen Notfällen. Darunter werden akute körperliche Zustände von Personen verstanden, die durch eine Störung ihrer Vitalfunktionen oder plötzlich auftretende Organschädigungen hervorgerufen werden und die ohne sofortige Intervention zu schweren (bleibenden) Schäden oder dem Tod führen können. Ursächlich können Vergiftungen, schwere Verletzungen oder auch Erkrankungen sein.

Von einem psychischen Notfall ist die Rede, wenn Personen Gewalt gegen sich selbst (z. B. Selbsttötung) oder andere Personen ausüben (z. B. in Folge von Psychosen oder von Intoxikationen bei Drogenkonsum). Üblicherweise wird bei medizinischen Notfällen eine auf Individuen ausgerichtete Perspektive eingenommen (Mikro-Ebene). Die Notfallversorgung kann dann sowohl stationär wie auch ambulant durchgeführt werden. In dem einen Fall handelt es sich um die Versorgung von Personen, die etwa aufgrund von Unfällen oder schweren akuten Gesundheitsbeeinträchtigungen auf eine nicht geplante Aufnahme und Behandlung in Krankenhäusern angewiesen sind. In dem anderen Fall geht es um die Versorgungsangebote in Notfällen mit einer Komm-Struktur (z. B. in Arztpraxen, Notfallambulanzen, Rettungsstellen) oder mit einer zugehenden Struktur (aufsuchende Notfallversorgung der niedergelassenen Ärzte).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein Modell für ein gestuftes System von Notfallstrukturen an deutschen Krankenhäusern entwickelt, in dem dieses Versorgungssetting als *Nukleus der Notfallversorgung* betrachtet wird (Busch et al. 2018; Enneker-Forum-Falkenstein 2019; Hossfeld et al. 2019). Die konzeptionellen Überlegungen sind dabei im Wesentlichen auf die Versorgung individueller (medizinischer) Notfälle ausgerichtet. Die häusliche und gemeindebasierte Versorgung wird in diesem Konzept nicht erwähnt, ebenso wenig die möglichen Beiträge der Pflege als Gesundheitsprofession. Dabei sind Pflegefachpersonen (inter-) national auf vielfältige Weise an der Notfallversorgung aktiv beteiligt – vielfach mit anspruchsvollen klinischen Aufgaben. Dieser Aspekt wird weiter unten noch spezifiziert.

Mit Blick auf die Meso-Ebene umreißt Ellebrecht (2020) aus organisationssoziologischer Perspektive drei Dimensionen von Notfällen, nämlich (1) die Annahme einer evidenten Gefahr, (2) die Dringlichkeit der darauf bezogenen Kommunikation und Handlungen sowie (3) die Aussicht auf Rettung aus dieser sozialen Situation. Fehlt das letztgenannte Kriterium, dann nimmt eine soziale Situation zunehmend katastrophale Züge an (ebd.). Im Bereich der Wirtschaft, der Industrie und des Handwerks (wie allgemein der Arbeitswelt) gelten plötzlich auftretende, nicht vorhersehbare und schwerwiegende betriebliche Situationen als Notfälle, wobei auch hier das sofortige Handeln zur Abwendung von Schäden für den Betrieb und die darin tätigen Personen als wesentliches Bestimmungsmerkmal gilt (Notfallmaßnahmen). Zugleich wird dabei auch auf die Notwendigkeit zur frühzeitigen Gefahrenabwehr und zur Etablierung eines präventiven Notfallmanagements betont (siehe z. B. Arbeitsschutzgesetz). Hierbei wird meist ein Kaskadenmodell zugrunde gelegt, bei dem sich ein mehr oder weniger leicht zu behebbender betrieblicher Zwischenfall (z. B. kurzfristiger Stromausfall), zu einem Notfall (z. B. längerer Stromausfall) und dann womöglich zu einer Katastrophe mit weitreichenden Personen- und Sachschäden entwickeln kann (Schmitt 2010; VGB 2017;).

Diese Überlegungen zum betrieblichen Notfallmanagement gelten selbstverständlich auch für Gesundheitseinrichtungen, seien es nun Krankenhäuser, Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste, wobei sie in diesen Organisationen zumeist dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM) zugeordnet werden (Gastmeier et al. 2007; Güttner 2014; Adams et al. 2015). Eine Besonderheit gegenüber anderen Betrieben besteht aber darin, dass Gesundheitseinrichtungen einerseits selbst von Notfällen unterschiedlicher Art betroffen sein können, andererseits aber zugleich der Reaktion auf diese Notfälle in anderen Gesellschaftsbereichen dienen und entsprechend vorbereitet sein müssen. Dies ist bspw. durch die Vorhaltung von Notfallplänen sicherzustellen (Adams 2007, Probst et al. 2008). In der stationären und ambulanten Langzeitversorgung überprüft der Medizinische Dienst regelmäßig, ob schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement und entsprechende Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Mitarbeitenden in Notfällen vorliegen (MDS 2019, 2021).

Damit sind bereits Notfälle der öffentlichen Gesundheit angesprochen (Makro-Ebene). Bei einem solchen *Public Health Emergency* handelt es sich laut Nelson et al. (2011) um eine Situation, deren gesundheitliche Konsequenzen aufgrund ihres Ausmaßes, ihres Zeitpunkts wie auch

der Unvorhersehbarkeit ihres Auftretens das Potenzial haben, die üblicherweise zur Beantwortung dieser Situation vorgehaltenen Möglichkeiten in einer Region oder Kommune zu überlasten (Haffajee et al. 2014). Um sich auf einen solchen Notfall der öffentlichen Gesundheit vorbereiten zu können, müssen auslösende Momente und Konsequenzen gleichermaßen in den Blick genommen werden. Hierbei wird eine populationsorientierte Perspektive eingenommen und zugleich einem All-Gefahren-Ansatz („All-Hazards Approach“) gefolgt, der alle möglichen Gefahren (z. B. neue und hochinfektiöse Krankheitserreger, Epidemien oder Pandemien, technische Probleme, biologische Toxine oder Bioterrorismus) für die Bevölkerung gleichermaßen berücksichtigt (Rowney/Barton 2005; Nelson et al. 2011). In Abstimmung mit regionalen Gesundheitsbehörden werden zu diesem Zweck in vielen Ländern umfassende *Emergency Operations Plans* (EOPs) erstellt. Darin ist festgehalten, wer in einer Region was wann mit welchen Ressourcen und welchen Befugnissen vor, während und unmittelbar nach einem solchen Notfall zu erledigen hat. Solche EOPs wurden bspw. in Nordamerika seit den 2000er-Jahren vielfach in Reaktion auf zuvor eingetretene, großräumige Notfälle (z. B. in Folge von Terrorangriffen) implementiert; auch um die jeweiligen Regionen, Gemeinden und deren gesundheitlichen Infrastrukturen insgesamt resilienter zu gestalten (Smith et al. 2013; Khan et al. 2018). Auch in Deutschland gibt es regionale oder gemeindeorientierte Notfallpläne (z. B. bei Strom- und Infrastrukturausfällen, Unfällen mit gefährlichen Stoffen). Zwar werden auch dabei Gesundheitsaspekte beachtet, doch sind diese Notfallpläne nicht explizit auf Notfälle der öffentlichen Gesundheit, die verschiedenen Sektoren, Strukturen oder Angebote der Gesundheitsversorgung und deren jeweilige Leistungsfähigkeit ausgerichtet.

Für das Gebiet des *Emergency Nursing* (hier vornehmlich mit Blick auf das Krankenhaus verstanden) haben sich international mehrere Fachgesellschaften und auch Qualifikationsangebote herausgebildet<sup>2</sup>. Aufgabe von *Emergency Nurses* ist demnach die unmittelbare pflegerische Versorgung von Personen jeden Alters, die aufgrund von nicht diagnostizierten, indifferenter Problemlagen, von Traumata, Verletzungen oder schweren Erkrankungen, unter Berücksichtigung von physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Umständen, eine dringende Behandlung benötigen, um möglichst schnell stabilisiert zu werden und Linderung für ihre Symptome (z. B. Schmerzen) zu erfahren (Schriver et al. 2003; ENA 2009; Campo et al. 2016). In der Regel handelt es sich dabei international um eine *klinische Spezialisierung*, für die häufig auf Master-Niveau qualifiziert wird (basierend auf einem generalistischen Bachelorabschluss). Der Aufgaben- und Verantwortungsbereich der *Emergency Nurses* ist breit und anspruchsvoll; nicht selten reicht er weit in den von Ärzt\*innen hinein (ENA 2009, 2011; Proehl 2009). In einem irischen Rahmenwerk wird das professionelle Selbstverständnis dieser Pflegefachpersonen wie folgt spezifiziert:

*“Emergency Nurses work independently and interdependently with the multidisciplinary team to provide the optimal level of emergency nursing care that is patient focused, family centred, maximises health and social gain, promotes excellence in nursing practice and advocates for all patients who suffer sudden injury or illness. Emergency nursing practice is underpinned by expert knowledge gained through specialist education and clinical experience. It is informed by best evidence and research.” (NEMP 2017, 5)*

Welche Rolle diese Pflegeexpert\*innen allerdings bei Krisen der öffentlichen Gesundheit spielen und was sie zur Aufrechterhaltung der häuslichen und gemeindebasierten Langzeitversorgung in Katastrophenfällen beitragen können, ist basierend auf der vorliegenden Literatur schwer zu beurteilen. Dies würde eine eigenständige gezielte Recherche erfordern. Bekannt ist

<sup>2</sup> Vgl. hierzu z. B. die US-amerikanische Emergency Nurses Association (<https://www.ena.org/>), das Australian College of Emergency Nursing (<https://acen.com.au/>) oder die kanadische The Emergency Nurses Association of Ontario (<http://www.enaom.ca/>). Das britische Royal College of Nursing und die dortige RCN Emergency Care Association (<https://www.rcn.org/uk/get-involved/forums/emergency-care-association>) haben ein nationales Curriculum zu diesem Thema vorgelegt, in dem auch Karrierepfade für Notfallpflegefachpersonen dokumentiert sind (RCN 2017).

lediglich, dass sich *Emergency Nurses* durchaus auch mit Fragen der Versorgung vulnerabler Populationen sowie mit den Möglichkeiten der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen befassen (ex. Schriver et al 2003; Purdy 2010; Hammad et al. 2012; Jones et al. 2018; Brickman/Silvestri 2020). In Deutschland bildet sich die *Notfallpflege* i. S. einer klinischen Spezialisierung erst allmählich heraus. Die Fachgruppe Notfallpflege der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. hat für dieses Spezialgebiet eine recht allgemein gehaltene und noch wenig differenzierte Definition vorgelegt: „*Notfallpflege wird durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ausgeübt, welches die Notfallpatienten allein oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen versorgt und betreut.*“ (Alvarez et al. 2014). Von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde eine auf dieses Aufgabengebiet ausgerichtete Fachweiterbildung für Pflegefachpersonen entwickelt, die von ihren Strukturen und ihrer Ausrichtung vornehmlich auf das Krankenhaus ausgerichtet ist (DKG 2019a, b). Hinweise auf eine Auseinandersetzung der deutschen Notfallpflege mit den hier interessierenden Fragen einer prioritär häuslichen und gemeindebasierten Versorgung bei unterschiedlichen Alltagsstörungen sind nicht auszumachen.

### 3.1.3 Katastrophe, Katastrophenmanagement, Katastrophenvorsorge

Auch der Begriff *Katastrophe* (engl.: Disaster) wird in der Literatur uneinheitlich verstanden. Zuweilen wird er bedeutungsgleich mit dem Begriff *Notfall* verwendet – z. B. im Zusammenhang mit regionalen biologischen und technischen Gefahrensituationen oder bei nationalen Notfällen der öffentlichen Gesundheit (z. B. Pandemien). Ganz allgemein werden unvorhergesehene, schicksalshafte und dramatisch erlebte Ereignisse mit schweren, weitreichenden und negativen Auswirkungen als Katastrophen bezeichnet, z. B. solche, bei denen zahlreiche Menschen zu Schaden kommen oder gar ihr Leben verlieren (Wigger 2020). Dies kommt auch in der Definition von *Disaster* des US-amerikanischen Roten Kreuzes zum Ausdruck:

*“A threatening or occurring event of such destructive magnitude and force as to dislocate people, separate family members, damage or destroy homes, and injure or kill people. A disaster produces a range and level of immediate suffering and basic human needs that cannot be promptly or adequately addressed by the affected people, and impedes them from initiating and proceeding with their recovery efforts.” (American Red Cross 2003; adapted and cited by Stangeland 2010, 422)*

In dieser Definition werden konkrete Ereignisse aufgeführt, die das Risiko für die angesprochenen Personen- und Sachschäden, von denen eine große Anzahl an Menschen betroffen ist, erzeugen können. In deutschsprachigen Fachkreisen werden daher auch Begriffe wie *Schadensereignis* oder *Großschadensereignis* als Synonyme für den Begriff *Katastrophe* bzw. *Disaster* verwendet. Das für derartige Ereignisse in Deutschland zuständige Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) versteht unter einer Katastrophe ein Geschehen,

*„bei dem Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen oder die natürlichen Lebensgrundlagen oder bedeutende Sachwerte in so ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder geschädigt werden, dass die Gefahr nur abgewehrt oder die Störung nur unterbunden und beseitigt werden kann, wenn die im Katastrophenschutz mitwirkenden Behörden, Organisationen und Einrichtungen unter einheitlicher Führung und Leitung durch die Katastrophenschutzbehörde zur Gefahrenabwehr tätig werden“ (BBK 2018, 29).*

Ein ähnliches Begriffsverständnis findet sich auch im Glossar des Büros für Katastrophenrisikoreduktion der Vereinten Nationen (engl.: *United Nations Office for Disaster Risk Reduction* – kurz: UNDRR). Demnach handelt es sich bei einer Katastrophe um eine ernsthafte Störung einer funktionierenden Gemeinschaft oder Gesellschaft aufgrund gefährlicher Ereignisse, die in einer komplexen Wechselwirkung mit Expositions-, Anfälligkeits- und Kapazitätsaspekten stehen. Solche Katastrophen können ein beliebiges Ausmaß annehmen und lokal und zeitlich begrenzt oder auch global und andauernd sein. Vielfach sind sie folgenreich und gehen mit Schäden und

Verlusten an Menschenleben, Material, Wirtschaftskraft und Umwelt oder mit massiven negativen Auswirkungen darauf einher. Katastrophen können sowohl durch die eingetretenen unmittelbaren Schäden (engl.: *Disaster Damage*) wie auch durch deren Folgen (engl.: *Disaster Impact*) vorhandene Ressourcen und Möglichkeiten einer Gemeinschaft oder Gesellschaft derart stören, belasten oder überstrapazieren, dass gezielte Unterstützung durch nationale oder internationale Organisationen erforderlich wird (UNDRR 2015).

Nicht zuletzt deshalb sind im Zusammenhang mit Katastrophen sowie der darauf ausgerichteten Management- und Vorsorgemaßnahmen internationale Vereinbarungen und Konzepte von zentraler Bedeutung – darunter etwa das Sendai Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015-2030 der Vereinten Nationen (engl.: *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*, UNDRR 2015; deutsche Version: BBK 2019). Es wurde 2015 auf der dritten Weltkonferenz der Vereinten Nationen über die Verringerung des Katastrophenrisikos in Sendai (Japan) verabschiedet. In Deutschland wurde 2017 beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) inzwischen eine Nationale Kontaktstelle zur Umsetzung dieser internationalen Vereinbarung eingerichtet. An dieser Stelle im Detail auf dieses Rahmenwerk, seine Leitprinzipien, Priorisierungen, Maßnahmen oder auf deren Umsetzung in Deutschland und anderen europäischen Ländern einzugehen, würde den hier gesetzten Rahmen übersteigen. Lediglich das zugrunde liegende Katastrophenverständnis und die Bedeutung der Katastrophenvorsorge im Kontext der Gesundheitsversorgung sollen kurz angesprochen werden, da sie für die weiteren Forschungsaktivitäten im Rahmen von AUIK relevant sind.

Katastrophen werden im Sendai Rahmenwerk Bezug nehmend auf die zuvor genannte Definition des Büros für Katastrophenrisikoreduktion der Vereinten Nationen nach den folgenden vier Kriterien unterschieden, wobei die jeweils unterschiedlichen Auswirkungen und ggf. Verkettungen zu berücksichtigen sind (siehe **Abbildung 11**).

<b>Reichweite</b>	kleinräumige Katastrophen, die von lokalen oder regionalen Gemeinschaften bewältigt werden können oder großräumige Katastrophen, für deren Bewältigung (inter-)nationale Unterstützung notwendig ist
<b>Auftreten</b>	regelmäßig oder unregelmäßig, plötzlich oder schleichend auftretende Katastrophen mit ihren je eigenen Charakteristika und Folgen
<b>Ursache</b>	Naturkatastrophen, z. B. Überschwemmungen und Erdbeben, oder von Menschen verursachte Katastrophen, z. B. Terrorakte
<b>Art</b>	umweltbezogene Katastrophen (z. B. anhaltende Dürren), technische Katastrophen (z. B. Stromausfälle), biologische Katastrophen (z. B. Pandemien)

**Abbildung 11:** Kriterien zur Unterscheidung von Katastrophen (UNDRR 2015; BBK 2019)

Diese unterschiedlichen Formen von Katastrophen in den Blick zu nehmen und zu einem besseren Verständnis des Katastrophenrisikos in den verschiedenen Weltregionen beizutragen, ist ein Ziel des Rahmenwerkes. Ein weiteres Ziel besteht darin, Schäden an kritischen Infrastrukturen sowie die Unterbrechung der Grundversorgung, einschließlich der Funktionsfähigkeit von Gesundheits- und Bildungseinrichtungen, infolge von Katastrophen bis zum Jahr 2030 deutlich zu verringern. Dies soll bspw. durch ein verbessertes Katastrophenmanagement (engl.: *Disaster Management*) auf allen Ebenen sowie in und zwischen allen Sektoren ermöglicht werden. Zugleich sollen Maßnahmen in Richtung einer gezielten Katastrophenvorsorge (engl.: *Disaster Preparedness*) auf nationaler und lokaler Ebene ergriffen werden. Konkret wird in dem Dokument als wichtig erachtet, „die Widerstandsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme zu verbessern“, indem das Thema Katastrophenvorsorge gezielt „in die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung“ integriert, die „Fähigkeit des Gesundheitspersonals, Katastrophenrisiken zu verstehen und Konzepte der Katastrophenvorsorge in der Gesundheitsarbeit an-

zuwenden und umzusetzen“ ausgebaut, „Konzepte der Katastrophenvorsorge in der Gesundheitsarbeit“ angewendet und „die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure in den Gemeinwesen“ gefördert wird (BBK 2019, 18).

In zahlreichen Verlautbarungen von internationalen Institutionen und Organisationen sind ähnliche Überlegungen zu Katastrophen, deren Management und Vorsorge zu finden<sup>3</sup>. Die Weltgesundheitsorganisation konzentriert sich dabei ihrem Auftrag entsprechend vor allem auf gesundheitliche Belange und fordert in ihrem *Health, Emergency and Disaster Risk Management Framework* (WHO 2019) mehr Engagement von Politik, Berufsverbänden und Zivilgesellschaft, um die gesundheitliche Situation in den verschiedenen Weltregionen zu optimieren, gesundheitliche Ungleichheit zu vermeiden und die Resilienz der Gesundheitssysteme gegenüber Katastrophen zu erhöhen. Zuvor bereits hatte sie diesbezüglich in dem Papier *Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals* (WHO 2017) bereits zwischen der individuellen Resilienz, der Resilienz sozialer Gemeinschaften und der Resilienz von (Gesundheits-)Systemen unterscheiden. Zudem wurde zwischen adaptiver, absorptiver, antizipierender, und schließlich transformativer Resilienz differenziert. Letztere zielt hauptsächlich auf soziale Systeme – wie etwa Gesundheitssysteme – und deren Fähigkeit zur Strukturveränderung, womit sie Unsicherheiten und Wandlungsprozessen flexibler begegnen können. Eben diese Fähigkeit ist angesichts von Katastrophen in besonderer Weise gefordert und daher durch geeignete Maßnahmen präventiv zu stärken (ebd.). Zugleich aber muss es laut der WHO auch darum gehen, Risiken durch entschlossenes und abgestimmtes Handeln bereits im Vorfeld zu minimieren. Wörtlich heißt es:

*“All countries require multidisciplinary and multisectoral policies, strategies and related programmes to reduce health risks of emergencies and disasters and their associated consequences.”* (WHO 2019, xi)

Gefordert wird ein umfassendes Risikomanagement (engl.: *Emergency and Disaster Risk Management*, EDRM), um Gesundheitssysteme künftig besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereiten zu können. Dafür sind jedoch einige Perspektivenveränderungen erforderlich (siehe **Abbildung 12**). Sie sind in den vorstehenden Ausführungen zum Thema (Patienten-)Sicherheit bereits angeklungen und sollen aufgrund ihrer Relevanz für das AUIK-Projekt hier noch einmal kurz übersichtsartig dargestellt werden (ausführlich dazu: WHO 2019).

<b>von</b>	ereignisbasierten Zugängen	<b>zu</b>	risikobasierten Zugängen
	reaktivem Handeln		proaktivem Handeln
	einem Einzelgefahr-Ansatz		einem All-Gefahren-Ansatz
	einem Fokus auf Gefahren		einem Fokus auf Vulnerabilität und Kapazitäten
	einzelnen Organisationen		der gesamten Gesellschaft
	getrennten Verantwortlichkeiten		geteilten Verantwortlichkeiten von Gesundheitssystemen
	einem Fokus auf Reaktionen		einem Risikomanagementansatz
	der Planung <u>für</u> Gemeinschaften bzw. Gemeinden		der Planung <u>mit</u> Gemeinschaften bzw. Gemeinden

**Abbildung 12:** Perspektivenänderungen bei einem Notfall- und Katastrophenrisikomanagement (EDMR) – gemäß WHO (2019, 5; eigene Übersetzung, Adaption)

<sup>3</sup> Beispielsweise CRED – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (<https://www.crrred.be>), IDRM – International Institute for Disaster Risk Reduction (<http://www.idrmhome.org>), ISDR – International Strategy for Disaster Reduction (<https://www.unisdr.org>), UNDRR – United Nations Office for Disaster Risk Reduction (<https://www.undrr.org>), WHO – World Health Organization (<https://www.int>)

Das deutsche Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) versteht unter Katastrophenvorsorge

*„alle Maßnahmen des Staats, von Hilfsorganisationen, der Gesellschaft und jedes Einzelnen, die mit dem Ziel der Verringerung des Katastrophenrisikos und der Abschwächung von Katastrophenfolgen durchgeführt werden.“ (BBK 2018, 32).*

Die Kooperation verschiedener Akteur\*innen und die Zusammenführung ihrer jeweiligen Kompetenzen wird dabei nicht explizit erwähnt, ebenso wenig die Notwendigkeit zur Resilienzförderung oder andere der zuvor angesprochenen Perspektivenveränderungen. Allerdings dürften auch diese Überlegungen von Seiten des BBK und anderer auf diesem Gebiet tätiger Institutionen und Organisationen aufgegriffen und mitbedacht werden. Denn multisektorale und multidisziplinäre, auf Kooperation und Integration verschiedener Perspektiven und Kapazitäten zielende Zugänge erscheinen vielversprechend, um künftig auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene besser mit Katastrophen und deren Begleiterscheinungen umgehen sowie um Risiken frühzeitig identifizieren und die gesamte Gesellschaft wie auch deren Gesundheitssystem resilienter aufstellen zu können.

Es bleibt an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die ambulante Pflegeinfrastruktur und die häusliche Langzeit- und Intensivversorgung in den zuvor erwähnten internationalen Rahmenwerken, Konzepten und Papieren zum Katastrophenmanagement und zur Katastrophenvorsorge nicht explizit benannt werden. Auch die Rolle der Pflege (als Gesundheitsprofession) wird darin nicht ausdrücklich thematisiert. Das dürfte darauf zurückzuführen sein, dass diese Publikationen oft universell ausgerichtet sind und eine größtmögliche Adressatengruppe berücksichtigen wollen. Dabei beziehen sie sich selten explizit auf konkrete Kontextbedingungen oder Gruppen von Akteur\*innen. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch (a) die pflegerische Langzeitversorgung als ein wesentlicher Bestandteil der nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme und (b) die Pflege als zentraler, auf allen Ebenen und in allen Sektoren verteilter professioneller Akteur, in die multiperspektivischen, multisektoralen und multidisziplinären Initiativen einbezogen sind. Zugleich wird in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen, dass sich die Pflege durch die zuvor erwähnten Rahmenwerke, Konzepte und Papiere zum Katastrophenmanagement und zur Katastrophenvorsorge angesprochen fühlen und die darin enthaltenen Prinzipien und Strategien auf ihre Aufgaben- und Verantwortungsbereiche übertragen sollte. Wie genau dies geschieht und wie der Erkenntnisstand zu diesem Thema ist, soll im Folgenden anhand von pflegewissenschaftlichen Publikationen etwas eingehender betrachtet werden. Die hier vorgenommenen begrifflichen Eingrenzungen und die zuvor skizzierten Überlegungen zu Krisen, Notfällen und Katastrophen sind dabei stets mitzudenken.

### 3.1.4 Disaster Nursing – Pflege bei Katastrophen

Wenn gleich das Thema derzeit eine hohe Konjunktur durchläuft und es zahlreiche einschlägige Publikationen dazu gibt, konnte in den vorliegenden Quellen keine international konsentrierte Definition von *Disaster Nursing* gefunden werden. Häufiger zitiert wird jedoch die folgende, eher allgemein gehaltene Begriffserklärung:

*„Disaster nursing can be defined as the adaption of professional nursing skills in recognizing and meeting the nursing, physical, and emotional needs resulting from a disaster. The overall goal of disaster nursing is to achieve the best possible level of health for the people and the community involved in a disaster.“ (Santamaria 1995, 392)*

Konkret geht es dabei also um die Adaption genereller Pflegekompetenzen auf die sich aus einer Katastrophe ergebenden Bedarfe mit dem Ziel, das bestmögliche Gesundheitsniveau für die involvierten Individuen und Gemeinschaften zu erzielen. In anderen Publikationen wird spezifiziert, dass allgemeine Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten dieser Gesundheitsprofession systematisch und flexibel genutzt werden sollen, um im Katastrophenfall eine große

Spannbreite an Aufgaben wahrnehmen zu können, die erforderlich sind, um drohende Schäden an Leib und Leben Einzelner oder der Bevölkerung abwenden oder bereits verursachte Schäden in ihren Wirkungen zu reduzieren (Veneema 2018). Zu den zentralen Aufgaben der Katastrophenpflege gehört dann

- das rasche Erfassen der Situation und des Bedarfs an pflegerischer Hilfe,
- die Triage und die sofortige Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen,
- die ausgewählte Nutzung essenzieller Pflegeinterventionen und die Beendigung als nicht essenziell zu betrachtender Pflegemaßnahmen,
- die Evaluation der Umgebungsbedingungen und die Minderung oder Beseitigung möglicher Gesundheitsgefahren,
- die Prävention von Unfällen oder Erkrankungen (z. B. Reduzierung von Infektionsrisiken),
- die Koordination verschiedener Helfer\*innen, Materialien und Transportmöglichkeiten,
- die Unterweisung, Supervision und Einsatzplanung für Fachpersonal und Helfer\*innen im Einsatzfall sowie
- schließlich die gezielte Ansprache, psychosoziale Unterstützung und emotionale Begleitung von Geschädigten, deren Angehörigen oder – im Bedarfsfall – auch von Kolleg\*innen und Helfer\*innen (Veneema 2018).

An anderer Stelle ist zu den mit diesen zahlreichen Aufgaben und Aktivitäten verbundenen Zielsetzungen der Katastrophenpflege zu lesen:

*“The goal of disaster nursing is ensuring that the highest achievable level of care is delivered through identifying, advocating, and caring for all impacted populations throughout all phases of a disaster event, including active participation in all levels of disaster planning and preparedness. Disaster nursing provides this care, advocacy, and promotion of health within the context of a disaster.” (Powers/Daily 2010, 3)*

Pflegende engagieren sich demnach in allen Phasen von Katastrophen – angefangen von der Vorsorge über der Bewältigung bis hin zur Nachsorge – für das jeweils höchste, erreichbare Versorgungsniveau sowie die kustodiale Interessenvertretung, Gesundheitsförderung und Partizipation der von Katastrophen betroffenen Menschen. Dabei wird in der Literatur immer wieder angemerkt, dass die Wahrnehmung der pflegerischen Aufgaben und die Verfolgung dieser Ziele unter spezifischen Kontextbedingungen erfolgen müssen. Es sind Bedingungen, in denen ansonsten verfügbare Hilfsmittel, (technische) Ausrüstung und Versorgungseinrichtungen mit samt ihrer Ausstattung aufgrund unterschiedlicher Ursachen nur in begrenztem Umfang oder überhaupt nicht (mehr) ausreichend verfügbar sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit für ein hohes Maß an Flexibilität, Kreativität und schließlich auch einer engen Kooperation und Koordination mit anderen Helfer\*innen, die allesamt unter vergleichbar erschwerten Bedingungen tätig sind. Eine der Pionierinnen auf dem Gebiet des *Disaster Nursing* hat diese Mission der Pflege in prägnanter Weise wie folgt zusammengefasst:

*“Doing the best for the most, with the least, by the fewest.” (Veneema 2013, 231)*

Anders als beim zuvor bereits erwähnten *Emergency Nursing* bzw. der Notfallpflege ist das *Disaster Nursing* bzw. die Katastrophenpflege also nicht in erster Linie auf das Krankenhaus oder ähnlich vorbereitete und ausgestattete klinische Settings ausgerichtet. Vielmehr geht es um die Realisierung pflegerischer Aufgaben unter erschwerten Bedingungen und in eigentlich für eine anspruchsvolle Gesundheits- und Krankenversorgung ungeeigneten Settings (z. B. in Turnhallen, Gemeindehäusern, Einkaufszentren). Dies hat dann auch Konsequenzen für die Einhaltung üblicher Qualitäts- und Leistungsstandards der pflegerischen Arbeit, weshalb den zuvor erwähnten *Crisis Standards of Care* in diesem Kontext besondere Bedeutung zukommt.

In einigen Fällen wird das Selbstverständnis von Pflegefachpersonen mit Blick auf Katastrophen in der Literatur noch etwas breiter gefasst. Dabei wird das *Disaster Nursing* dann zugleich mit

dem weiter oben vorgestellten populations- und gemeindeorientierten *Public Health Nursing* und *Community Health Nursing* in Verbindung gebracht wird:

*“Nurses have unique skills for all aspects of disaster to include assessment, priority setting, collaboration, and addressing both preventive and acute care needs. In addition, public health nurses have a skill set that serves their community well in disaster to include health education and disease screening, mass clinic expertise, an ability to provide essential public health services, community resource referral and liaison work, population advocacy, psychological first aid, public health triage, and rapid needs assessment.”*  
(Hassmiller/Stanley 2012)

Deutlich wird an diesem Zitat, dass es beim *Disaster Nursing* nicht allein um klinische Aufgaben im Zusammenhang mit der Akut- und Notfallversorgung von Menschen unter besonders erschwerten Bedingungen geht. Ebenso relevant sind die vorausschauende Planung, Edukation sowie Netzwerkbildung auf einer populationsbezogenen Ebene und in einem definierten sozialräumlichen Kontext (z. B. einer konkreten Gemeinde oder Region) mit dem Ziel der besseren Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen (ex. Magnaye et al. 2011).

Für den deutschsprachigen Raum bringt Sauer (2012) den Begriff *Disaster Nursing* mit dem „Mitwirken von Pflegenden in allen Phasen von Katastrophen“ in Verbindung, wobei er ausdrücklich auch die Präventionsarbeit – sprich die Katastrophenvorsorge – berücksichtigt sehen will. Dabei rekurriert er auf Überlegungen des internationalen Berufsverbandes (ICN 2019). Ähnlich definieren Vertreter\*innen des Berner Bildungszentrum Pflege (2019) die Rolle der Pflege im Katastrophenfall, wobei sie vornehmlich spezielle Weiterbildungsangebote im Blick haben. Sie betonen, dass Pflegefachpersonen in der Lage sein sollten, „den Bedarf an pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen aus Sicht der Notfall- und Katastrophenmedizin zu erkennen und in ärztlicher Delegation sowie interdisziplinärer und interkultureller Zusammenarbeit auszuführen.“ Insgesamt kommt in den deutschen Publikationen ein dem ärztlichen Bereich nachgeordnetes Selbst- und Aufgabenverständnis der Pflege zum Ausdruck, das in dieser Form in den internationalen Publikationen nicht zu finden ist. Dies dürfte mit der deutlich größeren Autonomie verbunden sein, die der Pflege in vielen anderen Ländern zugestanden wird – nicht allein in Katastrophenfällen. Auch das eher populationsorientierte, an *Public Health*- und *Community Health-Ansätzen* orientierte Verständnis von *Disaster Nursing* wird in den deutschsprachigen Diskursen vermisst. Eben dies könnte sich aber für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema im AUPIK-Projekt und mit Blick auf die Förderung der Resilienz der ambulanten Pflegeinfrastruktur als besonders nützlich und zielführend erweisen.

### 3.2 Disaster Nursing – Stand der Erkenntnisse

Bei der Auseinandersetzung mit der Literatur zum *Disaster Nursing* wird deutlich, dass unter dieser Überschrift unterschiedliche Themen subsumiert und diskutiert werden, darunter

- (1) die Auseinandersetzung mit Katastrophen, ihren Folgen und der Möglichkeit ihrer Bewältigung in der Pflege sowie die Gesamtheit der bei einer Katastrophe von ihr zu bewältigenden Herausforderungen (Modelle/konzeptionelle Dimensionen);
- (2) Erfahrungen mit der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Krisen- und Katastrophenfällen in der Akut- und Langzeitversorgung durch Pflegefachpersonen und daraus resultierende Schlussfolgerungen (Erfahrungen/Versorgungsdimensionen);
- (3) die Art und das Ausmaß der Vorbereitung jeder einzelnen Pflegefachperson (sowie ggf. anderer Pflegenden) auf Krisen und Katastrophen und auf die in diesen Kontexten von ihnen zu erfüllenden Aufgaben (Qualifizierung/Bildungsdimensionen);
- (4) die Spezialisierung der Pflege auf das *Disaster Nursing* zur Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema und die Positionierung der Profession im öffentlichen Katastrophendiskurs (Professionspolitische Dimensionen).

Nicht selten werden diese Themen ineinander verschränkt und gleichzeitig bearbeitet, was eine Zuordnung und systematische Aufbereitung der in der Literatur dokumentierten Erkenntnisse erschwert. Dennoch soll im Folgenden versucht werden, wesentliche thematische Linien zu den verschiedenen Dimensionen des *Disaster Nursing* nachzuzeichnen, wobei lediglich die für das AUPIK Projekt relevant erscheinenden Aspekte dargestellt werden sollen und können.

### 3.2.1 Konzeptionelle Dimensionen

In der Literatur zum *Disaster Nursing* werden vielfach konzeptionelle Fragen bearbeitet, darunter etwa (a) zum Verständnis von Krisen, Notfällen und Katastrophen und ihrer Relevanz für die Pflege, (b) zu allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen und Trends, die dabei zu berücksichtigen sind sowie (c) zu Interventionskonzepten und wissenschaftlichen Positionen zu Fragen der Vorsorge, Bewältigung und Nachsorge von Krisen, Notfällen und Katastrophen in diversen Settings, unter heterogenen Bedingungen und auf unterschiedlichen Ebenen. Einiges davon ist in den vorstehenden Ausführungen bereits dokumentiert worden. Daneben gibt es aber auch einige Publikationen, die das Selbst- und Aufgabenverständnis der Pflege in diesem Zusammenhang sowie Fragen der Modellentwicklung thematisieren und reflektieren.

Überwiegend aus einer normativen Perspektive heraus wird dabei betont, dass alle in der Pflege tätigen Personen ein grundsätzliches Verständnis für Krisen, Notfälle und Katastrophen entwickeln und deren Ursprünge, Ausprägungen, Begleiterscheinungen und Auswirkungen auf ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich verstehen sollten. Zudem wird erwartet, dass sich die Gesundheitsprofession darauf einstellt, mit solchen Ereignissen künftig häufiger konfrontiert zu werden. Die Spannweite reicht dabei von medizinischen Notfällen mit einem Massenansturm von Verletzten (ex. Fredricks et al. 2017; Samah et al. 2019) über Extremwetterlagen und Naturkatastrophen (ex. Dent et al. 2015; Davidow et al. 2016), regional begrenzten Ausbrüchen von Infektionskrankheiten bis hin zu globalen Pandemien (ex. Madad et al. 2020), von technischen Unfällen in Atomanlagen oder Chemiewerken (ex. Kako et al. 2018; Horikoshi et al. 2020) über Gewaltverbrechen und Terrorakte (ex. Rowney/Barton 2005; Carter/Gaskins 2010) bis hin zu kriegerischen Auseinandersetzungen im In- und Ausland (ex. Noguchi et al. 2016). Stets wird argumentiert, dass Krisen, Notfälle und Katastrophen im Hinblick auf damit in Verbindung stehende Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Auswirkungen für Einzelne und Gemeinschaften bewusst(er) wahrgenommen und mit entsprechend vorausschauenden pflegerischen Konzepten und Strategien beantwortet werden sollten.

Geht es um konzeptionelle Dimensionen des *Disaster Nursing* wird in der Literatur oft auf zuvor erwähnte internationale Rahmenwerke Bezug genommen, darunter z. B. das Sendai Framework (UNDDR 2015), Veröffentlichungen der WHO (2019) oder des internationalen Berufsverbandes der Pflegenden (ICN 2019). Sie scheinen in der internationalen Pflegewissenschaft bekannt und verbreitet zu sein. Zugleich aber wird beklagt, dass sie in der Pflegepraxis oft unzureichend aufgegriffen und implementiert werden. Um diesem Desiderat zu begegnen, werden Aufklärungs-, Informations- und Bildungsinitiativen, aber auch eine stärkere Vernetzung mit Partner\*innen im Katastrophenschutz für notwendig erachtet (ex. Veenema et al. 2016). Zuweilen sind in der Pflege aber auch eigenständige konzeptionelle Überlegungen zur (wachsen- den) Bedeutung von Katastrophen und der Rolle der Pflege dabei sowie erste Initiativen zur Modellentwicklung auszumachen (ex. Veenema 2018). Vielfach stützen sich diese auf Regelkreislaufmodelle, bspw. auf den seit den 1970er Jahren bekannten Katastrophen-Management-Zyklus, bestehend aus *Prevention, Mitigation, Preparedness, Response, and Recovery* (Coetzee/Van Niekerk 2021). Da es sich auch beim Pflegeprozess, dem Diagnose-Therapie-Zirkel oder dem *Public Health Action Cycle* um derartige Regelkreislaufmodelle handelt, gelten diese konzeptionellen Überlegungen in der Pflege als gut vereinbar. Ein Beleg hierfür ist u. a. das *Disaster Management Continuum* von Veenema (2018).

In einer systematischen Übersichtsarbeit haben Pourvakhshoori et al. (2015) gezielt nach Modellen zum *Disaster Nursing* recherchiert. Sie konnten in der Literatur (englisch/persisch) sieben Modelle identifizieren. Diese weisen einige Gemeinsamkeiten auf, unterscheiden sich zugleich aber hinsichtlich des Kontextes, der Zielsetzung, der Ausrichtung und der Reichweite z. T. deutlich voneinander (siehe **Abbildung 13**).

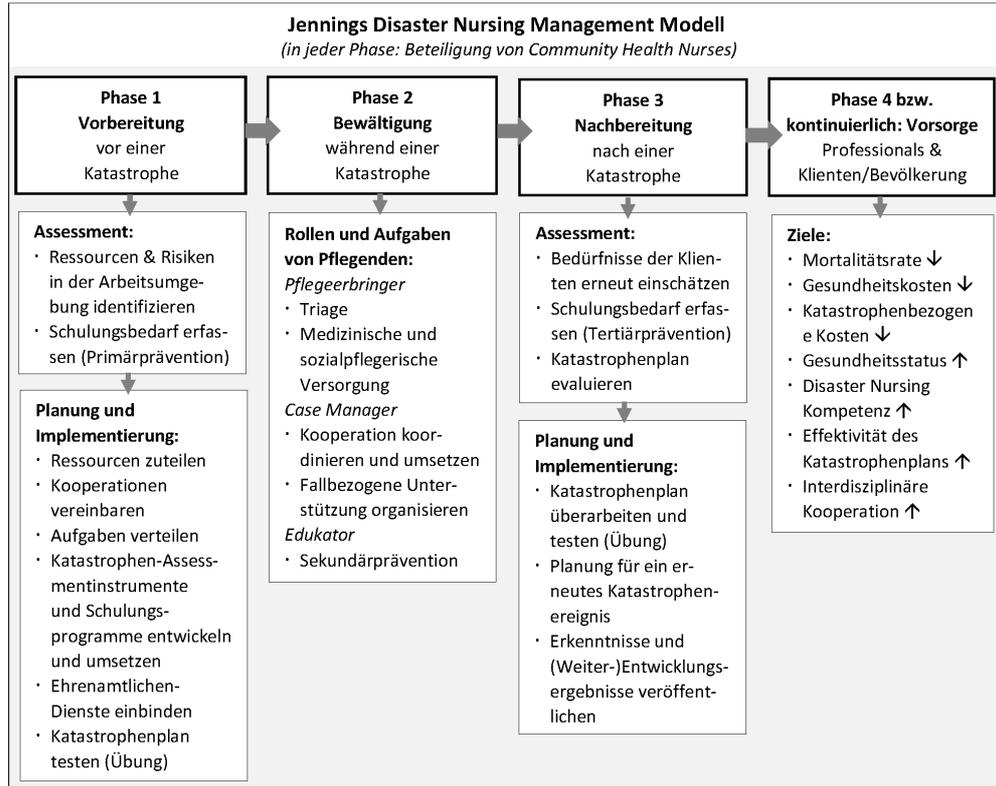
Modell	Erstautor/in	Jahr	Ausrichtung (Land)
Disaster Nursing Management Model	Jennings-Sanders, Andrea	2004	Gemeindegesundheitspflege (Community Health Nursing), Phasenmodell, Curriculumentwicklung (USA)
Military Nursing Model	Wynd, Christine A.	2006	Erstreaktion, militärischer Kontext, Einsatz bei gewalttätigen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

**Abbildung 13:** *Disaster Nursing* Modelle (basierend auf Pourvakhshoori et al. 2015 und erweitert)

Das inzwischen recht populäre *Disaster Nursing Management Model* wurde von Jennings-Sanders et al. (2004; 2005) zunächst als Orientierung für die Curriculumentwicklung erarbeitet. Es nimmt das *Community Health Nursing* in den Blick und veranschaulicht anhand eines Phasenmodells die von der Pflege in Kooperation mit anderen Akteur\*innen in der Gemeinde bzw. Kommune wahrzunehmenden Aufgaben vor, während und nach einer Katastrophe sowie die davon zu erwartenden Effekte auf einer Individuen- und Populationsebene (ebd.; deutschsprachige Adaption durch Sauer 2012; siehe umseitig **Abbildung 14**).

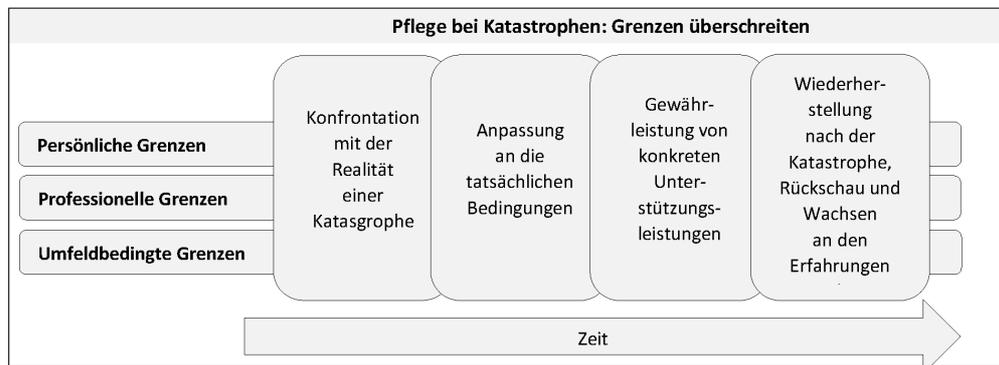
Andere Bedingungen werden bei dem von Wynd (2006) entwickelten *Military Disaster Nursing Model* berücksichtigt, nämlich vor allem gewaltgeneigte und feindliche Kontexte. Das Modell fokussiert auf die Rolle der Pflege bei der (eigenen) Überlebenssicherung, beim Retten von Verletzten sowie auf die Aufrechterhaltung der Notversorgung in Feldlazaretten oder vergleichbar gefährlichen Settings. Dagegen ist das *San Diego Model of Disaster Nursing* (Blake et al. 2012) dezidiert auf die Situation in der US-amerikanischen Langzeitpflege ausgerichtet. Es wurde basierend auf Erfahrungen mit konkreten Extremwetterereignissen und Umweltkatastrophen in San Diego County entwickelt und misst der Kommunikation und Kooperation zwischen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und anderen Partnern in den Gemeinden oder im Katastrophenschutz besondere Bedeutung bei. Dabei wird auch eine ggf. notwendige Evakuierung in den Blick genommen (ebd.). Dieser Aspekt erfährt auch in dem *Nursing Homes Evacuation Model* (Dobalian et al. 2010) Beachtung, das ebenfalls auf diesen Versorgungsbereich zielt und

in dem insbesondere Aspekte der Entscheidungsfindung reflektiert werden. Dieser letztgenannte Aspekt bildet auch den Kern des *Disaster Nursing Decision Making Model* (Powell-Young 2006), wobei nicht allein klinische, sondern auch ethische Überlegungen und Entscheidungsfindungsprozesse berücksichtigt werden (etwa in Verbindung mit der Triage).



**Abbildung 14:** Jennings *Disaster Nursing Management Modell* (Jennings-Sanders 2009, modifizierte Darstellung nach Übersetzung nach Sauer 2012)

Über die Ergebnisse des Reviews von Pourvakhshoori et al. (2015) hinausgehend konnte in der Literatur noch ein achttes Modell identifiziert werden, das aus Schweden stammende *HOPE Model for Disaster Nursing* von Hugelius/Adolfsson (2019) (siehe **Abbildung 15**). Die Autorinnen konzipieren darin die Pflege bei Katastrophen als eine Grenzüberschreitung (*Crossing Borders*), womit sie konkret persönliche, professionelle und umweltbezogene Grenzen meinen.



**Abbildung 15:** HOPE-Modell für die Pflege bei Katastrophen (mod. nach Hugelius/Adolfsson 2019, eigene Übersetzung)

Pflegende nehmen in dem Zusammenhang Aufgaben wahr, die von der Konfrontation mit der Realität einer Katastrophe („*being hit by reality*“) über die Anpassung an die tatsächlichen Bedingungen („*adapting to the conditions*“) und die Gewährleistung von konkreten Unterstützungsleistungen („*providing aid, relief, caring*“) bis hin zur Wiederherstellung nach der Katastrophe reichen („*revocer, remember, growing*“). Das Akronym HOPE steht dabei für ein ganzheitliches Modell der Katastrophenpflege („*Holistic health assessment and promotion; Organization and management of immediate response; Professional adaptation; Endurance and recovery*“), das universell ausgerichtet und sowohl auf die pflegerische Versorgung wie auch auf die Bildungsarbeit und Forschung anwendbar sein soll (Hugelius/Adolfsson 2019).

Unabhängig von normativen Vorgaben in Rahmenwerken, von auf Regelkreisläufen basierenden Managementansätzen oder aus der Disziplin heraus entwickelten Modellen wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur wiederholt auf die Notwendigkeit einer intensiveren theoretischen Auseinandersetzung mit dem *Disaster Nursing* und seinen Dimensionen hingewiesen. Dies soll innerhalb der Gesundheitsprofession zu einem besseren Verständnis von Voraussetzungen, Strukturen, Prozessen und Auswirkungen von Krisen, Notfällen und Katastrophen führen und dazu beitragen, unter erschwerten Umständen in der pflegerischen Versorgung bessere (Gesundheits-)Ergebnisse für Individuen und soziale Gemeinschaften erzielen zu können.

### 3.2.2 Versorgungsdimensionen

Pflegefachpersonen (und andere Pflegende) sind in ihren diversen Tätigkeitsbereichen immer öfter mittel- oder unmittelbar von den Auswirkungen von Krisen, Notfällen und Katastrophen betroffen. Aus diesem Grund finden sich in der einschlägigen Literatur zahlreiche Erfahrungsberichte, Reflexionen und auch einige Fallstudien. Sie stammen überwiegend aus Weltregionen, die häufiger von derartigen Ereignissen heimgesucht werden – seien es Naturkatastrophen (z. B. Extremwetterereignisse, Erdbeben, Tsunamis; ex. George et al. 2017, Yamamoto 2008), technisch bedingte Katastrophen (z. B. Reaktorunfälle, Stromausfälle; ex. Horikoshi et al. 2020) oder von Menschen verursachte Katastrophen (z. B. Terroranschläge, Bürgerkriege; ex. Carter/Gaskins 2010). Der überwiegende Teil der Erfahrungsberichte stammt aus dem Asien-Pazifik-Raum oder aus Nord-, Mittel- und Südamerika. Aus Europa und insbesondere dem deutschsprachigen Raum liegen deutlich weniger Arbeiten zu diesen Themen vor.

In den einschlägigen Arbeiten rücken sowohl einzelne Versorgungssettings wie auch allgemeine Aspekte der Gesundheitsversorgung in Gemeinden und Regionen ins Blickfeld (ex. Baker et al. 2012; Eisenman et al. 2014; Links et al. 2018). Aber auch die erschwerte Versorgungssituation einzelner Bevölkerungsgruppen in Krisen- und Katastrophenfällen wird beleuchtet – insbesondere von solchen, die als vulnerabel gelten, darunter Kinder, Jugendliche oder Schwangere (ex. Baker et al. 2012; Sloand et al. 2012), ökonomisch benachteiligte und/oder sozial deprivierte Bevölkerungsgruppen (ex. Levin et al. 2014), alte, hochaltrige und behinderte Menschen (ex. Teramoto et al. 2015) oder auch schwer kranke und sterbende Personen (ex. Abdel-Kader/Unruh 2009). Schließlich wird auch die Situation von Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden) angesprochen und die Frage gestellt, wie deren Einsatzfähigkeit trotz erschwelter Bedingungen sichergestellt werden kann (ex. Hirohara et al. 2019). Zumeist werden die jeweiligen Ereignisse und Erfahrungen dann unter verschiedenen Gesichtspunkten mehr oder weniger systematisch retrospektiv analysiert. Dies erfolgt mit dem Ziel Lehren zu ziehen („*Lessons Learned*“), die dann für die künftige Katastrophenvorsorge genutzt werden können (Zork 2014; Wyte-Lake et al. 2015; Hugelius/Adolfsson 2019; Dosa et al. 2020).

Albanese et al. (2008) haben bspw. die Versorgungssituation in Krankenhäusern im Katastrophenfall näher betrachtet und dazu vorliegende Erfahrungen ausgewertet. Sie empfehlen aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive u. a. die Entwicklung und regelmäßige Überprüfung von Standards und Kriterien für die Katastrophenvorsorge, um die akutstationären Einrichtun-

gen krisenfest aufstellen zu können. Sichere und resiliente Krankenhäuser zeichnen sich demzufolge dadurch aus, dass sie sich als Teil lokaler oder regionaler Netzwerke verstehen und sich entsprechend positionieren. Die Frage, wie große krankensorgende Organisationen sich besser auf Krisen und Katastrophen vorbereiten können, wird auch in anderen Veröffentlichungen umfangreich und intensiv thematisiert (z. B. in solchen der Katastrophenmedizin, des Katastrophenschutzes, aus Public-Health-Sicht oder aus politischer Perspektive), wobei auch hierbei immer wieder auf konkrete Katastrophenerfahrungen zurückgegriffen wird. Für die Pflege relevante Aspekte werden dabei aber eher implizit mitbehandelt (ex. Saliba et al. 2004 ; Lane/McGrady 2016, 2018 ; Laditka et al. 2007, 2008b, 2009 ; Uekusa 2019).

Die Langzeitpflege, und dabei insbesondere deren häusliche Erscheinungsform, wird in der Literatur seltener thematisiert, weshalb die Erkenntnislage zu diesem Thema lückenhafter ist. Dabei wird v. a. in der Langzeitversorgung besonderer Unterstützungsbedarf bei Krisen, Notfällen oder Katastrophen gesehen, weshalb Wyte-Lake et al. (2019) in diesem Bereich auch verstärkte Anstrengungen zum Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen einfordern (ähnlich auch McGuire et al. 2007; Hattori et al. 2020). Pierce et al. (2016) befassen sich auf Grundlage eines Literaturreviews mit unterschiedlichen Eigenschaften von Einrichtungen, Interventionen oder Katastrophen. Daraus ziehen sie Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Katastrophenvorsorge von Langzeitpflegeeinrichtungen. Insbesondere Pflegeheimen wird in der Literatur attestiert, dass sie oft unzureichend auf Krisen und Katastrophen vorbereitet sind. Die von den Behörden geforderten Notfall- und Katastrophenpläne sind oft unspezifisch, es mangelt an einer Koordination mit lokalen Behörden, einer systematischen Zusammenarbeit mit Angehörigen oder auch an tragfähigen Evakuierungskonzepten. Das US-amerikanische Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) stellt Pflegeheimen und anderen Einrichtungen der Langzeitversorgung daher Checklisten zur gezielten Notfallvorbereitung zur Verfügung (DHHS 2012; Lane/McGrady 2018). Ähnliche Initiativen gibt es auch von anderen Behörden und Verbänden, weshalb im Internet zahlreiche solcher eher praxisorientierten Handreichungen zu finden sind<sup>4</sup>. *Nursing Home Preparedness* hat sich inzwischen zu einem wichtigen Thema für die zuständigen Aufsichtsbehörden entwickelt, sowohl im angloamerikanischen Raum als auch in europäischen Ländern – eine Entwicklung, die sich im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie verstärkt haben dürfte (Morris et al. 2020). Auch in Deutschland hat die Auseinandersetzung mit diesem Thema mittlerweile an Bedeutung gewonnen (ex. Fischer et al. 2020; Rothgang et al. 2020). Auffallend ist jedoch, dass im Zuge der Pandemie gewonnene Erkenntnisse noch kaum systematisch aufbereitet und auf andere Notfälle und Katastrophen übertragen werden (z. B. technische Katastrophen, Terrorakte) (Schrems 2021).

Noch weniger Erkenntnisse liegen zur Vorsorge, zum Management und zur Bewältigung von Katastrophen durch ambulante Pflegedienste selbst vor – ein Umstand, der sicher auch den international sehr unterschiedlichen Formen und Ausprägungen der häuslichen Langzeitversorgung geschuldet ist. Laditka et al. (2008a) gehen für South Carolina/USA der Frage nach, wie ambulante Pflegedienste alten und/oder behinderten Menschen bei der Katastrophenvorbereitung besser helfen können. Sie schlussfolgern auf der Basis ihrer Ergebnisse, dass Pflegedienste von stärkeren Verbindungen mit lokalen und regionalen Strukturen des Katastrophenschutzes profitieren könnten. Zudem stellen sie fest, dass vor allem häuslich versorgte Hochrisikopatient\*innen schwer zu identifizieren und aufgrund unzureichender Kooperation und Koordination mit anderen Diensten und Einrichtungen auch schwer zu erreichen und zu versorgen sind (ebd.). Ähnliche Schlüsse ziehen auch Teramoto et al. (2015) basierend auf ihrer retrospektiven Untersuchung von Eigenschaften und Gesundheitsproblemen von (älteren) Patient\*innen nach einem Erdbeben in Japan 2011. Sie folgern, dass es während einer Katastrophe zwingend

<sup>4</sup> Exmpl. <https://ndocsoftware.com/wp-content/uploads/2017/09/Disaster-Planning-Guide-for-Home-Health-Care-Providers.pdf> oder [https://www.nahc.org/wp-content/uploads/2017/10/EP\\_Binder.pdf](https://www.nahc.org/wp-content/uploads/2017/10/EP_Binder.pdf)

erforderlich ist, Personen mit akutem Interventionsbedarf in ihrer Häuslichkeit rasch zu identifizieren, um angemessen helfen zu können. Wyte-Lake et al. (2015) kommen zu dem Erkenntnis, dass es inzwischen zwar zahlreiche Standards, Leitlinien und Handreichungen zur Vorbereitung auf und zum Umgang mit Krisen und Katastrophen gibt (*Established and Recommended Tools*), dass sich die ambulanten Pflegeanbieter diese aber noch selten zu eigen machen und auf ihre Situation anpassen („*Adopted Policies*“). Zudem haben sie große Variationen zwischen den verschiedenen *Home Health Organizations* beobachtet, wenn es um die Vorbereitung auf und den Umgang mit Krisen und Katastrophen geht (ebd.).

Umfangreichere Forschungserkenntnisse liegen zur Evakuierung von pflegebedürftigen Personen vor (ex. Castle 2008; Laditka et al. 2009; Brown et al. 2012; Christensen/Castaneda 2014; McGrady et al. 2014; Willoughby et al. 2017; Gray et al. 2019). Meistens richten diese Arbeiten ihr Augenmerk auf stationäre Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung. Untersucht wird dabei bspw. die Bereitschaft zur Evakuierung durch die betroffenen Patient\*innen (ex. Christensen/Castaneda 2014), entscheidendes Equipment und notwendige Fähigkeiten in der Evakuierung von Kindern in kritischen Gesundheitszuständen (ex. Gray et al. 2019), die Qualität von Evakuierungsplänen (ex. Castle 2008) oder der Nutzen von Evakuierungsinstrumenten (ex. McGrady et al. 2014). Auch die Folgen von Evakuierungen auf pflegebedürftige Personen wurden untersucht, nicht ohne diesbezüglich ein anhaltendes Forschungs- und Erkenntnisdefizit zu konstatieren (ex. Brown et al. 2012; Willoughby et al. 2017). Dabei verdichten sich die Hinweise darauf, dass Evakuierungen vor allem negative Effekte auf die Pflegebedürftigen haben. Dies scheint besonders für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu gelten. Bei dieser Personengruppe wird für eine möglichst lange Aufrechterhaltung bestehender Versorgungsarrangements plädiert (Brown et al. 2012). In dem Zusammenhang wird in der Literatur zum *Disaster Nursing* betont, dass Pflegefachpersonen (und andere Pflegenden) in Krisen- und Katastrophenfällen stets umfangreiche Sicherheitsarbeit leisten müssen, wobei besonders das subjektive Sicherheitsempfinden der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen adressiert werden sollte. Laut Laditka et al. (2009) ist die emotionale Beruhigung von Bewohner\*innen von Pflegeheimen ebenso wichtig wie die physische Pflege. Eine Evakuierung verstärkt die Bindung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden. Sie bedeutet zugleich eine hohe Belastung für das Personal aufgrund extremer Angst und physischer Beanspruchung. Besondere Herausforderungen werden in der Kommunikation mit Angehörigen und im Eingehen auf emotionale Bedürfnisse der Evakuierten und auch dem Personal selbst gesehen. Teamwork, ein gut organisierter Katastrophenplan, zusätzliche Versorgungsangebote und zuverlässiges Personal werden in dieser Hinsicht als hilfreiche Maßnahmen angesehen (Laditka et al. 2009).

Aus dem europäischen und insbesondere dem deutschsprachigen Raum liegen kaum pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu den hier angesprochenen Themen vor. Wenn hierzulande über die pflegerische Versorgung im Zusammenhang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen geforscht und geschrieben wird, handelt es sich meist um Arbeiten anderer Disziplinen (häufig Medizin, Sozialwissenschaften, Politikwissenschaft). Es wird also eher *über die Pflege* (i. S. von pflegerischer Versorgung) und damit in Verbindung stehende Fragestellungen publiziert, jedoch seltener *mit der Pflege* (i. S. der Gesundheitsprofession) oder aus ihrer Perspektive heraus. So hat sich in Deutschland bspw. der Katastrophen- und Bevölkerungsschutz mit Fragen der Aufrechterhaltung der pflegerischen Langzeitversorgung in Katastrophenfällen befasst (ex. Karutz et al. 2017; Kern et al. 2020). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive werden gesellschaftliche Prozesse analysiert, die wichtige Bedingungen für die Tätigkeit und Aufgaben des Katastrophen- und Bevölkerungsschutzes darstellen (ex. Ehl 2014). So werden etwa der demographische Wandel und seine Auswirkungen auf den Bevölkerungsschutz und die pflegerische Versorgung in Katastrophen reflektiert (Ehl 2014). Dabei steht – ähnlich wie in der internationalen Literatur – immer wieder die Kooperation verschiedener Akteur\*innen bzw. Professionen im Zentrum der Aufmerksamkeit (ex. Wendekamm/Feißt 2015; Wurmb et al. 2018; Zettl et al. 2018;). Auch die organisierte Nachbarschaftshilfe bei Extremwetterereignissen in ländlichen

Regionen und Selbstschutz- und Selbsthilfetätigkeiten bei Störungen von kritischer Infrastruktur werden dabei thematisiert (Schach 2019). Exemplarisch hingewiesen sei auf das Thema der regionalen Klimaanpassung am Beispiel Nordhessens (Roßnagel 2013) und die Sicherstellung der ambulanten Pflege in ländlichen Regionen bei extremen Wetterlagen (Blättner 2013)<sup>5</sup>. Inwieweit derzeit im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie weiterführende Erkenntnisse zur Vorsorge, zum Management und zur Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen erarbeitet werden und ob dabei die Bedingungen der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung oder gar Belange der Pflege (als Gesundheitsprofession) berücksichtigt werden, kann derzeit noch nicht ausgemacht werden.

### 3.2.3 Bildungsdimensionen

In der internationalen Literatur zum *Disaster Nursing* wird immer wieder die *Disaster Preparedness* von Pflegefachpersonen (und z. T. anderen Pflegenden) thematisiert. Damit ist auf einer individuellen Ebene das Vorhandensein von auf Krisen, Notfällen und Katastrophen ausgerichteten Kompetenzen gemeint (i. S. einer Vorbereitung auf den Katastrophenfall). Betont wird, dass es tragfähige Modelle, Konzepte und Strategien gibt, mit denen sich Pflegefachpersonen auf solche Ereignisse vorbereiten und an denen sie sich bei konkreten Alltagsstörungen orientieren könnten. Zudem liegen umfangreiche Erfahrungen und sich darauf stützende Lehren aus Ländern und Weltregionen vor, die häufiger mit Krisen, Notfällen und Katastrophen konfrontiert sind. Sie könnten von den Berufsangehörigen prinzipiell aufgegriffen, adaptiert und in den diversen pflegerischen Einsatzbereichen genutzt werden – so auch in der ambulanten und gemeindebasierten Langzeitversorgung. Vielfach – so die vorliegenden Erkenntnisse – fehlt es den Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden) dafür aber an den erforderlichen Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen und Haltungen (z. B. Loke/Fung 2014; Marin/Witt 2015; Hutton et al. 2016; Veneema et al. 2016; Al Hathi et al. 2020).

Der Großteil der einschlägigen Forschung zu diesem Thema wurde erneut in Ländern durchgeführt, die häufiger von Krisen, Notfällen und Katastrophen heimgesucht werden. Eine entwickelte und forschungsaffine pflegewissenschaftliche Gemeinschaft ist eine weitere günstige Ausgangsbedingung für die Durchführung und Veröffentlichung entsprechender Forschungsaktivitäten (Wagner 2012; Nash 2015; Labrague et al. 2016; Gowing et al. 2017). In Europa finden sich deutlich weniger einschlägige Arbeiten (ex. Nilsson et al. 2016; Görres et al. 2012) und aus dem deutschsprachigen Raum liegen bislang keine Studien vor, in denen das Vorhandensein und das Ausmaß an Kompetenzen von Pflegefachpersonen (oder von anderen Pflegenden) im Umgang mit Katastrophen systematisch ermittelt worden wären.

Eine belastbare Aufbereitung und Bewertung des vorliegenden Erkenntnis- und Forschungsstands zur *Disaster Preparedness* von Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden) wird u. a. dadurch erschwert, dass dafür die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung in den jeweiligen Ländern reflektiert werden müssten, aus denen die jeweiligen Studien stammen. Zudem wären aus bildungswissenschaftlicher Sicht die zugrunde liegenden Kompetenzverständnisse sowie die Güte der zur Kompetenzermittlung genutzten Instrumente zu analysieren und schließlich die Ausrichtung, Qualität und Reichweite der einzelnen Studien anhand üblicher Standards systematisch und kritisch zu bewerten. Dies würde eine eigenständige Sekundärforschung erfordern, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann. Festzuhalten ist hier aber zunächst, dass in der einschlägigen Literatur im Zusammenhang mit der *Disaster Preparedness* insbesondere die folgenden drei Bildungsdimensionen thematisiert werden:

---

<sup>5</sup> Auch eine Recherche im Pressearchiv des Vincentz Network ergab über Berichte zu diesen Initiativen hinaus keine weiteren Funde, die sich spezifisch auf die ambulante Pflege beziehen (Stand: 02/2021).

- Kompetenzen zum Thema *Disaster Nursing*, über die Pflegefachpersonen (und andere Pflegenden) nach Abschluss von Aus- und Weiterbildung auf Grundlage normativer Überlegungen verfügen sollten (Didaktische/konzeptionelle Dimensionen);
- Kompetenzen zum Thema *Disaster Nursing*, über die Pflegefachpersonen (und andere Pflegenden) in verschiedenen Phasen ihrer Aus- und Weiterbildung tatsächlich nachweisbar verfügen (Ermittlung/Messung vorhandener Kompetenzen);
- Evaluation von Bildungsformaten und Bildungsmaßnahmen zum Thema *Disaster Nursing* und ihrer Wirkungen auf die Kompetenzentwicklung von Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden) sowie ihre Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft.

Geht es hier zunächst um die zum Umgang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen als notwendig erachteten Kompetenzen von Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden), wird häufig auf normative, auf vorangegangenen Katastrophenerfahrungen basierende Konzepte Bezug genommen. Bereits 2001 hatte die Pflegewissenschaftlerin Kristine Gebbie auf diese Weise und im Auftrag der US-amerikanischen Centers for Disease Control und Prevention (CDC) zehn Kernkompetenzen für die *Disaster Preparedness* von generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen definiert (Gebbie/Qureshi 2002). Sie sind anschaulich formuliert und könnten in der vorliegenden Form auch unmittelbar für die Entwicklung von Lernzielen für unterschiedliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen herangezogen werden (siehe **Abbildung 16**).

(1) Identifizieren und lokalisieren Sie den Notfallplan ihrer Einrichtung (oder den für Sie relevanten Teil davon).
(2) Beschreiben Sie Ihre Rollen und Funktionen in Notfällen und demonstrieren Sie diese in regelmäßig durchgeführten Übungen.
(3) Demonstrieren Sie die richtige Verwendung von Ausrüstung (einschließlich persönlicher Schutzausrüstung) und der in einem Notfall erforderlichen Fähigkeiten im Umgang damit bei regelmäßigen Übungen
(4) Demonstrieren Sie die korrekte Nutzung aller für die Notfallkommunikation verwendeten Geräte.
(5) Beschreiben Sie Rollen und Aufgaben in der Kommunikation im Krisenfall mit Behörden und Medien, mit der allgemeinen Öffentlichkeit (einschließlich Patient*innen und Familien), mit persönlichen Kontakten (eigene Familie, Freunde und Nachbarn)
(6) Erkennen Sie die Grenzen Ihrer eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Befugnisse und identifizieren Sie wichtige Ressourcen im System an die sie verweisen können, falls ihre Grenzen überschritten sind.
(7) Wenden Sie kreative Problemlösungsfähigkeiten und flexibles Denken auf die Situation an, je nach den Vorgaben ihrer konkreten Rolle, und bewerten Sie die Effektivität aller getroffenen Maßnahmen.
(8) Erkennen Sie Abweichungen von der Norm, die auf einen Notfall hinweisen, und beschreiben Sie angemessene Maßnahmen in Reaktion darauf.
(9) Nehmen Sie an Weiterbildungen teil, um Ihr Wissen in relevanten Bereichen auf dem neuesten Stand zu halten.
(10) Beteiligen Sie sich an der Auswertung jeder Übung oder Reaktion (auf Notfälle) und ermitteln Sie notwendige Änderungen am Plan.

**Abbildung 16:** Kernkompetenzen für Pflegefachpersonen für Notfälle und Katastrophen (Gebbie/Qureshi 2002; eigene Übersetzung ins Deutsche)

Kristine Gebbie stand auch dem Komitee vor, das die inzwischen in revidierter Version vorliegenden *Core Competencies in Disaster Nursing – Version 2.0* des internationalen Pflegeberufsverbandes erarbeitet hat (ICN 2019). In diesem innerhalb der internationalen pflegewissenschaftlichen Gemeinschaft konsentierten Dokument werden Kompetenzen beschrieben, über

die alle Pflegefachpersonen in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Erfahrungsstufe in allen Versorgungssettings sowie alle Lehrenden in der Pflege durchgängig verfügen sollten (*Level I: General Professional Nurse*). Aufbauend auf verschiedenen Vorarbeiten und Erfahrungen werden ergänzend dazu Kompetenzen beschrieben, über die Pflegefachpersonen verfügen sollten, die innerhalb einer Einrichtung, eines spezifischen Versorgungssettings oder einer Region erweiterte Aufgaben und Verantwortlichkeiten vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen wahrnehmen (*Level II: Advanced or Specialized Nurse*). Schließlich werden noch Kompetenzen thematisiert, über die spezialisierte Pflegefachpersonen verfügen sollten, die ein breites Spektrum an Krisen, Notfällen und Katastrophen in den Blick nehmen (All-Gefahren-Ansatz) und Teil spezieller, multiprofessioneller Einsatzteams auf übergeordneter Ebene werden können (*Level III*). Im letztgenannten Fall wird auf eine konkrete Ausarbeitung und Beschreibung von Kompetenzen verzichtet und stattdessen auf allgemeine, auch in anderen relevanten Disziplinen übliche Kompetenzprofile verwiesen (ex. Walsh et al. 2012).

Die Kernkompetenzen für das *Disaster Nursing* (ICN 2019) sind an den Phasen des *Disaster Management* Continuums ausgerichtet (Prävention/Vorsorge, Vorbereitung, Bewältigung, Wiederherstellung/Rehabilitation). Sie decken ein breites Spektrum ab, das von der Risikoreduktion, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, über die Gesundheitskommunikation, die konkrete klinische Versorgung in unterschiedlichen Situationen und unter erschwerten Bedingungen bis hin zu den ethischen, rechtlichen und politischen Verantwortlichkeiten der Pflege reicht. Auch unterschiedliche Handlungs- und Entscheidungsebenen werden darin in den Blick genommen. Die von Pflegefachpersonen auf Level I und II jeweils erwarteten Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen werden differenziert ausformuliert und schließlich acht Domänen zugeordnet, die in der umseitigen **Abbildung 16** in adaptierter und übersetzter Form übersichtsartig dokumentiert werden.

Als selbstverständlich gilt dabei, dass Pflegefachpersonen in Abhängigkeit von der Schwere von Verletzungen oder Gesundheitsstörungen, konkrete Maßnahmen der Ersten Hilfe, des klinischen Risikomanagements und der Triage umsetzen können. Zudem wird erwartet, dass sie mit anderen Akteur\*innen, die an der Betreuung der von Krisen, Notfällen und Katastrophen bedrohten und beeinträchtigten Personen beteiligt sind, zielgerichtet kommunizieren (Loke/Fung 2014; Hutton et al. 2016). Von anderer Seite wird ergänzend darauf hingewiesen, dass Pflegefachpersonen auch über ein klares Rollenverständnis mit Blick auf das *Disaster Nursing* verfügen sollten; dessen Relevanz und Wert sollten sie auch gegenüber Individuen, Gemeinschaften und Kommunen, mit denen sie arbeiten, darlegen können (Rokkas et al. 2014). Sie sollten befähigt sein, Pflorgeteams (und ggf. auch andere Helfer\*innen) in einer Katastrophe zu koordinieren, sich gemeinsam mit anderen in der vorausschauenden Planung von Katastrophenszenarien in einer Region einzubringen, um Netzwerke organisieren sowie Pflorgeteams trainieren und deren Mitglieder über die Rollen und Aufgaben informieren zu können, die sie in Krisen, bei Notfällen und in Katastrophen zu erfüllen haben. Schließlich finden sich sowohl in den Kernkompetenzen des Internationalen Pflegeberufsverbandes (ICN 2019) wie auch in anderen Publikationen vermehrt Hinweise auf Kompetenzen zum Umgang mit den komplexen mentalen Gesundheitsrisiken, die mit Krisen, Notfällen und Katastrophen einhergehen können. So betonen Said/Chiang (2020) auf Grundlage einer systematischen Literaturarbeit, dass Pflegefachpersonen in der Lage sein sollten, in Krisen- und Katastrophenfällen einerseits selbst mit außergewöhnlichen psychischen Belastungen umzugehen und andererseits Patient\*innen, anderen betroffenen Personen oder auch Kolleg\*innen und Helfer\*innen psychologische Ersthilfe anbieten zu können. Konkret folgern sie aus ihrer Untersuchung:

*“A good level of psychological preparedness is also a buffer to the mental health of the nurses themselves in responding to distress during disasters.” (Said/Chiang 2020, 8).*

<p><b>Domäne 1: Vorbereitung und Planung</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen, unabhängig von konkreten Ereignissen, geeignete Vorbereitungen treffen können, die zur Erhöhung der Einsatzbereitschaft in Krisen, Notfällen und Katastrophen beitragen (inkl. Umgang mit vulnerablen Populationen).</p>
<p><b>Domäne 2: Kommunikation</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen wissen, wie Informationen innerhalb ihres Arbeitskontextes an andere korrekt übermittelt und sorgfältig dokumentiert werden (inkl. Übermittlung von Informationen an Betroffene, Ergebnisse von Assessments und Interventionen).</p>
<p><b>Domäne 3: Störfallmanagement</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen Notfallpläne und -maßnahmen sowie die Struktur des Katastrophenschutzes in ihrem Einsatzgebiet bei konkreten Alltagsstörungen effektiv nutzen können (inkl. der Sicherung professioneller Pflegepraxis in interprofessionellen Teams).</p>
<p><b>Domäne 4: Sicherheit und Schutz</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen befähigt sein, geltende Sicherheitsstandards einzuhalten und so dafür sorgen, dass weder sie selbst noch andere Personen durch unsichere Praktiken zu einer Erhöhung von Risiken oder Schäden in Krisen- und Katastrophenfällen beitragen.</p>
<p><b>Domäne 5: Assessment</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen Informationen über ihnen anvertraute Individuen, Gruppen oder Gemeinschaften zusammentragen und unter sich rasch verändernden Umständen ad hoc handlungsrelevante Einschätzungen zu deren Situation vornehmen können.</p>
<p><b>Domäne 6: Intervention</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen befähigt sein, in Reaktion auf vorliegende Informationen angemessene klinische oder andere Maßnahmen einzuleiten, die angesichts des Charakters, des Ausmaßes und des Verlaufs der jeweiligen Alltagsstörung angezeigt und vertretbar sind.</p>
<p><b>Domäne 7: Wiederherstellung</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollen im Anschluss an eine Alltagsstörung durch geeignete Maßnahmen daran mitwirken können, dass Individuen, soziale Gemeinschaften oder Organisationen zu ihrem früheren Funktionsniveau zurückfinden oder ein höheres Niveau erreichen.</p>
<p><b>Domäne 8: Recht und Ethik</b></p> <p>Pflegefachpersonen sollten mit den für Krisen, Notfälle und Katastrophen geltenden rechtlichen und ethischen Richtlinien und Standards vertraut sein, die damit an sie gerichteten gesellschaftlichen Erwartungen kennen und sich dazu verhalten können.</p>

**Abbildung 17:** Kernkompetenzen im *Disaster Nursing* gemäß ICN 2019 (zusammengefasst und ins Deutsche übertragen)

Geht es um die tatsächlich vorhandenen Kompetenzen zum Thema *Disaster Nursing*, dann zeigt sich bei der Sichtung der vorliegenden Literatur jedoch ein ernüchterndes Bild: Pflegefachpersonen werden von anderen häufig als nicht ausreichend auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereitet eingeschätzt und auch sie selbst schätzen sich selbst vielfach als nicht ausreichend vorbereitet ein (ex. Görres et al. 2012; Wagner 2012; Nash 2015; Labruage et al. 2016; Gowing et al. 2017). Unsicherheiten werden demnach in nahezu allen Kompetenzbereichen beobachtet, z. B. zum Wissen über Krisen, Notfälle und Katastrophen generell, zum Umgang mit Schutzausrüstung, bei der Reaktion auf traumatisierte Personen oder zum Wissen über biologische Risiken und Bioterrorismus (Rowney/Barton 2005). Wissenslücken bestehen zudem über Infektionskrankheiten und den damit notwendigen Maßnahmen, über Fragen der Katastrophenpolitik sowie der dazu vorliegenden Richtlinien innerhalb der eigenen Organisation sowie nicht zuletzt zur eigenen Rolle im Fall von Krisen, Notfällen und Katastrophen (ex. Said/Chiang 2020).

Diese Wissens- und in der Folge dann auch Kompetenzlücken scheinen selbst in Weltregionen vorzukommen, in denen derartige Ereignisse häufiger auftreten. Zum Beispiel zeigen chinesische Pflegenden ein gutes Wissensniveau in Bezug auf Taifune, da sie in dieser Region oft vorkommen. Inwieweit sie dieses Wissen aber auch auf andere Krisen, Notfälle und Katastrophen

übertragen können (z. B. technische Katastrophen), wird basierend auf einschlägigen Untersuchungen bezweifelt (Jiang et al. 2015). Usher et al. (2015) konstatieren für den Asien-Pazifik-Raum ungeachtet der dort häufigeren Konfrontation mit Krisen und Katastrophen insgesamt ein lediglich niedriges bis moderates Disaster-Preparedness-Niveau. Grundlegende Kompetenzen, die für die Vorsorge, das Managements und die Bewältigung benötigt werden, werden als lückenhaft angesehen. Labrague et al. (2018) haben für Einrichtungen der stationären Akutversorgung basierend auf einem systematischen Review zwar einerseits einen wachsenden Wissenskorpus zum *Disaster Nursing* identifiziert, andererseits aber auch ein unzureichendes Kompetenzniveau zu diesem Thema auf Seiten von Pflegefachpersonen konstatiert. Sie fordern daher insbesondere von den Krankenhäusern verstärkte Anstrengungen, um dem zu begegnen (ebd.; ähnlich auch Rattanakanlaya et al. 2016). Allerdings scheinen die von dieser Seite ergriffenen Maßnahmen nicht immer die von ihnen erwartete Wirkung zu entfalten, weshalb andere Autor\*innen bei der Analyse der vorliegenden Literatur ernüchtert resümieren:

*“Nevertheless, recent studies (...) have still reported inadequate disaster nursing competencies and insufficient disaster nursing training.” (Park/Kim 2017, 4)*

Aussagen zu den tatsächlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen im *Disaster Nursing* werden auf Grundlage von empirischen Erhebungen mit unterschiedlicher Qualität getroffen. Dabei werden zumeist standardisierte Selbsteinschätzungsinstrumente eingesetzt, bspw. der *Emergency Preparedness Information Questionnaire* (EPIQ). Dabei handelt es sich um ein Instrument, mit dem die Befragten anhand von 44 Items und einer fünfstufigen Likert-Skala ihre Vertrautheit mit acht Dimensionen zur Vorbereitung auf Notfälle und Katastrophen einschätzen sollen (Wisniewski et al. 2004; Garbutt et al. 2008). Während einige Autor\*innen dieses Instrument auf bis zu 58 Items erweitern, um ergänzend auch die Einsatzbereitschaft von Pflegefachpersonen oder das Arbeitsklima in den jeweiligen Einrichtungen erfassen und Zusammenhänge identifizieren zu können (Baack/Alfred 2013), haben andere eigene standardisierte Erhebungsinstrumente entwickelt. Dabei sollen (1) spezielle Zielgruppen (z. B. pädiatrische Nurse Practitioner; Goodhue et al. 2012), (2) spezifische Kontextbedingungen (z. B. ländliche Regionen; Jacobsen et al. 2010) oder ausgewählte Versorgungssettings, Arbeitsfelder oder spezifische Kulturen (O'Sullivan et al. 2008; Dobalian et al. 2020) eingehender untersucht werden. Bspw. haben Tavan et al. (2016) ein Instrument für die Ermittlung von Wissen, Einstellungen und Aktivitäten iranischer Pflegefachpersonen im Bereich des *Disaster Nursing* entwickelt und dessen Eigenschaften psychometrisch überprüft. Wang et al. (2020) haben ein Instrument zur Ermittlung wahrgenommener Lernbedürfnisse von Pflegestudierenden in China im Rahmen von zwei Querschnittstudien getestet. Sie schreiben diesem Instrument gute psychometrische Eigenschaften zu, sehen aber den Bedarf einer kulturellen Adaption, falls dieses Instrument international eingesetzt werden soll. Ein am *Center for Research and Education in Emergency Care* (CREEC) der Universität Leuven in Belgien entwickeltes Instrument – der sogenannte *Fight or Flight Survey* – soll der Ermittlung der Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft von Gesundheitsberufsangehörigen (einschließlich von Pflegenden) in Krisen- und Katastrophenfällen dienen. Das Selbsteinschätzungsinstrument nutzt im Unterschied zu den zuvor angesprochenen Fragebögen einen aus elf Situationen bestehenden Multi-Szenario-Ansatz zur Kompetenzermittlung (Dewolf et al. 2010; Hendrickx et al. 2017; Sultan et al. 2020). Auf die spezifischen Bedingungen in den deutschsprachigen Ländern ausgerichtete Instrumente zur Kompetenzermittlung von Pflegefachpersonen in Fragen der Vorsorge, des Managements und der Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen in dieser Berufsgruppe sind nicht bekannt. Dies ist insofern bemerkenswert, als die Ermittlung der tatsächlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen nicht zuletzt dazu dienen soll, bedarfsgerechte und passgenaue Bildungsangebote zu konzeptualisieren (Wisniewski et al. 2004).

Damit ist die dritte Bildungsdimension angesprochen, die in der pflegewissenschaftlichen Literatur zum *Disaster Nursing* viel Aufmerksamkeit erfährt. Konkret geht es um die Konzepte, die Ausgestaltung und die Effektivität einschlägiger Bildungsangebote. Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass Bildungsangebote zum *Disaster Nursing* oft nicht ausreichend pädagogisch legitimiert sind. In einigen Publikationen wird ein Mangel an durchdachten Curricula für die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen konstatiert (Grochtdreis et al. 2016). Dem wird dann u. a. mit der Entwicklung spezifischer Modelle begegnet, etwa dem *SINCHI Education Model* für das *Disaster Nursing* in Japan (Shinchi et al. 2019). Dies führt allerdings dazu, dass es den Bildungsangeboten an einer einheitlichen Terminologie und Struktur fehlt, was wiederum ihre Vergleichbarkeit untereinander erschwert. Andere Autor\*innen fordern daher einheitliche Rahmenwerke, universelle Angebote und eine systematische Validierung (Daily et al. 2010). Wieder andere weisen darauf hin, dass die bestehenden Curricula – etwa für die pflegerischen Primärqualifizierung – mit den Kernkompetenzen für das *Disaster Nursing* abgestimmt und regelmäßig aktualisiert werden sollten, damit sie im Einklang mit nationalen Katastrophenschutzplänen und internationalen Standards stehen. Zudem wird gefordert, dass die Angemessenheit und Wirkung der theoretischen und praktischen Vorbereitung für die pflegerischen Aufgaben vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen sowohl in der Ausbildung wie auch in der Weiterbildung systematisch evaluiert werden sollte (Grochtdreis et al. 2016).

Aus den international inzwischen zahlreich vorliegenden Evaluationen ergibt sich kein schlüssiges Gesamtbild, was nicht zuletzt mit der großen Heterogenität der jeweiligen Maßnahmen, Kontextbedingungen, Zielgruppen, eingesetzten Evaluationsmethoden sowie der Qualität der Interventionsstudien zusammenhängt (ex. Bistaraki et al. 2011; Alim et al. 2015; Nilsson et al. 2016; Lane/McGrady 2016; Huh et al. 2018; Digregorio et al. 2019; Siemon et al. 2019). Einzelne Autor\*innen kommen daher zu dem Schluss, dass es bislang keine belastbare Evidenz für die positive Wirkung einzelner Bildungsmaßnahmen auf die Kompetenz von Pflegefachpersonen im Umgang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen gibt (Said/Chiang 2020). Andere wollen Faktoren wie das jeweilige Alter und die Jahre an Berufserfahrung, frühere Katastrophenerfahrungen sowie die familiäre Situation größere Bedeutung für die individuelle *Disaster Preparedness* von Pflegefachpersonen beimessen als einzelnen Bildungsmaßnahmen (Putra et al. 2020).

Erschwerend kommt hinzu, dass eine einfache Übertragung von Bildungsangeboten auf andere Länder, Bildungssysteme, Zielgruppen und Settings grundsätzlich als wenig Erfolg versprechend gilt (ex. Subbarao et al. 2008; Daily et al. 2010; Jorgensen et al. 2010; Bistaraki et al. 2011; Luo et al. 2013; Grochtdreis et al. 2016; Li et al. 2016, Said/Chiang 2020). Allenfalls einzelne, als erfolgreich bewertete Elemente derartiger Bildungsmaßnahmen könnten adaptiert und situativ genutzt werden. Als regelmäßige Bestandteile solcher Programme werden dann Angebote zur Vermittlung spezifisch pflegerischen Wissens (zuweilen ergänzt um Strukturkenntnisse), zum Ausbau von kommunikativen, sozialen und koordinierenden Kompetenzen und zur Förderung der Motivation zur Verantwortungsübernahme empfohlen. Dabei können unterschiedliche methodische Formate genutzt werden, also bspw. didaktisierte Schulungen von unterschiedlicher Dauer in kleinen Gruppen sowie (digital unterstützte) Selbstlernerheiten oder die Kombination aus beidem (Blended Learning), aber auch praktische Katastrophenübungen unterschiedlicher Reichweite und Dauer (ex. Gowing et al. 2017). Vor allem Simulationsübungen werden positive Effekte auf die Entwicklung einschlägiger Handlungskompetenzen für Krisen- und Katastrophenfälle bescheinigt (ex. Rafferty-Semon et al. 2017; Williams et al. 2017). Levoy et al. (2018) sprechen derartigen Angeboten sogar die nachhaltigsten Effekte auf die Kompetenzentwicklung von Pflegefachpersonen zu. Wieder andere Autor\*innen wollen eine höhere Wirksamkeit beim fallbasierten Lernen beobachtet haben (Aluisio et al. 2016). In jedem Fall sollten die Bildungsmaßnahmen aber realitätsnah gestaltet und kontinuierlich angeboten werden, um die kritische Entscheidungskompetenz und Reflexivität von Pflegefachpersonen im Umgang mit den Herausforderungen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen systematisch und nachhaltig erhöhen zu können (Said/Chiang 2020).

Schließlich wird diskutiert, ob die Bildungsangebote eher monoprofessionell oder multiprofessionell ausgerichtet sein sollten und wovon letztlich größere Effekte auf die *Disaster Preparedness* von Pflegefachpersonen zu erwarten sind. Ein aus zahlreichen Expert\*innen bestehendes europäisches Konsortium hat sich daraufhin mit der Entwicklung eines multiprofessionellen standardisierten *Disaster Training Curriculums* (DITAC) befasst, das den Disaster-Management-Zyklus berücksichtigt, szenario-basiert gestaltet ist und über alle Settings und europäischen Ländern hinweg anwendbar sein soll (Khorram-Manesh et al. 2015). Die einzelnen Berufsgruppen – darunter auch Pflegende – werden bei dieser gesundheitsorientierten Initiative nicht explizit angesprochen, was u. a. wie folgt begründet wird:

*“The aim of such programs is not to reeducate people in respect to their profession/area of expertise (in other words, nurses will not be trained in nursing, logisticians in logistics, etc), but rather to train them in elements specific to DM [Disaster Management, d. A.] and ways in which they can apply their existing knowledge and professional expertise in the disaster context.” (Khorram-Manesh et al. 2016, 855)*

Aus diesem Grund werden auch in anderen Fällen multiprofessionelle Weiterbildungsangebote zur Förderung der *Disaster Preparedness* bevorzugt. Dadurch soll insbesondere die Kommunikation und Koordination der beteiligten, unterschiedlich qualifizierten Berufsgruppen untereinander eingeübt werden. Aber auch die jeweiligen Rollen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen sollen durch multiprofessionelle Bildungsmaßnahmen zuverlässiger geklärt und untereinander abgestimmt werden können (Gowing et al. 2017).

Neben der Perspektive auf einzelne Personen und deren Aus- und Weiterbildungsbedarf wird im Diskurs um *Disaster Preparedness* und *Disaster Nursing* immer wieder auch eine systemische Perspektive eingenommen und auf die Verantwortung der jeweiligen Anstellungsträger, Organisationen und Gesundheitsdienste hingewiesen (ex. Baker et al. 2012; DHHS 2012; Eisenman et al. 2014; Heagele 2016; Links et al. 2018; Williams et al. 2018; Zamboni 2018). Ihnen wird u. a. die Verantwortung für regelmäßige und systematische Bildungs- und Trainingsangebote für die gesamte Belegschaft sowie schließlich auch für Lernprozesse auf organisatorischer oder sozialräumlicher Ebene zugewiesen. Nicht immer scheinen die Einrichtungen dieser Verantwortung und Aufgabe gerecht werden zu können und insbesondere kleinere Anbieter – darunter auch solche für die häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung – sehen sich mit dieser Aufgabe vielfach überfordert. Nicht zuletzt deshalb wird in der Literatur für sektoren-, organisations- und professionsübergreifend angelegte Maßnahmen zur Förderung der *Disaster Preparedness* sowohl der beteiligten Organisationen wie auch ihrer Mitarbeitenden plädiert. Dabei sollten dann sowohl Primärversorgungseinrichtungen wie auch Anbieter der Akut- und Langzeitversorgung berücksichtigt werden (Gowing et al. 2017; Mawardi et al. 2020; Radcliff et al. 2020; Willson et al. 2021). Zugleich wird das Konzept der systemischen Resilienz, also die Vorbereitung und Bewältigung von Katastrophen durch Organisationen unter Berücksichtigung ihres jeweiligen sozialräumlichen Kontexts favorisiert (ex. Saliba et al. 2004; Laditka et al. 2009; Lane & McGrady 2018; Uekusa 2019).

### 3.2.4 (Professions-)Politische Dimensionen

In den bisherigen Ausführungen klangen immer wieder auch (professions-)politische Aspekte der Debatte über das *Disaster Nursing* an. Angesprochen ist hier in erster Linie die spezifische Rolle der Pflege (als größte, in allen Settings und auf allen Ebenen vertretene Gesundheitsprofession) und deren Einbindung in übergeordnete Foren, Gremien und Organisationen, die sich mit Krisen, Notfällen und Katastrophen unterschiedlicher Art und damit einhergehende Herausforderungen befassen. International besteht Einvernehmen dahingehend, dass die Pflege sowohl bei der Vorbereitung auf und bei dem Management von Katastrophen wie auch bei der

Bewältigung der Katastrophenfolgen ein wichtiger und unersetzbarer *Player* ist (Rowney/Barton 2005; Usher et al. 2015; Grochtdreis et al. 2016; Veenema et al. 2016; Couig et al. 2017; Kurth 2017; Labrague et al. 2018; Said & Chiang 2020). Einerseits sieht sich die Pflege selbst in dieser Position, weshalb in den Publikationen immer wieder die damit einhergehende Verantwortung der Gesundheitsprofession auf allen Handlungs- und Entscheidungsebenen betont wird – sowohl gegenüber den Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden) wie auch gegenüber Außenstehenden. Andererseits wird die Pflege auch von anderen in dieser Position gesehen, was sich bspw. an internationalen Positions- und Konzeptpapieren ablesen lässt (Wenji 2015; Veenema et al. 2016; Kurth 2017; Spurlock et al. 2019; WHO 2019).

Auf internationaler Ebene ist hier erneut auf die wichtige Rolle des Weltverbandes der Pflegenden (ICN) hinzuweisen. Der 1899 gegründete Pflegeberufsverband engagiert sich traditionell bei der Bewältigung von Katastrophen und sieht im *Disaster Nursing* auch eine seiner Ursprünge und prioritären Aufgabenfelder – die Gründerin der modernen Krankenpflege Florence Nightingale hat einst während des sogenannten Krimkrieges (1853-1856) konkrete Erfahrungen mit diesem Thema gesammelt (Kingma 2008). Der ICN stellt Ressourcen zur Verfügung und unterstützt Pflegefachpersonen bei ihrer Arbeit vor Ort im Zusammenhang mit (inter-)nationalen Krisen, Notfällen und Katastrophen. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf die Entwicklung von Informationsressourcen, der Stärkung der Rolle der Pflege in Katastrophen, der Netzwerkbildung, der gezielten Kompetenzförderung, dem Aufbau internationaler Partnerschaften zur Linderung von Katastrophenfolgen sowie der Förderung der Leistungsfähigkeit der nationalen Pflegeberufsverbände und Mitgliedsorganisationen.

Der ICN hat sich in den zurückliegenden Jahren wiederholt aktiv an der Erarbeitung, Veröffentlichung und Aktualisierung von Positions- und Informationspapieren zum Thema *Disaster Preparedness* beteiligt und dabei eng mit der Weltgesundheitsorganisation und anderen (nicht-)staatlichen Organisationen zusammengearbeitet (ICN/WHO 2009; ICN 2019). Zudem sind in vielen überstaatlichen und internationalen Gremien Pflegeexpert\*innen und Pflegewissenschaftler\*innen vertreten, um ihre Expertise und Erfahrung im Verbund mit anderen Disziplinen und Professionen für die Beantwortung der mit Krisen, Notfällen und Katastrophen verbundenen globalen Herausforderungen nutzbar zu machen.<sup>6</sup>

Doch auch auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene wird die zentrale Rolle der Pflege im Zusammenhang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen zunehmend gesehen und mit der Einbindung hochrangiger Vertreter\*innen in entsprechenden Gremien, Ausschüssen und Organisationen beantwortet. Eine wichtige Rolle spielen dabei neben wissenschaftlichen Expert\*innen, Forscher\*innen und Berater\*innen aus der Pflege (ex. Veenema 2016) vor allem auch die zuvor bereits erwähnten *Public Health Nurses* und *Community Health Nurses*. Diese Pflegeexpert\*innen sind in ihren jeweiligen nationalen, regionalen und kommunalen Bezügen gut bekannt und vernetzt. Sie haben relevante Einblicke in die Versorgungssituation vor Ort – darunter auch in die Strukturen und Angebote der Langzeitversorgung sowohl im stationären wie auch im ambulanten und häuslichen Bereich. Schließlich wissen sie auch um die Situation und die Bedarfslagen der ihnen anvertrauten Bevölkerung, insbesondere aber der von vulnerablen Teilpopulationen, die von den Auswirkungen von Krisen, Notfällen und Katastrophen oftmals besonders stark betroffen sind (Rowney/Barton 2005; Putra et al. 2011). Aus dieser Position heraus können *Public Health Nurses* vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen ein breites und anspruchsvolles Aufgabenspektrum wahrnehmen.

<sup>6</sup> Die Position des *Surgeon General of the United States*, operative Leitung und Sprecherin in Fragen der öffentlichen Gesundheit gegenüber der Bundesregierung und auch eine in Fragen des Gesundheits- und Katastrophenschutzes zentrale Position, wird aktuell von einer Pflegefachperson bekleidet. Ähnlich hochrangige Berater\*innen gibt es auch in anderen Ländern auf nationaler Ebene (z. B. UK, CA, AUS).

*“They serve not only as first responders to some events, but also embrace a population-based vision with the necessary skills and competencies to develop policies and comprehensive plans, conduct and evaluate disaster response drills, exercises and trainings. Public health nurses are integral members in disaster operations and command centers, in leadership and management roles, as well as in the field where they provide frontline disaster health and core public health services.” (Magnaye et al. 2011, 270)*

Neben der unmittelbaren Reaktion als Ersthelfer\*innen auf der konkreten Handlungsebene gehören demnach die Katastrophenvorsorge, die Entwicklung, Durchführung und Evaluationen von Konzepten und Trainingsprogrammen ebenso zu ihren Aufgaben wie die Mitwirkung an übergeordneten Entscheidungen in Kommandozentralen, Krisenstäben, Behörden oder kommunalen Beratungsstellen und Gesundheitseinrichtungen.

*Public Health Nurses* verfügen dafür in vielen Fällen nicht allein über die im ICN-Kompetenzrahmen (ICN 2019) beschriebenen Kompetenzen im *Disaster Nursing* auf *Level I (General Nurse)* und *Level II (Advanced Practice Nurse)*, sondern haben sich darüber hinaus auch für die Mitarbeit in einschlägigen politischen Foren qualifiziert (*Level III*). Andere Autor\*innen beschreiben auf Grundlage der Literatur insgesamt zwölf Kernkompetenzen über die *Public Health Nurses* verfügen sollen. Dazu zählt die Fähigkeit, die Rolle von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bei der Beantwortung einer Reihe von Krisen, Notfällen und Katastrophen zu beschreiben und die Befehlskette in diesen Fällen zu kennen (Jakeway et al. 2008). Die US-amerikanische *Association of Public Health Nurses* (APHN 2014) sieht zudem die *Public Health Preparedness and Response Core Competencies* (ASPH 2010) als relevante Orientierung für eine Tätigkeit in diesem Feld an. Dabei werden konkret vier große Kompetenzfelder angesprochen, und zwar (1) vorbildlich führen; (2) kommunizieren und Information gestalten; (3) Praxis vorausplanen und verbessern; (4) Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeitenden gewährleisten (siehe auch Ablah et al. 2020). Zudem wird in der Literatur wiederholt betont, dass in der Rolle der *Public Health Nurse* unterschiedliche Kompetenzsets zusammengeführt werden. Gemeint sind allgemeine pflegerische Kompetenzen sowie spezielle Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen aus dem Bereich des *Public Health Nursing*, des *Emergency Nursing* (Notfallpflege) sowie des *Disaster Nursing* (Katastrophenpflege). Aufgrund dessen gelten *Public Health Nurses* als in jeder Hinsicht kompetente und zuverlässige Partner\*innen für nationale, regionale und lokale (Gesundheits-)Behörden und politische Entscheidungsträger sowie für Katastrophenschützer\*innen und andere Gesundheitsprofessionen oder Gesundheitseinrichtungen bei Krisen, Notfällen und Katastrophen unterschiedlichster Art (Schriver et al. 2003; APHN 2014).

Im deutschsprachigen Raum ist die Pflege weniger politisch sichtbar und vertreten, wenn es um die Katastrophenvorsorge, das Katastrophenmanagement oder die Bewältigung von Katastrophenfolgen geht. Es gibt kaum deutschsprachige Literatur aus der Pflege(-wissenschaft) zu diesem Thema, es fehlt an thematisch einschlägigen Verbänden oder Fachgesellschaften der Disziplin sowie an Arbeits- und Forschungsgruppen oder Sektionen in anderen Fachgesellschaften und Verbänden, die mit dem Thema befasst sind. Folglich mangelt es auch an einer theoretischen, konzeptionellen und empirischen Auseinandersetzung mit dem Auftrag, der Rolle und den Möglichkeiten der Katastrophenpflege. Das für die hiesige Pflege „*exotische Arbeitsfeld*“ (Sauer 2014, 32) wird in Deutschland meist unter den Begriff Katastrophenmanagement subsumiert und in einschlägigen Diskursen zu diesem Thema mehr oder weniger implizit mitbehandelt (Sauer 2012). Katastrophenschutz oder Krisen- und Notfallvorsorge spielen in der deutschen Pflege(-wissenschaft) eine geringe Rolle (Oschmiansky et al. 2018). Ein Grund hierfür mag sein, dass großräumige Katastrophen in Deutschland seit dem Ende des zweiten Weltkrieges ausgeblieben sind (Sauer 2012). Ein anderer Grund dürfte darin liegen, dass die Pflegewissenschaft sich hierzulande im internationalen Vergleich spät entwickeln und etablieren konnte und in vielen Themenbereichen noch immer ein erheblicher Nachholbedarf gegenüber der internationalen Wissenschaftsgemeinschaft besteht – nicht allein, wenn es um die Rolle und Beiträge der Pflege vor, während und nach Krisen, Notfällen oder Katastrophen geht. Schließlich

ist auf die nachgeordnete Position der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen, in der sozialrechtlich abgesicherten Gesundheits- und Sozialversorgung sowie in darauf ausgerichteten politischen und wissenschaftlichen Entscheidungsgremien hinzuweisen. Dies alles sind Gründe dafür, dass die Pflege hierzulande im Unterschied zu vielen anderen Ländern (auch) in diesem Kontext kaum als relevanter Player wahrgenommen wird.

Hinweise zu pflegerelevanten Aspekten im Zusammenhang mit Katastrophen sind somit allenfalls in der Literatur angrenzender Professionen und Disziplinen zu finden, bspw. denen der Katastrophenmedizin. Tatsächlich finden sich in deren Wissenschafts- und Praxisdiskursen zahlreiche Aspekte, die auch für die Pflegepraxis und -wissenschaft relevant sein können (ohne dass diese Berufsgruppe in jedem Fall auch erwähnt oder gezielt angesprochen wird). Zudem sind viele dieser Publikationen vorrangig auf das Krankenhaus und dessen Rolle und Auftrag im Katastrophenfall beschränkt – auch hierauf wurde zuvor bereits hingewiesen. Thematisiert werden dann bspw. Katastrophenpläne und Finanzierungsfragen (Bail et al. 2007), ansatzweise aber auch bereits die Rolle der Krankenhäuser für die so genannte *Community-Preparedness* (Albanese et al. 2008). Settings wie Pflegeheime oder die häusliche und gemeindebasierte pflegerische Versorgung, werden in diesen Arbeiten selten oder gar nicht berücksichtigt. Dem zu begegnen und auch hierzulande Erfahrungen und Erkenntnisse der globalen pflegewissenschaftlichen Gemeinschaft aufzugreifen und zu nutzen, ist angesichts der sich in diesem Bereich abzeichnenden Entwicklungen und Herausforderungen von großer Dringlichkeit.

## IV. Bündelung zentraler Erkenntnisse

Im Teilprojekt 3 des Gesamtvorhabens AUIPK geht es im Wesentlichen um die häusliche (Intensiv-)Versorgung pflegebedürftiger Personen (inkl. schwer kranker und technikabhängiger Patient\*innen), um Sicherheitsdimensionen dieser Form der Versorgung sowie um die Resilienz der ambulanten pflegerischen Infrastrukturen gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen. Um ein gemeinsames Grundverständnis der dabei zu bearbeitenden Themen legen, Wissenslücken identifizieren, theoretische Orientierung bieten sowie konkrete Anknüpfungspunkte für die folgenden Forschungs- und Entwicklungsarbeiten identifizieren zu können, wurde in einem ersten Arbeitsschritt die hierzu einschlägige Literatur kompiliert und synthetisiert. Dies erwies sich als ein in mehrfacher Hinsicht anspruchsvolles Unterfangen:

Zwar konnte ein umfangreicher Literaturbestand aus der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Versorgungs- und Sicherheitsforschung zusammengetragen und punktuell um Informationen aus der (inter-)nationalen Forschung zum Katastrophenschutz angereichert werden. Für das hier interessierende Thema relevant erscheinende Erkenntnisse wurden aus den verfügbaren Quellen extrahiert und aufbereitet. Eine vollständige Sichtung und Auswertung der umfangreichen Forschungsliteratur aus den vielfach unverbundenen und z. T. weit verzweigten Forschungsfeldern und wissenschaftlichen Diskursen war in dem gegebenen Rahmen aber weder möglich noch beabsichtigt. Der Versuch, Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschafts- und Praxisdiskursen zu kompilieren, ging zwangsläufig zu Lasten der Vollständigkeit in Detailfragen. Zudem musste bei der Ergebnispräsentation eine Balance gefunden werden zwischen den für die Einordnung erforderlichen Hintergrundinformationen auf der einen und den für die häusliche und gemeindebasierte (Intensiv-)Versorgung spezifischen Erkenntnissen auf der anderen Seite. Zu konkreten Teilfragen oder spezifischen Aspekten werden deshalb im Bedarfsfall ergänzend und vertiefend systematische Literaturreviews durchgeführt werden müssen (z. B. zu Instrumenten zur Erfassung der *Disaster Preparedness* von Pflegefachpersonen; zu Effekten von Evakuierungen in der häuslichen Versorgung oder zur *Disaster Literacy* von Pflegefachpersonen, Helfer\*innen, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen).

Trotz dieser Limitationen konnte mit der Literatursynthese und der nachfolgenden Bibliografie ein tragfähiges Fundament für die im Rahmen von AUIPK geplanten Forschungs- und Entwicklungsarbeiten gelegt werden. Zentrale Erkenntnisse aus diesem Arbeitsprozess werden im Folgenden auf drei Entscheidungs- und Handlungsebenen gebündelt, bevor das Working Paper mit einem Ausblick auf die weiteren Aktivitäten im Teilprojekt 3 abgerundet wird.

### 1. Herausforderungen auf gesellschaftlich-systemischer Ebene

Der hier zusammengetragenen und synthetisierten Literatur ist zu entnehmen, dass das Thema Sicherheit in modernen Gesellschaften allgegenwärtig ist; auch im Hinblick auf das Gesundheitssystem und gesundheitliche Belange wird es international inzwischen häufiger thematisiert. Zuweilen wird dabei noch einem eng gefassten Verständnis gefolgt und allein auf die der Gesundheitsversorgung innewohnenden, objekt erfassbaren Gesundheitsrisiken Bezug genommen – so insbesondere im Patientensicherheitsdiskurs. Immer öfter aber wird in den Diskussionen ein umfassendes Sicherheitsverständnis zugrunde gelegt, bei dem es um die Abwesenheit von Bedrohungen jedweder Art wie auch subjektive Sicherheitsdimensionen geht. Damit rücken zugleich unterschiedliche Dimensionen der Vulnerabilität von Individuen, sozialen Gemeinschaften und des gesamten Mensch-Umwelt-Systems ins Blickfeld (Endreß/Schattschneider 2010; Christmann et al. 2011; Kaufmann 2017). Für die wachsende Konjunktur des Sicherheitsdiskurses auch mit Blick auf das Gesundheitsversorgungssystem gibt es zahlreiche Gründe. An erster Stelle wird in dem Zusammenhang auf einige globale gesellschaftliche Entwicklungstrends hinzuweisen sein (Endreß/Schattschneider 2010):

- Zu diesen Trends zählt bspw. das stetige Wachstum der Weltbevölkerung und infolgedessen eine zunehmende Bevölkerungsdichte selbst in Regionen mit hohen Risiken, etwa für Umweltkatastrophen oder technische Unfälle. In der Folge sind mehr Menschen von derartigen Schadensereignissen betroffen und auch die erlittenen Schäden sind ausgeprägter.
- Moderne Gesellschaften sind zudem in erhöhtem Maß von Technologien abhängig und damit auch hochgradig vulnerabel gegenüber damit zusammenhängenden Störfällen (z. B. bei der Stromversorgung) (Christmann et al. 2011).
- Der Wandel des globalen Klimas hat schon heute erhebliche Auswirkungen auf das Mensch-Umwelt-System und zieht immer öfter auch konkrete wetterbedingte Schadensereignisse nach sich, deren Häufigkeit und Schwere seit Jahren deutlich zunehmen. Dies gilt für urbane wie für ländliche Regionen, wirkt sich aber regional aber unterschiedlich aus und erfordert daher differenzierte Herangehensweisen.
- Zu berücksichtigen sind auch Folgen der Globalisierung, darunter z. B. die enge Verflechtung von Produktionsprozessen und Wirtschaftsbeziehungen sowie in Folge verstärkte Abhängigkeiten der Länder voneinander. Kritisch wird dies etwa im Bereich der Medikamentenversorgung sowie der Ausstattung mit Medizintechnik oder Schutzausrüstung.
- Erhöhte Mobilität und verstärkte Reiseaktivitäten können zu einer rascheren Verbreitung alter und neue Infektionskrankheiten und infolgedessen zu weitreichenden Gesundheitsschäden für große Bevölkerungsgruppen beitragen. Die aktuelle COVID-19-Pandemie ist ein aktuelles und eindruckliches Beispiel für derartige Entwicklungen.
- Schließlich stellen zunehmende soziale Komplexität und Diversität sowie gesellschaftliche Konflikte und Terrorismus eine latente, aber andauernde Bedrohung von Infrastrukturen und relevanten Prozessen für das Funktionieren moderner Gesellschaften dar – darunter auch für die verschiedenen Bereiche der Gesundheits- und Sozialversorgung.

Der zivile Sicherheitsdiskurs will all diese unterschiedlichen Bedrohungen gleichermaßen in den Blick nehmen (All-Gefahrenansatz) und nach vorausschauenden Strategien und geeigneten Interventionen suchen, um die Sicherheit der Bevölkerung bei natürlichen, technischen oder von Menschen verursachten Krisen, Notfällen und Katastrophen gewährleisten, Schäden im Vorfeld abwenden oder im Verlauf begrenzen und eine rasche und umfassende Wiederherstellung nach einem Schadensereignis ermöglichen zu können (BMBF 2018).

Bei all dem rückt ein Faktor in jüngerer Zeit vermehrt ins Bewusstsein, der für AUPIK und das Teilprojekt 3 von zentraler Bedeutung ist: Die wachsende Zahl chronisch kranker, oftmals älterer und in vielerlei Hinsicht auf Fremdhilfe angewiesener Personen ist bei derartigen Ereignissen stets besonderen Sicherheitsrisiken ausgesetzt, und zwar unabhängig davon, wo und wie sie leben. Diese Personengruppen bekommen die Auswirkungen von Schadensereignissen oft unmittelbar und auch in besonderer Schwere zu spüren (Zettl/Nell 2019). Gründe hierfür sind insbesondere ihre anhaltenden, mehr oder weniger weitreichenden Gesundheitsbeschwerden und die damit einhergehende Behandlungsbedürftigkeit. Hinzu kommen womöglich kognitive, sensorische, motorische oder mentale Beeinträchtigungen, mehr oder weniger fortgeschrittene Pflegebedürftigkeit oder auch die Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien. Für Ersthelfer\*innen und Katastrophenschützer\*innen stellen diese Personengruppen eine wachsende Herausforderung dar, denn sie leben trotz ihrer Beeinträchtigungen überwiegend dezentral in privaten Wohnungen, Wohngemeinschaften oder ähnlichen Einrichtungen in der Gemeinde/Kommune. Aufgrund dessen sind sie womöglich nur unter erschwerten Bedingungen zugänglich, nicht unmittelbar erreichbar oder – etwa aufgrund kognitiver oder mentaler Probleme sowie ggf. technischer Abhängigkeiten – nur eingeschränkt kooperationsfähig oder kooperationswillig (Zettl/Nell 2019). Auch deren Helfer\*innen – etwa Mitarbeitende von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, niedergelassene Ärzt\*innen, Apotheker\*innen oder andere Gesundheitsdienstleister\*innen (z. B. Kranken- und Pflegekassen, Pflegestützpunkte), stehen im Fall des Falles womöglich nicht zur Verfügung, um mit relevanten Informationen über

die Situation und den konkreten Bedarf der hilfebedürftigen Personen auszuwählen (Oschmiansky/Händlmeyer 2019). Die Sicherheit der hier angesprochenen vulnerablen Teilpopulationen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen durch abgestimmte und systematische Interventionen zu erhöhen, gilt daher international als eine zunehmend drängende Aufgabe (ARC/AAN 2020; Zork 2014).

Ein wesentlicher Faktor bei der Bewältigung dieser Aufgabe ist die gezielte Information der Bevölkerung über die mit unterschiedlichen Krisen, Notfällen und Katastrophen einhergehenden (Gesundheits-)Risiken und über Möglichkeiten, wie denen möglichst bereits im Vorfeld begegnet werden kann – auch dies ließ sich der Literatur entnehmen (Wyte-Lake et al. 2019). Die gesamte Bevölkerung, insbesondere aber Menschen mit langfristigem Pflege- und Unterstützungsbedarf und die Personen in ihrem sozialen Umfeld, sollte gut informiert sein und grundsätzlich wissen, wie man sich selbst und andere durch möglichst einfache Maßnahmen schützen, wie man Hilfe holen und sich vorübergehend auch gegenseitig unterstützen kann. Diese Facette der Gesundheitskompetenz (*Disaster Literacy*) zu fördern und diese Personengruppen dabei zu unterstützen, auf Krisen, Notfälle und Katastrophen ausgerichtete Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, wird künftig mehr Aufmerksamkeit und gesamtgesellschaftliche Initiativen erfordern (Brown et al. 2014). Nur so wird es möglich, dass sich diese Personen an Entscheidungen über ihre Situation aktiv beteiligen, Vorsorgemaßnahmen treffen, auf Risiken reagieren und ihre Gesundheit, ihr Sicherheitsgefühl und ihr Wohlbefinden vor, während und nach solchen Ereignissen positiv beeinflussen (vgl. hierzu Brown et al. 2014; Hipper et al. 2018; So et al. 2020; Çalıřkan/Üner 2020).

Um die besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen vor Sicherheitsrisiken jedweder Art besser schützen zu können, sollten künftig aber nicht allein verhaltensorientierte, sondern auch verhältnisorientierte Maßnahmen ergriffen werden. Dazu zählt, die Resilienz der pflegerischen Langzeitversorgung wie auch des Gesundheitssystems als Ganzes gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen zu optimieren (Laditka et al. 2008a). Systemresilienz wird definiert,

*„(...) als die Fähigkeit eines Systems, externe Bedrohungen zu absorbieren, zu antizipieren und zu transformieren – und/oder Schocks vorherzusehen, die neue Herausforderungen und Chancen mit sich bringen – und dennoch die Kontrolle über seinen Auftrag und die Verfolgung seiner primären Ziele und Funktionen zu behalten“ (WHO 2017, 5; eigene Übersetzung ins Deutsche).*

Laut Plough et al. (2013, 1191) gilt eine soziale Gemeinschaft oder eine Kommune als resilient, wenn sie sich auf diverse Widrigkeiten, bspw. ökonomische Krisen, durch Pandemien ausgelöste Notfallsituationen oder andere von Menschen verursachte, technische oder natürliche Katastrophen vorbereitet hat sowie ihre Auswirkungen signifikant zu begrenzen und sich von deren Folgen zu erholen vermag. Damit dies gelingen kann, werden vor allem die Stärken der jeweiligen Gemeinschaft und nicht deren Schwächen hervorzuheben sein (Plough et al. 2013; ähnlich auch Christmann et al. 2011). Zudem ist das anhaltende Engagement aller Mitglieder dieser sozialen Gemeinschaft für das gemeinsame Anliegen vorausgesetzt. Im konkreten Fall wird also zu eruieren sein, wie sehr sich die Gesellschaft um ihre besonders vulnerablen Teilgruppen bemüht und welche Maßnahmen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene ergriffen werden, um sie vor Schaden durch Krisen, Notfälle und Katastrophen zu bewahren.

Bei diesen Bemühungen kann dann an Erkenntnisse und Trends der Forschung und Entwicklung im Bereich der zivilen Sicherheit angeknüpft werden, etwa an (1) das Ringen um ein positives Sicherheitsverständnis, (2) die Berücksichtigung sowohl objektiver wie auch subjektiver Sicherheitsdimensionen, (3) das Bemühen um ein vorausschauendes Management von Risiken sowie (4) die Entwicklung einer umfassenden Sicherheitskultur in allen Bereichen der Gesellschaft – darunter auch im Gesundheitssystem und in den ambulanten Pflegeinfrastrukturen (Endreiß/Feißt 2014). Diese auf internationaler Ebene konsentierten Strategien und Maßnahmen zur

Förderung der Resilienz moderner Gesellschaften und ihrer Teilsysteme gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen werden aufzugreifen und in konkrete Maßnahmen zu übersetzen sein. Wie komplex die dabei zu bewältigenden Herausforderungen auf gesellschaftlich-systemischer Ebene sind, kann bspw. an dem vom US-amerikanischen Nationalen Forschungsrat (National Research Council 2011) entwickelten und von Beer et al. (2014) adaptierten Humanfaktorenmodell nachvollzogen werden, das weiter oben vorgestellt wurde. Es berücksichtigt unterschiedliche Akteur\*innen, Aufgaben und Technologien sowie physische, soziale, sozialräumliche und politische Umgebungsfaktoren und ihre Einflüsse auf das Versorgungsgeschehen und bietet somit eine gute Orientierung für die auch im Rahmen des AUPIK-Gesamtprojekts anstehende Forschung und Praxisentwicklung im Bereich der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung. Aber auch die vorgestellten Modelle des *Disaster Nursing* (zusammenfassend: Pourvakhshoori et al. 2015) können als Anregung genutzt werden, um den komplexen Herausforderungen, die in diesem Zusammenhang auf gesellschaftlicher Ebene zu bewältigen sind, zu begegnen. Gemeinsam ist ihnen eine systemische Betrachtungsweise, bei der die einzelnen Elemente nicht isoliert voneinander, sondern vielmehr in ihren Interdependenzen betrachtet werden. Dies wird auch bei den Forschungsaktivitäten im Kontext von AUPIK zu bedenken sein.

Um die ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Deutschland besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereiten und resilienter gegenüber derartigen Ereignissen aufstellen zu können, sind auf gesellschaftlich-systemischer Ebene (*Better Prepared Societies*) bei den anstehenden Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten u. a. die folgenden Aspekte bedenkenswert:

- Die Gesundheits- und Sozialversorgung von langfristig auf Hilfe angewiesenen Personen wird in Deutschland als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet. Der Schutz dieser Bevölkerungsgruppe vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen wird daher nicht allein ambulanten Pflegediensten und den im ökonomisierten Pflegemarkt wirkenden Kräften überantwortet werden dürfen. Zu fragen wäre vielmehr, von wem diese gesamtgesellschaftliche Verantwortung auf regionaler und lokaler Ebene nachdrücklich(er) wahrgenommen werden kann und auf welche Weise sie sich manifestieren soll. Welche Möglichkeiten – etwa der Einbindung von lokalen oder kommunalen Pflegekonferenzen – bestehen (bspw. in der für AUPIK ausgewählten Modellregion) und können für die Vorsorge, das Management und die Bewältigung von Alltagsstörungen genutzt werden?
- Eng damit verbunden ist die Frage, inwieweit die Belange von Personen mit langfristigem Pflege- und Unterstützungsbedarf bei der Planung, Vorbereitung und Implementierung von auf Krisen, Notfälle und Katastrophen ausgerichteten Maßnahmen schon heute bedacht werden. Werden ihre besonderen Bedarfe hinreichend berücksichtigt und wie werden sie in Maßnahmen des Krisen- und Notfallmanagements oder des Katastrophenschutzes integriert? Internationalen Erfahrungen folgend, könnte sich die Einbindung von Expert\*innen für das *Disaster Nursing* in einschlägige Beratungs- und Entscheidungsgremien auch in Deutschland als hilfreich erweisen. Sie könnten in diesen Gremien ihre spezifischen Erfahrungen einbringen, für die besonderen Belange dieser Personengruppen sensibilisieren und eine kustodial-anwaltschaftliche Interessenvertretung für sie wahrnehmen.
- Wie zuvor angedeutet, spielen Informationen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen eine wichtige Rolle, damit die Bevölkerung sowie ausgewählte Bevölkerungsgruppen gezielt auf derartige Ereignisse vorbereitet und Schäden minimiert werden können. Offen ist weitgehend, wie diese Informationen insbesondere im Hinblick auf die Herausforderungen in der häuslichen pflegerischen (Intensiv-)versorgung gestaltet sein müssen und wie sie an vulnerable Personengruppe oder ambulante Dienste übermittelt werden können. Um diese Fragen beantworten zu können, wird u. a. an die aktuellen gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Aktivitäten zur Förderung von Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) in Deutschland anzuknüpfen und der spezifische Auftrag von Pflegefachpersonen dabei zu reflektieren sein (Ewers et al. 2016).

- International spielen lokale/kommunale Einrichtungen und die dort beschäftigten Public-Health-Expert\*innen eine wichtige Rolle bei der Resilienzförderung gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen und bei der Abwehr und Bewältigung von Gesundheitsschäden auf Seiten der Bevölkerung (Rowney/Barton 2005). Darunter finden sich u. a. auch *Public Health Nurses* oder *Community Health Nurses*. Sie sind Ansprechpartner\*innen (auch für ambulante Dienste / Home Care Dienste) schulen und beraten deren Mitarbeitende oder auch ehrenamtliche Helfer\*innen, treffen Vorkehrungen für Alltagsstörungen in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung, übernehmen Erst-Helfer-Funktionen und wirken beratend an der Entwicklung von Konzepten und Strategien des Katastrophenschutzes auf kommunaler Ebene mit. Welche Rolle den öffentlichen Gesundheitsdiensten (ÖGD) hierzulande und dort insbesondere der Pflege im Zusammenhang mit der Resilienzförderung ambulanter Pflegeinfrastrukturen und der Sicherheit vulnerabler Bevölkerungsgruppen hierzulande zukommt bzw. zukommen sollte, ist klärungsbedürftig.

## 2. Herausforderungen auf organisatorisch-struktureller Ebene

Geht es um Herausforderungen, die auf organisatorisch-struktureller Ebene vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen zu beantworten sind, wurden hier die ambulanten Pflegedienste und vergleichbare Organisationen im ambulanten Sektor ins Blickfeld gerückt. Das ist insofern bemerkenswert, als in diesem Zusammenhang in der Literatur und in den einschlägigen Diskursen üblicherweise andere Organisationen im Fokus stehen – an erster Stelle Krankenhäuser unterschiedlicher Größe und Ausstattung. Sie können einerseits selbst mit derartigen Ereignissen konfrontiert sein und müssen sich entsprechend vorbereiten – etwa durch die Erarbeitung und Implementierung von Notfall- und Katastrophenschutzplänen. Andererseits spielen sie bei der Beantwortung von Krisen, Notfällen und Katastrophen eine wichtige Rolle, bspw. als zentrale Anlaufstelle für die Erstversorgung von Betroffenen und deren Weiterversorgung. Dafür verfügen sie in aller Regel sowohl über spezialisierte Aufbau- und Ablaufstrukturen wie vor allem auch über das Gesundheitspersonal mit entsprechender Expertise (z. B. in der Notfallmedizin, der Notfallpflege). Ambulante Gesundheitsdienstleister, etwa Einrichtungen der Primärversorgung (Hausarztpraxen oder Familien- und Gemeindegesundheitszentren), Apotheken oder zugehende Dienste (insbesondere ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste), werden in ihrer Rolle und Bedeutung für die Beantwortung derartiger Ereignisse seltener betrachtet. Grundsätzlich sind sie eher für eng begrenzte, alltägliche Versorgungsaufgaben, denn für Krisen, Notfälle und Katastrophen und die damit einhergehenden Anforderungen gerüstet. In AUPIK sind allerdings eben diese ambulanten Infrastrukturen Ausgangs- und Zielpunkt der Forschungs- und Entwicklungsarbeiten. Sie sollen widerstandsfähiger gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen gemacht werden, damit dezentrale häusliche Pflegearrangements – nicht zuletzt auch für schwer kranke und technikabhängige Menschen – so lange wie möglich aufrechterhalten werden können. Auf diese Weise sollen negative Folgen von Evakuierungen vermieden, zugleich aber einer Überlastung zentraler Anlaufstellen (z. B. von Notaufnahmen) entgegengewirkt werden. Bei diesem Unterfangen könnten sich u. a. folgende Faktoren auf organisatorisch-struktureller als hinderlich erweisen.

In Deutschland wurde mit Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung zur Beantwortung der Herausforderungen in der Langzeitversorgung vorwiegend älterer Menschen auf individuenbezogene Angebote der Dienstleistungswirtschaft gesetzt und ein sogenannter Pflegemarkt eingeführt. Die ambulanten Pflegedienste sind heute meist privatwirtschaftlich getragen und eigenwirtschaftlich tätig. Sie stehen in Konkurrenz zu anderen Anbietern und halten in der Regel lediglich ein eng begrenztes, sozialrechtlich definiertes Spektrum an Dienstleistungen vor (SVR 2014). Auch auf Seiten anderer ambulanter Dienstleister sind ähnliche ordnungspolitische Leitideen und Programmatiken wirksam – etwa in der individuenzentrierten haus- und fachärztlichen Versorgung durch in Einzelpraxen tätige Freiberufler, auf Seiten von Apotheken und

Hilfsmittellieferanten oder bei den sogenannten Heilmittelanbietern (z. B. Physio- und Ergotherapeut\*innen, Logopäd\*innen). Diese verschiedenen Gesundheitsdienstleister und ihre jeweiligen Versorgungsangebote sind auf lokaler Ebene in den Regionen oder Kommunen kaum untereinander oder auch mit anderen Leistungsanbietern vernetzt (z. B. Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Rettungsdienste). Zuweilen stehen die verschiedenen Marktteilnehmer\*innen sogar untereinander in Konkurrenz – etwa die ambulanten Pflegedienste in einer Region oder Kommune, weshalb das Interesse an einer übergreifenden Zusammenarbeit womöglich gering ist. Diese in Deutschland ausgeprägte Fragmentierung und Desintegration der Strukturen und Angebote der Gesundheitsversorgung wird seit langem beklagt (SVR 2012, 2014, 2018). Wie es angesichts dieser organisatorisch-strukturellen Ausgangsbedingungen in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung gelingen kann, ein gemeinschaftliches und abgestimmtes Handeln vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen zu fördern und zu ermöglichen, ist unklar. Dabei ist zu bedenken, dass die organisationsübergreifende Kooperation und Koordination der verschiedenen Anbieter\*innen untereinander und mit den Katastrophenschutzorganisationen in der einschlägigen Literatur immer wieder als wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Vorbereitung auf sowie bei dem Management und der Bewältigung von derartigen Ereignissen angesehen werden. Es wird deshalb in den empirischen Erhebungen im AUPIK-Projekt u. a. zu klären sein, welches Problembewusstsein und welche Sichtweisen die ambulanten Pflegedienste und ihre Leitungskräfte diesbezüglich haben und welche Bereitschaft sie zeigen, sich für die Beantwortung gesamtgesellschaftlicher Herausforderungen zu engagieren und über ihren eigenen Bereich hinausgehend Verantwortung zu übernehmen. Zudem wird zu eruieren sein, welche Anreize und Rahmenbedingungen dafür aus ihrer Sicht notwendig sind.

Zu bedenken ist auch, dass sich die ambulanten Pflegeinfrastrukturen in den letzten Jahren zunehmend ausdifferenziert haben – sowohl entlang von Nutzergruppen und Bedarfsprofilen wie auch mit Blick auf spezifische Erlösaussichten und unbesetzte Marktsegmente (SVR 2014; Szepan 2018). Die häusliche Intensivversorgung von schwer kranken und technikabhängigen Menschen ist ein Beispiel hierfür. Diese Entwicklungen haben einerseits zu einer steigenden Komplexität der häuslichen Versorgung beigetragen, auf die Rettungsdienste und Katastrophenschützer\*innen womöglich nicht hinreichend vorbereitet sind. Zugleich hat diese Entwicklung zu einer ausgeprägten Unübersichtlichkeit und Intransparenz dieses Versorgungsbereichs geführt (Stark et al. 2019). Informationen über die verschiedenen, dezentral in ihrer Häuslichkeit oder in Wohngemeinschaften versorgten Menschen, deren soziale und gesundheitliche Situation wie auch über deren konkreten Pflege- und Versorgungsbedarf sind lückenhaft und nicht unmittelbar zugänglich (ebd.). Im Fall von regionalen oder lokalen Krisen, Notfällen und Katastrophen ist weitgehend ungeklärt, welche Menschen in welcher Situation in ihrer Häuslichkeit angetroffen werden und wie deren womöglich komplexe und hochgradig technikintensive Weiterversorgung trotz widriger Umstände gesichert werden kann (DRK 2018b). Pflegebedürftige könnten allein angetroffen werden, in Begleitung von Familienangehörigen und gering qualifizierten Betreuungskräften oder auch von Pflegefachpersonen. Sie könnten einen leichten alltagsnahen Unterstützungsbedarf aufweisen, aber auch auf lebenserhaltende Technologien und intensivpflegerische Versorgung angewiesen sein oder sich in psychischen Krisen oder sogar im Sterbeprozess befinden. Ob und inwieweit ein ambulanter Pflegedienst in die Versorgung involviert ist, über welche Expertise seine Mitarbeitenden verfügen und ob sie bereit und in der Lage sind, mit den Rettungskräften und Katastrophenschützer\*innen zu kooperieren, um die dezentrale häusliche Versorgung in hochgradig individualisierten Pflegearrangements möglichst lange aufrecht zu erhalten oder einen Transfer in eine zentrale Notunterkunft zu begleiten, wird im Einzelfall oft erst mühsam zu eruieren sein (Sauer 2020). Auch dieses Thema – die rasche Identifikation besonders vulnerabler Patientengruppen und ihre gezielte Weiterversorgung unter erschwerten Bedingungen – wird in der internationalen Literatur vielfach als Herausforderung angesehen und diskutiert. Eng damit verbunden sind grundsätzliche Fragen der Aufbereitung und Weitergabe von (personenbezogenen) Informationen in der und über die

häusliche und gemeindebasierte Versorgung im Zusammenhang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen, die sich im deutschen Gesundheitssystem mit seinen strengen Datenschutzbestimmungen sicher noch einmal in spezifischer Weise stellen.

Als problematisch könnte sich schließlich erweisen, dass es sich bei den ambulanten Pflegediensten oft um Klein- und Kleinstbetriebe handelt, denen es an organisatorischer Binnendifferenzierung und auf der Ebene des Managements zuweilen auch an Expertise und Professionalität fehlt. Zwar gibt es auch im sogenannten Pflegemarkt zunehmend Konzentrationsbestrebungen – insbesondere auf Seiten privatwirtschaftlich orientierter Träger, was mitunter größere und effektivere Organisationseinheiten hervorbringt. Zudem gibt es von Wohlfahrtsverbänden fachliche Unterstützung sowie einschlägige Beratungs- und Unterstützungsleistungen, die von den Diensten in Anspruch genommen werden könnten. Inwieweit diese bereits auf Sicherheitsfragen – sowohl solche der Patientensicherheit wie auch der Zivilen Sicherheit und des Katastrophenschutzes – ausgerichtet sind und inwieweit sie das Problembewusstsein bei den jeweiligen Mitgliedsorganisationen dafür schärfen und ihre Motivation zur Auseinandersetzung mit den hier aufgegriffenen Themen fördern können, lässt sich nicht valide beurteilen. Es ist aber basierend auf vorliegenden Erfahrungen und anekdotischen Berichten aus dem Feld mit einer gewissen Berechtigung davon auszugehen, dass die mit Blick auf Krisen, Notfälle und Katastrophen zu treffenden organisatorischen Vorbereitungen – etwa was die Erarbeitung und Umsetzung anspruchsvoller Katastrophenvorsorgepläne und Sicherheitskonzepte betrifft – viele ambulante Pflegedienste hierzulande überfordern dürfte. Ähnliche Erfahrungen wurden auch aus anderen Ländern berichtet, weshalb hier sowohl von Regierungsseite wie auch von einschlägigen Verbänden und Behörden Unterstützung geleistet wird – etwa in Form von Schulungen oder konkreten Handreichungen (ex. Pierce et al. 2017). Dennoch ist immer wieder zu lesen, dass selbst die Implementierung dieser Konzepte, Standards und Leitlinien für eine bessere Vorbereitung auf und einen sicheren Umgang mit verschiedenen Krisen, Notfällen und Katastrophen im Alltag Probleme aufwirft. Ursächlich dafür sind motivationale Gründe und fehlende Anreizsysteme einerseits, aber auch organisatorisch-strukturelle Hindernisse auf Seiten der ambulanten Dienste andererseits. Um die ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Deutschland angesichts dessen besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorbereiten und resilient gegenüber derartigen Ereignissen aufstellen zu können, werden auf organisatorisch-struktureller Ebene (*Better Prepared Organizations*) bei den anstehenden Forschungs- und Entwicklungsarbeiten u. a. die folgenden Aspekte zu bedenken sein:

- Die häusliche und gemeindebasierte Versorgung geht mit spezifischen Sicherheitsrisiken für Patient\*innen und deren soziales Umfeld wie auch für Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste einher. Diese allgemeine Feststellung gilt für die häusliche Intensivversorgung technikabhängiger Menschen in besonderer Weise. Das Bewusstsein dafür auf Seiten der ambulanten Pflegedienste und anderer ambulanter Dienstleister zu schärfen, ist seit langem überfällig. In dem Zusammenhang ist eine professionelle Leitung ambulanter (Intensiv-)Pflegedienste mit einem ausgeprägten Problembewusstsein und tragfähigen Strategien von großer Bedeutung. Inwieweit beim Management ambulanter (Intensiv-)Pflegedienste aber bereits eine entsprechende Sensibilität gegenüber den spezifischen Sicherheitsrisiken bei der häuslichen Versorgung besteht, welche konkreten Vorsorgemaßnahmen bereits getroffen werden, inwiefern sie dem (inter-)nationalen Erkenntnisstand entsprechen und wie anforderungsgerecht und tragfähig sie letztlich sind, ist mit Blick auf die deutsche Situation weitgehend unbekannt.
- Eine auf breitem Konsens beruhende Grundaussage in der Literatur ist, dass sich die Anbieter von Gesundheitsdiensten strukturell und personell auf die besonderen Herausforderungen in Krisen, Notfällen und Katastrophen besser vorbereiten müssen. Hierbei spielen organisationsinterne Richtlinien und Handreichungen, Katastrophenschutzpläne, regelmäßige Weiterbildungen und Übungen sowie vergleichbare Maßnahmen eine wichtige

Rolle. Zudem gibt es gesetzliche Verpflichtungen, die in diese Richtung zielen – auch hierzulande. Inwieweit diese Maßnahmen aber im Alltag gelebt werden und wie gut vorbereitet die Einrichtungen tatsächlich sind, ist – zumindest mit Blick auf die ambulanten Pflegedienste hierzulande – unbekannt. Die Einrichtungen dabei zu unterstützen, die gesetzlichen Auflagen und Vorschriften nicht nur pro forma abzuarbeiten, sondern mit Leben zu erfüllen, dürfte eine wichtige Voraussetzung dafür sein, die Widerstandsfähigkeit dieser Einrichtungen gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen erhöhen zu können.

- Um auf außergewöhnliche Ereignisse besser vorbereitet zu sein und Schaden von der Bevölkerung abwenden zu können, ist der Aufbau vernetzter Organisationsmodelle in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung angezeigt. Dies bestätigen Erfahrungen aus Ländern mit umfänglichen Krisen- und Katastrophenerfahrungen. Dabei müssen unterschiedliche Organisationen und Einrichtungen gemeinschaftlich systematische und auch organisationsübergreifende Vorgehensweisen entwickeln, planen und erproben, die auf das lokale Umfeld abgestimmt sind und das gesamte Mensch-Umwelt-System in den Blick nehmen. Wie dieser Forderung nach einer sozialräumlichen Perspektive angesichts eines kompetitiven, auf Konkurrenz statt auf Kooperation angelegten Pflegemarktes und eines auch ansonsten eher fragmentierten, von Partikularinteressen durchzogenen ambulanten Versorgungssektors in Deutschland zu realisieren ist oder welche konkreten Anpassungen erforderlich sind, wird im Rahmen von AUIK kritisch zu prüfen und zu diskutieren sein.
- Dabei wäre nicht zuletzt zu untersuchen, wie Initiativen zur Verknüpfung ambulanter und stationärer Gesundheitsdienste mit Rettungsdiensten und Katastrophenschützer\*innen auf regionaler und lokaler Ebene aussehen können, um den komplexen Anforderungen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen künftig auf ineinandergreifende und koordinierte Weise begegnen zu können. Auch diesbezüglich liegen hierzulande noch kaum empirische Erfahrungen vor. International haben sich diese Kooperationen als unverzichtbar für die Vorsorge, das Management und die Bewältigung derartiger Ereignisse erwiesen, allerdings müssen sie auch koordiniert werden. In dem Zusammenhang wird erneut die Etablierung von zentralen Ansprechpartner\*innen auf lokaler Ebene mitzudenken sein, die – anknüpfend an internationale Erfahrungen des *Public Health Nursing* und *Community Health Nursing* – ein Problembewusstsein schaffen, Vorsorge- und Entwicklungsmaßnahmen auf den Weg bringen und die ambulanten Pflegedienste und andere Organisationen im ambulanten Bereich bei ihrer Vernetzung gezielt unterstützen könnten.

### 3. Herausforderungen auf personell-qualifikatorischer Ebene

Auf Seiten von Pflegefachpersonen (und anderen Pflegenden) sind einschlägigen Kompetenzen im Bereich der Vorsorge, der Beantwortung und der Bewältigung von unterschiedlichsten Krisen, Notfällen und Katastrophen unabdingbar, um Schaden von der Bevölkerung abwenden und deren Gesundheit auch unter erschwerten Bedingungen aufrecht erhalten zu können. Dabei ist es weitgehend unerheblich, in welchen Sektoren, Versorgungsbereichen oder Settings die Pflegefachpersonen arbeiten, d. h. ob sie in der stationären Akutversorgung (einschließlich Notaufnahme), in einem Pflegeheim oder auch in der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung tätig sind. Der internationalen Literatur ist zu entnehmen, dass diese Voraussetzungen aber keineswegs überall und gleichmäßig gegeben sind. Vielmehr bestehen sowohl auf konzeptionell-theoretischer wie auch auf personell-qualifikatorischer Ebene zahlreiche unbewältigte Aufgaben. Inzwischen gibt es zwar konsenterte Kompetenzkataloge sowohl für generalistisch qualifizierte Pflegefachpersonen wie auch für spezialisierte Pflegeexpert\*innen. Ob und inwieweit sie bereits rezipiert und in die jeweiligen Bildungssysteme integriert werden, ist aber von Land zu Land unterschiedlich. Einigkeit scheint es international dahingehend zu geben, dass die Anstrengungen im Bereich der Konzept- und Curriculumentwicklung, der Implementierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie deren Evaluation und wissenschaftlichen Refle-

xion intensiviert werden müssen. Nur so kann es gelingen, der zentralen Rolle von Pflegefachpersonen und der gesellschaftlichen Erwartungen an diese Gesundheitsprofession vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen überall und jederzeit entsprechen zu können. Dies gilt sicher auch für Deutschland, wo das Thema *Disaster Nursing* noch deutlich weniger Aufmerksamkeit erfährt als in vielen anderen Ländern.

Dabei ist vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen und mit Blick auf die häusliche und gemeindebasierte Langzeitversorgung zum einen auf die ohnehin schon schwierige Qualifizierungssituation hierzulande hinzuweisen. So wird seit langem kritisiert, dass Settings jenseits des Krankenhauses in der Ausbildung von Pflegefachpersonen eine unzureichende Rolle spielen – dies gilt besonders für die häusliche Pflege, ihre spezifischen Kontextbedingungen und Anforderungen (Ewers/Lehmann 2019). Inwieweit hier aktuelle Ausbildungsreformen Abhilfe schaffen können und ob eines Tages auch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in nennenswerter Zahl in diesem Versorgungsbereich eingesetzt werden, bleibt abzuwarten. Angesichts des sich verschärfenden Fachkräftemangels sind Zweifel angebracht. In jedem Fall aber wäre auch jetzt schon die Umsetzung tragfähiger Konzepte für einen anforderungsgerechten Personalmix, die Einarbeitung und Supervision (etwa von geringer qualifizierten Mitarbeitenden) wie auch die Anbahnung einrichtungsübergreifender Kooperationen mit Expert\*innen aus der Pflege und anderen Professionen angezeigt. Dies ist nötig, um den immer offensichtlicher werdenden Problemen bei der Gewährleistung der Qualität und Patientensicherheit in der häuslichen Pflege und Versorgung begegnen zu können – und zwar nicht allein in der Versorgung von Patient\*innen mit speziellen Problemlagen. Dies dürfte umso mehr gelten, wenn die besonderen Umstände und Herausforderungen vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen mitgedacht werden. Es ist mit Blick auf die deutsche Situation weitgehend unklar, inwiefern diese Themen in der Aus- und Weiterbildung der Pflege bereits berücksichtigt werden und mehr noch, ob dabei auch die Situation im ambulanten Sektor mit seinen spezifischen Strukturmerkmalen bedacht wird. Das komplexe Zusammenspiel von Pflegefachpersonen, aber auch von anderen Berufsgruppen und Helfer\*innen in der häuslichen Pflege mit Personen aus dem Rettungsdienst und dem Katastrophenschutz dürfte alle Beteiligten stark fordern und ohne eine darauf abgestimmte Qualifizierung ausgesprochen schwer zu bewältigen sein. Dabei wäre – basierend auf dem internationalen Erkenntnisstand – zu beachten, dass die getroffenen Maßnahmen theoretisch und methodisch fundiert sowie auf Nachhaltigkeit angelegt sind. Einmalige und kurzfristig angelegte Bildungsangebote ohne hinreichende Klärung von Lernvoraussetzungen und ohne klare Perspektive, dürften kaum zum Erfolg führen.

Generell werden Pflegefachpersonen also besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen und ihre Rolle dabei vorbereitet werden müssen. Sie benötigen – Bezug nehmend auf die einschlägigen Kompetenzkataloge (ex. Gebbie/Qureshi 2002; ICN 2019) – konkretes Wissen über derartige Ereignisse, ihrer verschiedenen Dimensionen und Erscheinungsformen, über Krisen-, Notfall- und Katastrophenpläne und deren Bedeutung, über die Verwendung von Schutz-ausrüstung oder auch die in solchen Fällen entstehenden Informations- und Kommunikationsanforderungen. Sie müssen über ihre Rollen und Aufgaben informiert und in der Zusammenarbeit mit anderen Helfer\*innen, Rettungsdiensten oder Katastrophenschützer\*innen geübt sein. Sie benötigen Problemlösefähigkeiten, flexible Interventionsstrategien und Kreativität, um unter erschwerten Bedingungen tätig werden und ihre eigene Sicherheit und insbesondere auch die der ihnen anvertrauten Patient\*innen und anderen Personen gewährleisten sowie Schaden abwenden zu können. Schließlich benötigen sie auch eine ausgeprägte mentale Resilienz, um sich gegenüber womöglich traumatisierenden Erfahrungen in Krisen, Notfällen und Katastrophen, wappnen und ihnen möglichst unbeschadet entgegen zu können.

Im Zuge der aktuellen COVID-19-Pandemie deutet sich bereits an, dass die Herausforderungen in diesem Bereich hoch sind. Die Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste müssen befähigt sein, sich selbst und auch ihre Familien in Krisen, Notfällen und Katastrophen hinreichend zu schützen, um – auf dieser Grundlage – bereit zu sein, sich für die ihnen anvertrauten Personen

– etwa in der häuslichen Versorgung – zu engagieren (Gowing et al. 2017). Bei all dem dürfen aber auch Helfer\*innen mit anderer oder geringerer Qualifikation – etwa Pflegeassistentkräfte, Betreuungskräfte oder auch hauswirtschaftliche Helfer\*innen – nicht unberücksichtigt bleiben. Gerade in der häuslichen Langzeitversorgung spielen sie eine nicht unerhebliche Rolle und so kann es sein, dass auch sie in Krisen, Notfällen und Katastrophen gefordert sind. Um die ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Deutschland besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen vorzubereiten und resilienter gegenüber derartigen Ereignissen aufstellen zu können, wird der Fokus auf die personellen und qualifikatorischen Ressourcen also deutlich erweitert werden müssen.

Spezialisierungsoptionen wie das bevölkerungsbezogene *Public Health Nursing* oder *Community Health Nursing* bieten interessante Anknüpfungspunkte für die weitere Auseinandersetzung mit dem hier interessierenden Thema. Sie erfüllen einen öffentlichen Auftrag und zielen auf die Gesundheit und Sicherheit von sozialen Gemeinschaften und Gemeinden/Kommunen. Sie sollen Bedrohungen durch alte und neue Infektionskrankheiten, vermeidbare chronische und lebensstilassoziierte Erkrankungen, dem ungleichen Zugang zu Information und Versorgungsangeboten, ökonomischer Benachteiligung und sozialer Deprivation möglichst präventiv entgegenwirken. Sie beugen Krisen-, Notfällen und Katastrophen vor und fördern die Resilienz von sozialen Gemeinschaften und Gemeinden (Meadows 2009; Stanhope/Lancaster 2012). Auch andere Rollenspezialisierungen wie das *Emergency Nursing* (Notfallpflege) oder des *Disaster Nursing* (Katastrophenpflege) sind in diesen Kontext einzuordnen. Eine der zu beantwortenden Herausforderungen besteht aber darin, dass diese anspruchsvollen Formen der populationsorientierten Pflege in Deutschland – trotz zunehmenden Interesses – kaum etabliert sind. Weder in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes noch in anderen kommunalen, regionalen oder staatlichen Einrichtungen sind solche Expert\*innen mit entsprechend anspruchsvollen Qualifikationen derzeit zu finden. Inwieweit im öffentlichen Gesundheitsdienst oder anderen kommunalen Einrichtungen künftig neue Strukturen aufgebaut und die Koordination und Kooperation der im ambulanten Bereich und im Katastrophenschutz tätigen Akteur\*innen durch solche Pflegeexpert\*innen unterstützt und gestärkt werden kann, ist schwer vorherzusagen. Zwar sind in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie und die damit gesammelten Erfahrungen Bestrebungen erkennbar, den öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland aufzuwerten und auch besser auszustatten. Anzeichen dafür, dass dabei auch Pflegeexpert\*innen eingesetzt werden, gibt es aber nicht. Insgesamt sollten daher bei den anstehenden Forschungs- und Entwicklungsaufgaben auf personell-qualifikatorischer Ebene (*Better Prepared Nurses and Health Care Workers*) basierend auf den aus der Literatur gewonnenen Erkenntnissen u. a. die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Die pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fragen des *Disaster Nursing* ist international weiter entwickelt als hierzulande. Dementsprechend gibt es auch mehr Erkenntnisse über die Rolle der Pflege, ihre Möglichkeiten und Grenzen bei Krisen, Notfällen und Katastrophen und über die notwendigen Voraussetzungen für die Verantwortungsübernahme bei der Vorsorge, dem Management und der Bewältigung derartiger Ereignisse. Die inzwischen vorliegenden und maßgeblich aus der Pflege heraus entstandenen Konzepte, Modelle und Kompetenzkataloge werden hierzulande aber noch kaum zur Kenntnis genommen, geschweige denn systematisch implementiert – etwa in die berufliche oder hochschulische Primärausbildung sowie in weiterführende Bildungsangebote im beruflichen oder hochschulischen Bereich. Auch werden kaum pflegewissenschaftliche Erkenntnisse erarbeitet, die den spezifischen Herausforderungen in Deutschland im Zusammenhang mit dem *Disaster Nursing* gerecht werden. Die pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem hier aufgegriffenen Thema insgesamt zu intensivieren und auch einschlägige Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zu fördern ist dringend angezeigt. Nur auf diese Weise können – so Veenema et al. (2016, 188) – pflegerische Konzepte und Praktiken identifiziert werden, die vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen den

größten Nutzen für die Bevölkerung in einer Einrichtung oder Region haben, die ihnen Sicherheit vermitteln und sie am ehesten vor vermeidbaren Schäden bewahren können. Dabei werden alle Forschungsbereiche – von der klinischen Pflegeforschung über die pflegerische Versorgungsforschung bis hin zur Pflegebildungsforschung – berücksichtigt und sowohl theoretische wie auch empirische Kenntnisse erarbeitet werden müssen. Besondere Aufmerksamkeit dabei verdienen Fragen des Wissenstransfers und der Praxisentwicklung, denn in diesen Bereichen – so zeigen die internationalen Erfahrungen – bestehen grundsätzlich große Herausforderungen.

- Inzwischen gibt es zahlreiche Untersuchungen, in denen die Lernvoraussetzungen auf Seiten von Pflegefachpersonen überprüft und das Kompetenzniveau im Zusammenhang mit Krisen, Notfällen und Katastrophen ermittelt wurde – auf einige von wurde hingewiesen. Auch diverse Instrumente zur systematischen Kompetenzermittlung liegen vor und werden international bereits getestet, erprobt und auch eingesetzt. Tatsächlich ist die systematische Ermittlung des aktuellen Kompetenzniveaus unter Pflegefachpersonen (und ggf. anderen Pflegenden oder Helfer\*innen) zu Fragen des sogenannten *Disaster Nursing* eine notwendige Voraussetzung, um den Bedarf an qualifikatorischer Unterstützung erfassen und beschreiben zu können. Er ist aber auch der erste Schritt bei der Konzipierung, Planung und Implementierung einschlägiger Bildungsangebote, um diese auf die Lernvoraussetzungen abstimmen zu können. In Deutschland wurden derartige Untersuchungen noch nicht durchgeführt. Es mangelt daher an fundierten Erkenntnissen darüber, wie es um die *Disaster Preparedness* der Pflegefachpersonen (oder anderer Pflegenden) hierzulande bestellt ist. Dies dürfte die in AUPIK angedachten Entwicklungsarbeiten erheblich erschweren, fehlt es doch damit weitgehend an erforderlichen Kenntnissen, um die SOLL-Phase wissensbasiert zu gestalten. Wie mit diesem Problem umzugehen ist und welche Möglichkeiten bestehen, die Lernvoraussetzungen der Mitarbeiter\*innen von ambulanten Pflegediensten systematisch zu eruieren, wird im weiteren Verlauf des Projekts noch zu klären sein.
- Die internationale pflegewissenschaftliche Literatur bietet vielfältige Anregungen dafür, wie einschlägige Bildungsangebote für Pflegefachpersonen gestaltet werden können, welche Elemente sich bewährt haben und wie sich diese Maßnahmen implementieren und dauerhaft umsetzen lassen. Als erfolgreich haben sich dabei u. a. Tabletop Exercises (Plan-spiele) oder auch sektorenübergreifende Simulationen erwiesen, insbesondere wenn sie realitätsnah gestaltet und in Kooperation mit anderen Gruppen von Akteur\*innen umgesetzt werden. Inwieweit solche Trainings auch im Kontext der häuslichen (Intensiv-)Pflege genutzt werden können, wie die dort tätigen Pflegefachpersonen bei solchen Maßnahmen künftig besser einbezogen oder welche anderen Bildungsmaßnahmen hier eingesetzt werden können, wird zu prüfen sein. In jedem Fall aber ist zu bedenken, dass die Bildungsangebote zur Förderung der *Disaster Preparedness* auf Seiten von Pflegefachpersonen (und ggf. anderen Pflegenden) nicht einseitig kognitiv ausgerichtet sein sollten, also nicht allein Hintergrund- und/oder Faktenwissen vermitteln dürfen. Sie müssen in jedem Fall auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen abzielen und dabei auch Einstellungen und Haltungen der Pflegefachpersonen (und anderer Pflegenden) in den Blick nehmen – sie also zur Verantwortungsübernahme und zur Kooperation auch unter erschwerten Bedingungen motivieren und befähigen. Zudem werden diese Maßnahmen regelmäßig angeboten und auf nachhaltige Wirkungen ausgerichtet sein müssen.
- Die häusliche und gemeindebasierte Versorgung erfährt im Patientensicherheitsdiskurs noch selten die ihr gebührende Aufmerksamkeit. Dies wird sich dringend ändern müssen, um die sich in diesem Versorgungsbereich stellenden besonderen Herausforderungen angehen zu können. Zudem dürfte die besondere Rolle der Pflege deutlich geworden sein, wenn es um die Gewährleistung von (Patienten-)Sicherheit über alle Versorgungssettings hinweg geht. Wird dabei – wie hier vorgeschlagen – ein erweitertes Verständnis von Sicherheit zugrunde gelegt, haben Pflegefachpersonen nicht nur vorausschauend zu handeln

und Sicherheitsrisiken möglichst gezielt zu meiden, sondern auch das subjektive Sicherheitsempfinden der ihnen anvertrauten Personen zu fördern, und zwar sowohl im Pflege- und Versorgungsalltag wie auch in bei Alltagsstörungen (und den damit verbundenen Auswirkungen). Dies stellt unzweifelhaft hohe qualifikatorische Anforderungen an die Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch ihre Motivationen und Haltungen. Dem wird künftig einerseits damit begegnet werden müssen, dass die Gewährleistung von (Patienten-)Sicherheit zum zentralen Mandat und Auftrag von Pflegefachpersonen erklärt wird. Zugleich sind sie durch gezielte Angebote in der Ausbildung, aber auch in der inner- und überbetrieblichen Weiterbildung gezielt darauf vorzubereiten, diesen Auftrag anzunehmen und mit kompetenten Interventionen unter wechselnden Bedingungen zu realisieren. Zugleich müssen diese Bildungsangebote die Pflegefachpersonen (und andere Pflegenden) auch dazu befähigen, sich selbst zu schützen, psychosozialen Herausforderungen in der Arbeit mit den Patient\*innen, ihren Angehörigen und anderen Helfer\*innen effektiv zu begegnen und ihnen Strategien zu vermitteln, wie diese sowohl im konkreten Fall des Falles wie auch im Nachhinein (Post-Disaster-Stress) auf sich selbst achten können.

#### 4. Fazit und Ausblick

Mit dem AUIK-Gesamtprojekt werden zentrale gesellschaftliche und wissenschaftliche Herausforderungen angegangen, die nach interdisziplinären und interprofessionellen Herangehensweisen verlangen. Das Teilprojekt 3 konzentriert sich auf die ambulanten Pflegedienste und ihre Mitarbeitenden sowie deren Resilienz gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen sowie auf Sicherheitsfragen im weitesten Sinne. Basierend auf einer sorgfältigen Analyse der Ausgangssituation in diesem Versorgungsbereich sollen theoretisch und empirisch fundierte Beiträge zur Förderung der Widerstandsfähigkeit der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Deutschland erarbeitet werden. Um diesen Forschungs- und Entwicklungsauftrag erfüllen zu können, sind Erkenntnisse aus der Pflegepraxis, Pflegebildung und Pflegewissenschaft unverzichtbar – besonders solche aus Ländern mit Erfahrungsvorsprung in Fragen des *Public Health Nursing*, des *Community Health Nursing* und des *Disaster Nursing*. Diese internationalen Perspektiven werden in die weiteren Forschungs- und Entwicklungsarbeiten einfließen – sowohl im AUIK-Gesamtvorhaben wie auch im Teilprojekt 3. Zugleich aber werden eigene Belange, hiesige Entwicklungen und auch der Stand der Aktivitäten in der häuslichen und gemeindebasierten Langzeitversorgung sowie der deutschen Pflege zu diesem Thema zu beachten sein. Auf diese Weise sollen einerseits praktisch anwendbare Ergebnisse erarbeitet werden, um die pflegerischen Infrastrukturen in der Modellregion und die dort tätigen Personen dabei zu unterstützen, sich besser auf Krisen, Notfälle und Katastrophen jedweder Art vorbereiten und dabei die Sicherheit der ihnen anvertrauten Personen gewährleisten zu können. Andererseits sollen eigenständige Beiträge zu internationalen Diskussionen zum Thema *Disaster Nursing* und *Disaster Preparedness* in der Pflegepraxis, Pflegebildung und Pflegewissenschaft sowie in anderen, mit Fragen des Katastrophenschutzes befassten Disziplinen geleistet werden.

Die vorliegende Literatursynthese und die nachfolgend dokumentierte Bibliografie bilden dafür eine solide Arbeitsgrundlage. Sie bieten Orientierung über den aktuellen Stand der Literatur zu Sicherheitsfragen im weitesten Sinne, über Definitionen, Konzepte und Aktivitäten zur Vorsorge und Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen in diversen Gesellschaftsbereichen sowie über Rollen, Verantwortlichkeiten und Aktivitäten der Pflege im Hinblick auf derartige Ereignisse – auch in der häuslichen und gemeindebasierten Langzeitversorgung. Zugleich ermöglicht die Literaturliste einen Überblick zu einschlägigen (inter-)nationalen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten, Diskursen und Beispielen guter Praxis zu diesen Themen. Damit wurde ein eigenständiger pflegewissenschaftlicher Beitrag zur Erarbeitung eines gemeinsamen und arbeitsleitenden theoretischen Rahmens für die anstehenden Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten im AUIK-Gesamtprojekt geleistet. Schließlich können die Literaturliste

und Bibliografie auch als Ausgangspunkt für die Aufbereitung des Erkenntnis- und Forschungsstands zu Detailfragen sowie für thematisch fokussierte Recherchen und Analysen mit einem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisinteresse genutzt werden.

Im folgenden Arbeitsschritt von Teilprojekt 3 geht es nun zunächst darum, die aus der Literatur gewonnenen Einblicke durch empirische Erkenntnisse über die Ausgangssituation im Feld der häuslichen und gemeindebasierten Versorgung hierzulande anzureichern, zu ergänzen und ggf. auch zu korrigieren. Dazu werden leitfadengestützte Interviews mit Führungskräften ambulanter Dienste in der ausgewählten Modellregion (Magdeburg) geführt und eine teilstandardisierte Online-Befragung von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste realisiert (IST-Analyse). Basierend auf diesen empirischen Erkenntnissen und vor dem Hintergrund der hier dokumentierten Erkenntnisse aus der Literatur wird dann in einem SOLL-Prozess mit der Entwicklung von konkreten Maßnahmen begonnen, um die Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen und die Sicherheit in der häuslichen und gemeindebasierten Langzeitpflege angesichts derartiger Ereignisse zu verbessern. Auch Überlegungen für die Gestaltung eines im Bedarfsfall einzurichtenden zentralen Betreuungsplatzes werden angestellt. Die auf diese Weise mit den anderen am AUPIK-Gesamtprojekt gemeinsam entwickelten Maßnahmen werden im Anschluss daran praktisch erprobt, evaluiert und mit einer pflegeökonomischen Analyse flankiert. Schließlich werden die gesammelten Erkenntnisse publikationsförmig aufbereitet und als eigenständige Beiträge zur den hier aufgezeigten internationalen (pflege-)wissenschaftlichen Diskursen publiziert.



## V. Anhang

### 1. Verzeichnis der verwendeten Literatur

- Abdel-Kader K, Unruh ML (2009): Disaster and end-stage renal disease: targeting vulnerable patients for improved outcomes. *Kidney International* 75, 1131-1133.
- Ablah E, McGean Weist E, McElligott JE, Biesiadecki LA, Gotsch AR, Keck CW, Gebbie KM (2020): Public health preparedness and response competency model methodology. *American Journal for Disaster Medicine* 14(4), 247-254.
- Accreditation Canada (2017): Required Organizational Practices Handbook 2017 – Version 2. Ottawa: Accreditation Canada.
- Adams HA (2007): Der Notfallplan des Krankenhauses – ungeliebt und unverzichtbar. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 44(2), 55-56.
- Adams HA, Flemming A, Krettek C, Koppert W (2015): Der Notfallplan des Krankenhauses. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 110(1), 37-48.
- Al Harthi M, Al Thobaity A, Al Ahmari W, Almalki M (2020) Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. *Risk Management and Healthcare Policy* 16(13), 2627-2634.
- Albanese J, Birnbaum M, Cannon C, Cappiello J, Chapman E, Paturas J, Smith S (2008): Fostering Disaster Resilient Communities across the Globe through the Incorporation of Safe and Resilient Hospitals for Community-Integrated Disaster Responses. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(5), 385-390.
- Alim S, Kawabata M, Nakazawa M (2015): Evaluation of Disaster Preparedness Training and Disaster Drill for Nursing Students. *Nurse Education Today* 35(1), 25-31.
- Aluisio AR, Daniel P, Grock A, Freedman J, Singh A, Papanagnou D, Arquilla B (2016): Case-based Learning Outperformed Simulation Exercises in Disaster Preparedness Education Among Nursing Trainees in India: A Randomized Controlled Trial. *Prehospital and Disaster Medicine* 31(5), 516-523.
- Alvarez V, Bröcker G, von Conzten B, Fricklhöfer P, Glien P, Göpfert R, Heuwer T, Hoffmann T, Hoymann J, Krey J, Lohbreier M, Niebuhr P, Ramelow A, Richter T, Stewig-Nitschke A, Wollschläger (2014): Notfallpflege (Definition). Fachgruppe Notfallpflege der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (Hrsg.). Berlin: DGF.
- ANA – American Nurses Association (1986): Standards of Community Health Nursing Practice. Kansas City MO: ANA.
- APHA – American Public Health Association, Public Health Nursing Section (2013): The definition and practice of public health nursing: A statement of the public health nursing section. Washington DC: APHA. <https://www.apha.org/~media/files/pdf/membergroups/phn/nursingdefinition.ashx> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- APHN – Association of Public Health Nurses – Public Health Preparedness Committee (2014): The Role of the Public Health Nurse in Disaster Preparedness, Response, and Recovery. A Position Paper. [https://www.phnurse.org/assets/docs/Role%20of%20PHN%20in%20Disaster%20PRR\\_APHN%202014%20Ref%20updated%202015.pdf](https://www.phnurse.org/assets/docs/Role%20of%20PHN%20in%20Disaster%20PRR_APHN%202014%20Ref%20updated%202015.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021).
- APS – Aktionsbündnis Patientensicherheit (2018): Glossar Patientensicherheit. <https://www.aps.de/glossar> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- APS – Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2016): Patientensicherheit und verwandte Themen in den Ausbildungs- und Approbationsordnungen der Gesundheitsberufe. Ergebnisse einer Recherche der Unterarbeitsgruppe Implementierung (UAG) der AG Bildung und Training des APS. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Bericht\\_PS-in-Berufsordnungen\\_2016\\_08\\_22.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Bericht_PS-in-Berufsordnungen_2016_08_22.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- APS – Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (Hrsg.) (2014): Wege zur Patientensicherheit. Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. [https://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/AGs/EmpfehlungAGBuT\\_Lernzielkatalog\\_Wege\\_2014\\_05\\_14\\_neu.pdf](https://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/AGs/EmpfehlungAGBuT_Lernzielkatalog_Wege_2014_05_14_neu.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).

- APS, vdek – Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Verband der Ersatzkassen (2018): Patientensicherheitsoffensive von APS, vdek und Ersatzkassen. Sieben konkrete Forderungen für mehr Patientensicherheit. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/06\\_Patientensicherheitsoffensive-Sieben-Forderungen-von-APS-und-vdek.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/06_Patientensicherheitsoffensive-Sieben-Forderungen-von-APS-und-vdek.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- AMC, AAN – American Red Cross & American Academy of Nursing (2020): Closing the Gaps: Advancing Disaster Preparedness, Response and Recovery for Older Adults. <https://redcross.org/content/dam/redcross/training-service/scientific-advisory-council/253901-03%20BRCD-Older%20BRCR-Older%20Adults%20Whitepaper%20FINAL%201.23.2020.pdf> (Aufgerufen: 16.04.2021).
- ASPH – Association of Schools of Public Health (2010): Public health preparedness & response core competency model. <http://www.asph.org/userfiles/PreparednessCompetencyModelWorkforce-Version1.0.pdf> (Aufgerufen: 23.03.2021).
- äzq – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2005): Glossar Patientensicherheit. Definitionen und Begriffsbestimmungen. <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/patientensicherheit/glossar-patientensicherheit.pdf> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019): Fachkräfteengpassanalyse: Regionale Engpässe – Landkarten. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/Regionale-Engpaesse-Landkarten.pdf> (Aufgerufen: 09.01.2020).
- Baack S, Alfred D (2013): Nurses' Preparedness and Perceived Competence in Managing Disasters. *Journal of Nursing Scholarship* 45(3), 281-287.
- Bachmann S (2014): Die Situation von Eltern chronisch kranker Kinder. Bern: Huber.
- Bail HJ, Fischer P, Weidringer JW, Mahlke L, Matthes G, Preck O-S, Ruchholtz S (2007): Katastrophenmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. *Das Netzwerk Katastrophenmedizin der DGU. Trauma und Berufskrankheit* 9, 279-283.
- Baker MD, Baker LR, Flagg LA (2012): Preparing Families of Children With Special Health Care Needs for Disasters: An Education Intervention. *Social Work in Health Care* 51(5), 417-429.
- Ballangrud R, Bogsti WB, Johansson IS (2009): Clients' experiences of living at home with a mechanical ventilator. *Journal of Advance Nursing* 65(2), 425-34.
- Bashir SA (2002): Home is where the harm is: inadequate housing as a Public Health Crisis. *American Journal of Public Health* 29(5), 733-738.
- Bauernschmidt D, Dorschner S (2018): Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse. *Pflege* 31(6), 301-309.
- 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](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Ratgeber_Brosch.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2019): Stromausfall – Vorsorge und Selbsthilfe. Bonn: BBK. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren\\_Flyer/Buergerinformationen\\_A4/Stromausfall\\_Vorsorge\\_und\\_Selbsthilfe.pdf?blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Stromausfall_Vorsorge_und_Selbsthilfe.pdf?blob=publicationFile) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2018): BBK-Glossar. Ausgewählte zentrale Begriffe des Bevölkerungsschutzes. Bonn: BBK. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis\\_Bevoelkerungsschutz/Glossar\\_2018.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/Glossar_2018.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- 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](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Checkliste_Ratgeber.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- BBK – Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2019): Sendai Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015 – 2030. [https://www.kritis.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren\\_Flyer/Sendai\\_Rahmenwerk\\_2015\\_2030.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.kritis.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Sendai_Rahmenwerk_2015_2030.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 01.12.2020).

- Beer JM, McBride SE, Mitzner TL, Rogers W (2014): Understanding challenges in the front lines of home health care: a human-systems approach. *Applied Ergonomics* 45(6), 1687-1699.
- Berger P, Riecher-Rössler A (2004): Definition von Krise und Krisenassessment. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe, 19-30.
- Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB (2012): Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management* 20, 794-801.
- Berner Bildungszentrum (2019): Nachdiplomkurs Disaster Nursing – Pflege im Katastrophenfall. <https://www.bzpflege.ch/weiterbildung/weiterbildungsangebote/alle-kurse/nachdiplomkurs-disaster-nursing/downloads> (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Berwick D (2002): A user's manual for the IOM's Quality Chasm report. *Health Affairs* 21(3), 80-90.
- BHK – Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (2020): *Kinderkrankenpflege in deutschland*. <https://www.bhkev.de/kinderkrankenpflege-in-deutschland.html> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Bistaraki A, Waddington K, Galanis P (2011): The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece *International Nursing Review* 58, 341-346.
- Blais R, Sears NA, Doran D et al. (2013): Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ Quality & Safety* 22, 989-997.
- Blake S, Howard D, Eiring H, Tarde S (2012): San Diego's Area Coordinator System: A Disaster Preparedness Model for US Nursing Homes. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6(4), 424-427.
- 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 (2018): *Forschung für die zivile Sicherheit 2018–2023. Rahmenprogramm der Bundesregierung*. Bonn: BMBF, Referat Sicherheitsforschung. [https://www.bmbf.de/upload\\_filestore/pub/Rahmenprogramm\\_Sicherheitsforschung.pdf](https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Rahmenprogramm_Sicherheitsforschung.pdf) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019): *Online-Ratgeber Pflege: Pflegedienst und Pflegesachleistung*. Berlin: BMG. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio R, Lawthers AG, Newhouse JP, Weilert PC, Hiatt HH (1991): Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* 324(6), 370-376.
- Brickman KR, Silvestri JA (2020): The emergency care model: A new paradigm for skilled nursing facilities. *Geriatric Nursing* 41(3), 242-247.
- Brown LM, Hyer K, Polivka-West L (2007): A Comparative Study of Laws, Rules, Codes and Other Influences on Nursing Homes' Disaster Preparedness in the Gulf Coast States. *Behavioral Sciences and the Law* 25, 655-675. (USA)
- BSFGV Hamburg – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2010): *Aus Fehlern lernen. Curriculumbausteine Patientensicherheit*. <https://www.pflegendz.de/publikationen-details/aus-fehlern-lernen-curriculumbausteine-zur-patientensicherheit.html> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Brown L, Haun J, Peterson L (2014): A Proposed Disaster Literacy Model. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 8(3), 267-275.
- Buhler-Wilkerson K (1985): Public Health Nursing: In Sickness or in Health? *American Journal of Public Health* 75(10), 1155-1161.
- Büker C (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. *Pflege & Gesellschaft* 13(1), 77- 87.
- Büker C (2010): *Leben mit einem behinderten Kind. Bewältigungshandeln pflegender Mütter im Zeitverlauf*. Bern: Huber.
- Busch HJ, Schmid B, Michels G, Wolfrum S (2018): Strukturen der Akut- und Notfallmedizin. *Medizinische Klinik: Intensivmedizin und Notfallmedizin* 113, 260-266.

- Büscher A (2014): Ambulante Pflege. In: Schaeffer D; Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 491-512.
- 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, Schnepf W (2014): Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 469-487.
- Buurtzorg Deutschland (2020): Buurtzorg > Aktuelles. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/aktuelles> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Çalışkan C, Üner S (2020): Disaster Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-10, e-first.
- Campo TM, Carman M, Evans D, Hoyt KS, Kincaid K, Ramirez E, Roberts E, Stackhouse K, Wilbeck J, Weltge A (2016): Standards of Practice for Emergency Nurse Practitioners, *Advanced Emergency Nursing Journal* 38(4), 255-258.
- Carpenter D, Famolaro T, Hassell S, Kaerberle B, Reefer S, Robins C, Siegel S (2017): Patient Safety in the Home: Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement (IHI) and the National Patient Safety Foundation (NPSF). <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Patient-Safety-in-the-Home.aspx> (Aufgerufen: 10.01.2021).
- Carter MR, Gaskins SW (2010): Incorporating Bioterrorism Content in the Nursing Curriculum: A Creative Approach. *Journal of Nursing Education* 49(7), 406-409. (USA)
- Castle NG (2008): Nursing Home Evacuation Plans. *American Journal Public Health* 98, 1235-1240. (USA)
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.) (2018): Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. [https://igpw.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/m\\_cc01/igpw/Forschung/PAMM/WHO\\_Mustercurriculum\\_Patientensicherheit\\_DEUTSCH\\_2018.pdf](https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Forschung/PAMM/WHO_Mustercurriculum_Patientensicherheit_DEUTSCH_2018.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Christensen JJ, Castaneda H (2014): Danger and dementia: caregiver experiences and shifting social roles during a highly active hurricane season. *Journal of Gerontological Social Work* 57(8), 825-844.
- Christmann G, Ibert O, Kilper H, Moss T (2011): Vulnerabilität und Resilienz in sozio-räumlicher Perspektive. Begriffliche Klärungen und theoretischer Rahmen. Working Paper No. 44. Leibniz-Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung. Erkner: Leibniz-Institut. [https://leibniz-irs.de/fileadmin/user\\_upload/IRS\\_Working\\_Paper/wp\\_vulnerabilitaet.pdf](https://leibniz-irs.de/fileadmin/user_upload/IRS_Working_Paper/wp_vulnerabilitaet.pdf) (Aufgerufen: 11.03.2021).
- Ciampi L (1993): Krisentheorie heute – eine Übersicht. In: Schnyder U, Sauviant JD (Hrsg.): Kriseninterventionen in der Psychiatrie. Bern: Huber, 13-26.
- Coetzee C, Van Niekerk D (2012): Tracking the evolution of the disaster management cycle: A general system theory approach. *JÄMBÄ – Journal of Disaster Risk Studies* 4(1), Art. 54.
- 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.
- Czakert, J., Lehmann, Y., Ewers, M. (2018): Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung – Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 135-136, 18-26.
- Daily E, Padjen P, Birnbaum M (2010): A Review of Competencies Developed for Disaster Healthcare Providers: Limitations of Current Processes and Applicability. *Prehospital and Disaster Medicine* 25(5), 387-395.
- Davidow AL, Thomas P, Kim S, Passannante M, Tsai S, Tan C (2016): Access to Care in the Wake of Hurricane Sandy, New Jersey, 2012. *Disaster Management and Public Health Preparedness* 10(3), 485-491.
- Dent L, Finne K, Lurie N (2015): Progress in Emergency Preparedness for Dialysis Care 10 Years After Hurricane Katrina. *American Journal of Kidney Diseases* 66(5), 742-744.

- Destatis – Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Bonn: Zweigstelle des Statistischen Bundesamtes. [http://carecommunity.de/pflegeberufe/politik/studien\\_enquete-pflege\\_Pflegestatistik\\_99.pdf](http://carecommunity.de/pflegeberufe/politik/studien_enquete-pflege_Pflegestatistik_99.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis. [https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft\\_mods\\_00022610](https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00022610) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020a): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020b): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Wiesbaden: Destatis.
- Deutscher Bundestag (2020): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG), Drucksache 19/19368 vom 20.05.2020.
- Dewolf P, Mortelmans LJM, Luyts J, De Cauwer HG, Sabbe M (2010): Fight or flight: Will nurses and ambulance personnel go to work in disaster situations? *Acta Clinica Belgica* 65(2), 146.
- DHHS – Department of Health and Human Services, Office of Inspector General (2012): Memorandum Report: Supplemental Information Regarding the Centers for Medicare & Medicaid Services' Emergency Preparedness Checklist for Health Care Facilities. <https://asprrtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/552/emncy-preparedness-checklist-recommended-tool-for-effective-health-care-facility-planning> (Aufgerufen: 20.12.2020).
- Digregorio H, Graber JS, Saylor J, Nues M (2019): Assessment of interprofessional collaboration before and after a simulated disaster drill experience. *Nurse Education Today* 79, 194-197.
- Dobalian A, Balut MD, Der-Martirosian C (2020): Workforce preparedness for disasters: perceptions of clinical and non-clinical staff at the U.S. Department of Veterans Affairs. *BMC Public Health* 20(1), 1501.
- Dobalian A, Claver M, Fickel J (2010): Hurricanes Katrina and Rita and the Department of Veterans Affairs: a conceptual model for understanding the evacuation of nursing homes. *Gerontology* 56(6), 581-588.
- Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M (2009): The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *Journal of Nursing Management* 17, 165-174.
- Doran DM, Hirdes JP, Blais R et al. (2013): Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: A retrospective cohort study. *BMC Health Services Research* 13, 227. doi: 10.1186/1472-6963-13-227.
- Dosa DM, Skarha J, Peterson LJ, Jester DJ, Sakib N, Ogarek J, Thomas KS, An del R, Hyer K (2020): Association Between Exposure to Hurricane Irma and Mortality and Hospitalization in Florida Nursing Home Residents. *JAMA Network Open* 3(10): e2019460.
- Dowell D, Manwell LB, Maguire A, An PG, Paluch L, Felix K, Williams E, Investigators M (2005). Urban outpatient views on quality and safety in primary care. *Healthcare Quarterly* 8(2, suppl.), 2-8.
- DPR – Deutscher Pflegerat (2014): Im Fokus: Patientensicherheit. [http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/focus-dpr\\_patientensicherheit-020912.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/focus-dpr_patientensicherheit-020912.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- DRK – Deutsches Rotes Kreuz et al. (2018a): Häusliche Pflege in Krisensituationen. Informationen für pflegende Angehörige. (Flyer zum KOPHIS-Projekt). <https://www.kophis.de/veroeffentlichung/> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- DRK – Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hrsg.) (2018b): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Berlin
- Ehl F (2014): Demografischer Wandel und Bevölkerungsschutz – eine Herausforderung für den Betreuungsdienst. In: Lange H-J, Wendekamm M, Endreß C (Hrsg.): Dimensionen der Sicherheitskultur. Berlin, Heidelberg: Springer, 251-266.

- Eisenman D, Chandra A, Fogleman S, Magana A, Hendricks A, Wells K, Williams M, Tang J, Plough A (2014): The Los Angeles County Community Disaster Resilience Project – A Community-Level, Public Health Initiative to Build Community Disaster Resilience. *International Journal of Research and Public Health* 11, 8475-8490.
- Ellebrecht N (2020): *Organisierte Rettung. Studien zur Soziologie des Notfalls*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ et al. (2008): Chapter 13. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- ENA – Emergency Nurses Association (2009): Definition of Emergency Nursing. *Mosby's Medical Dictionary*. 8th ed. New York et al.: Elsevier.
- ENA – Emergency Nurses Association (2011): Competencies for clinical nurse specialists in emergency care. Des Plaines IL: ENA. [https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/competencies-for-clinical-nurse-specialists-in-emergency-care.pdf?sfvrsn=b2348c1c\\_4](https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/competencies-for-clinical-nurse-specialists-in-emergency-care.pdf?sfvrsn=b2348c1c_4) (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Endreß C, Feißt M (2014): Von der Sicherheit zur Sicherheitskultur – Über den Umgang mit Komplexität im Sicherheitsdiskurs. In: Lange HJ, Wendekamm M, Endreß C (Hrsg.): *Dimensionen der Sicherheitskultur. Studien zur Inneren Sicherheit (Band 17)*. Wiesbaden: Springer VS, 19-32.
- Endreß C, Schattschneider L (2010): Was ist Sicherheit? Interdisziplinäre Betrachtung einer unklaren Begrifflichkeit. *Notfallvorsorge* 40(2), 8-9.
- Enneker-Forum-Falkenstein, ThinkTank der Claus-Enneker-Stiftung (2019): Antworten auf die aktuellen Fragen zur zukünftigen notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland. *Notfall + Rettungsmedizin* 22, 733-737.
- Ertl R, Kratzer U (2010): *Kinderhauskrankenpflege. Design einer Dienstleistung und Profil der ExpertInnen*. Wien: Facultas.
- EU – Europäische Union (2020): „Civil Security“ – Migration and Home Affairs. Glossary. [https://ec.europa.eu/home-affairs/e-library/glossary/civil-security\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/e-library/glossary/civil-security_en) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Ewers M (2003): *High-Tech Home Care – Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie*. Bern: Huber.
- Ewers M (2010): Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15(4), 314-329.
- Ewers M, Lehmann Y (2018): Technikabhängige Pflegebedürftige in der Langzeitpflege. Versorgungspfade, Versorgungsqualität und Patientensicherheit. In: Szepan N-M, Wagner F (Hrsg.): *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs*. Berlin: KomPart, 135-153.
- Ewers M, Lehmann Y (2019): Hochschulisch qualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2019 – Schwerpunkt: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher?* Heidelberg: Springer Open, 167-177.
- Ewers M, Lehmann Y (2020): Pflege kann mehr – wir sollten es ihr ermöglichen. *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 23(12): 29-33
- 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, Schaeffer D, Meleis A (2016): “Teach More, Do Less” – Health Literacy in der Pflege. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg.): *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Huber, 241-261.
- Ewers M, Schaepe C, Lehmann Y (2017b): Alles Sicher? – Risikosituationen in der häuslichen Intensivpflege aus Sicht beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen. *Pflege* 30(5), 365-373.
- Ewers, M., Schaepe, C., Lehmann, Y. (2017a): *Schlussbericht Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten (SHAPE)*. Leibnitz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften Universitätsbibliothek. <https://doi.org/10.2314/GBV:1016363249>.

- Fachkommission nach § 53 PflBG (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG – Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. 2., überarb. Auflage. (Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung). Bonn: BIBB. [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Rahmenplaene\\_BARRIEREFREI\\_FINAL.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Rahmenplaene_BARRIEREFREI_FINAL.pdf) (Aufgerufen: 17.12.2020).
- Feng X, Bobay K, Weiss M (2008): Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(3), 310-319.
- Fischer F, Raiber L, Boscher C, Winter M H-J (2020): COVID-19-Schutzmaßnahmen in der stationären Altenpflege. Ein Mapping Review pflegewissenschaftlicher Publikationen. *Pflege* 33(4), 199-206.
- Fredricks K, Dinh H, Kusi M, Yogal C, Karmacharya BM, Burke TF, Nelson BD (2017): Community Health Workers and Disasters: Lessons Learned from the 2015 Earthquake in Nepal. *Pre-hospital and Disaster Medicine* 32(6), 604-609.
- Frevel B (2016): Auf der Suche nach dem Sicherheitsbegriff. In: Frevel B (Hrsg.): *Sicherheit. essentials*. Wiesbaden: Springer VS, 3-9
- Garbutt SJ, Peltier JW, Fitzpatrick JJ (2008): Evaluation of an Instrument to Measure Nurses' Familiarity with Emergency Preparedness. *Military Medicine* 173(11), 1073-1077.
- Gastmeier P, Hoepfer MM, Stoll M, Adams HA (2007): Der Notfallplan des Krankenhauses bei allgemeinen Infektionskrankheiten. *Intensivmedizin* 44(5), 270-278.
- 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.
- George M, Bruzzese J-M, Matura LA (2017): Climate Change Effects on Respiratory Health: Implications for Nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 644-652.
- 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.
- Gershon RRM, Pogorzelska M, Qureshi KA et al. (2008): Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA et al. (Eds.): *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gessenich, H. (2009): Eine quantitative Studie zur Situation der Dienstleistung im Arbeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland im Jahr 2009. Diplomarbeit. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, Fachbereich Gesundheitswesen. <http://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/431> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Glik DC (2007): Risk communication for public health emergencies. *Annual Review of Public Health* 28, 33-54.
- Goodhue CJ, Burke RV, Ferrer RR, Chokshi NK, Dorey F, Upperman JS (2012); Willingness to respond in a disaster: a pediatric nurse practitioner national survey. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners* 26(4), e7–e20.
- Görgen T (2018): Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: *Zentrum für Qualität in der Pflege* (Hrsg.): *Gewaltprävention in der Pflege*. Berlin: ZQP, 12-15.
- Görres S, Harenberg N, Magens D, Sander E, Kriege, T (2012): Rolle der Pflegeberufe bei internationalen Katastropheneinsätzen: Ausgewählte Ergebnisse einer Nationalen Synopse. *IPP Info*, Ausgabe 10, 2-3.
- 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.
- Grant MJ, Booth A (2009): A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 26, 91-108.
- Gray MM, Thomas AA, Burns B, Umoren RA (2019): Identifying Crucial Equipment and Skills Needed to Evacuate Critically Ill Infants During Disasters: Using Nursing Expertise to Guide Training Targets. *Prehospital and Disaster Medicine* 34(4), 370-375.

- 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.
- Guise V, Anderson J, Wiig S (2014): Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature. *BMC Health Services Research* 14, 588. doi: 10.1186/s12913-014-0588-z.
- Güttner T (2014): Krisen- und Notfallpläne in der Pflegepraxis. *QM-Praxis in der Pflege* 3(3), 20-24.
- Haffajee R, Parmet WE, Mello MM (2014): What is a Public Health "Emergency"? *New England Journal of Medicine* 371(11), 986-988.
- Haisch J (1999): Krisenintervention. In: Haisch J, Weitkunat R, Wildner M (Hrsg.): *Wörterbuch Public Health*. Bern: Huber, 238.
- Hammad KS, Arbon P, Gebbie K, Hutton A (2012): Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australas Emerg Nurs* 15(4), 235-244.
- Harrison M, Keeping-Burke L, Godfrey C, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V, Blais R, Doran DM (2013): Safety in home care: A mapping review of the international literature, *JBI Evidence Implementation* 11(3), 148-160.
- Hassmiller SB, Stanley SAR (2012): Chapter 14: Disaster Management. In: Stanhope M, Lancaster J (Eds.): *Foundations of Nursing in the Community. Community-Oriented Practice*. 4<sup>th</sup> Edition. Chigago et al.: Mosby Elsevier.
- Hattori Y, Isowa R, Hiramatsu M, Kitagawa A, Tsujikawa M (2020): Disaster Preparedness of Persons Requiring Special Care Ages 75 Years and Older Living in Areas at High Risk of Earthquake Disasters: A Cross-Sectional Study From the Pacific Region of Western Japan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-9, e-first.
- Haverkamp R (2012): Gefühlte Sicherheiten und Sicherheitsgefährdungen – Barometer Sicherheit in Deutschland (BaSiD). Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages (Hrsg.: Kerner H-J, Marks E). Im Auftrag der Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe (DVS). Hannover, s. auch [https://www.mpg.de/6841890/stra\\_jb\\_2012](https://www.mpg.de/6841890/stra_jb_2012) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- Heagle TN (2016): Disaster Related Community Resilience: A Concept Analysis and a Call to Action for Nurses. *Public Health Nursing* 34(3), 295-302.
- Hendrickx C, Van Turnhout P, Mortelmans L, Sabbe M, Peremans L (2017): Willingness to Work of Hospital Staff in Disasters: A Pilot Study in Belgian Hospitals. *Prehospital and Disaster Medicine* 32(S1), S21-S21.
- Hilli Y, Eriksson K (2019): The home as ethos of caring: a concept determination. *Nursing Ethics* 26(2), 425-433.
- Hipper TJ, Davis R, Massey PM, Turchi RM, Lubell KM, Pechta LE, Rose DA, Wolkin A, Briseño L, Franks JL, Chernak E (2018): The Disaster Information Needs of Families of Children with Special Healthcare Needs: A Scoping Review. *Health security* 16(3), 178-192.
- Hirohara M, Ozaki A, Tsubokura M (2019): Determinants and supporting factors for rebuilding nursing workforce in a post-disaster setting. *BMC Health Services Research* 19: 917, doi: 10.1186/s12913-019-4765-y.
- Horikoshi N, Maeda M, Iwasa H, Momoi M, Oikawa Y, Ueda Y, Kashiwazaki Y, Onji M, Harigane M, Yabe H, Yasumura S (2020): The Usefulness of Brief Telephonic Intervention After a Nuclear Crisis: Long-Term Community-Based Support for Fukushima Evacuees. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-9, e-first.
- Hossfeld B, Helm M, Kumle B (2019): Herausforderungen und Chancen für die klinische Notfallversorgung. *Anaesthesist* 68(6), 259-260.
- Hugelius K, Adolfsson A (2019): The HOPE model for disaster nursing – A systematic literature review. *International Emergency Nursing* 45, 1-9.
- Huh S-S, Khang H-Y (2018): Effects of an Educational Program on Disaster Nursing Competency. *Public Health Nursing* 36(1), 28-35.
- Hummelsheim-Doss D (2016): Kriminalitätsfurcht in Deutschland. Fast jeder Fünfte fürchtet, Opfer einer Straftat zu werden. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, Ausgabe 55(Feb. 2016), 6-11.

- Hutton A, Veenema TG, Gebbie K (2016): Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and Disaster Medicine* 31(6), 680-683.
- ICN – International Council of Nurses (2014): Häusliche Pflege – Katalog aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®) 2014. (Übersetzung des ICNP®-Katalog 2011 „Community Nursing – A Shared Project with the Scottish Government, an the National Health Service Scotland“. Hrsg.: DBfK, ÖGKV und SBK. [https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/Diverses/ICNP-Katalog\\_Haeusliche\\_Pflege\\_2014-03-25.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/ICNP-Katalog_Haeusliche_Pflege_2014-03-25.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- 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](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- ICN/WHO – International Council of Nurses/World Health Organization (2009): ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf> (Aufgerufen: 04.01.2021).
- IOM – Institute of Medicine (2000): *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (Eds.). Washington DC: National Academy Press.
- IOM – Institute of Medicine (US) Committee on Guidance for Establishing Standards of Care for Use in Disaster Situations (2009): *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situation: A Letter Report*. Washington D. C.: National Academic Press.
- IOM – Institute of Medicine, Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing (2011): *The Future of Nursing. Leading, Change, Advancing Health*. Washington (DC): National Academies Press.
- Isfort M, Rottländer R, Weidner F, Tucman D, Gehlen D, Hylla J (2016): *Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. Köln: dip – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht\\_Pflege-Thermometer\\_2016-MI-2.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Jacobson HE, Soto Mas F, Hsu CE, Turley JP, Miller J, Kim M (2010): Self-assessed emergency readiness and training needs of nurses in rural Texas. *Public Health Nursing* 27(1), 41-48.
- Jakeway CC, LaRose G, Cary A, Schoenfisch S, Association of State and Territorial Directors of Nursing (2008): *The Role of Public Health Nurses in Emergency Preparedness and Response: A Position Paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing*. *Public Health Nursing* 25(4), 353-361.
- Jamalimoghdam N, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N (2019): How Do Hospitalized Adolescents Feel Safe? A Qualitative Study. *Journal of Nursing Research* 27(2), e14.
- Jennings-Sanders A (2004): Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice* 4(1), 69-76.
- Jennings-Sanders A, Frisch N, Wing S (2005): Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing. *Disaster Management & Response* 3(3), 80-85.
- Jiang L, He HG, Zhou WG, Shi SH, Yin TT, Kong Y. (2015): Knowledge, attitudes and competence in nursing practice of typhoon disaster relief work among Chinese nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice* 21, 60-69. doi: 10.1111/ijn.12214.
- Johannessen T, Ree E, Aase I, Bal R, Wiig S (2020): Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and home care. A case study as basis for theory development. *BMC Health Services Research* 20(1), 277. doi: 10.1186/s12913-020-05149-x.
- Jones A, Schumacher C, Bronskill SE, Campitelli MA, Poss JW, Seow H, Costa AP (2018): The association between home care visits and same-day emergency department use: a case-crossover study. *Canadian Medical Association Journal* 90(17), E525-E531.
- Jones S (2016): Alternative perspectives of safety in home delivered health care: a sequential exploratory mixed method study. *Journal of Advanced Nursing* 72(1), 2536-2546.
- Jorgensen AM, Mendoza GJ, Henderson JL (2010): Emergency Preparedness and Disaster Response Core Competency Set for Perinatal and Neonatal Nurses. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39, 450-467.

- Kako M, Hammad K, Mitani S, Arbon P (2018): Existing Approaches to Chemical, Biological, Radiological, and Nuclear (CBRN) Education and Training for Health Professionals: Findings from an Integrative Literature Review. *Prehospital and Disaster Medicine* 33(2), 182-190.
- Kämmer K, Link J (2019): *Management in der ambulanten Pflege. Besser organisieren – sicherer führen.* 2., aktual. Auflage. Hannover: Schlütersche.
- Karutz H, Geier W, Mitschke T (Hrsg.) (2017): *Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kaufmann F-X (2012), *Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften.* Münster: Lit-Verlag.
- Kaufmann S (2017): Das Themenfeld „Zivile Sicherheit“. In: Gusy C, Kugelmann D, Würtenberger T (Hrsg.): *Rechtshandbuch Zivile Sicherheit.* Berlin: Springer, 3-22.
- Kern E-M, Richter G, Müller JC, Voß F-H (Hrsg.) (2020): *Einsatzorganisation. Erfolgreiches Handeln in Hochrisikosituationen.* Wiesbaden: Springer Gabler.
- Khan Y, O’Sullivan T, Brown A, Tracey S, Gibson J, Génereux M, Henry B, Schwartz B (2018): Public health emergency preparedness: a framework to promote resilience. *BMC Public Health* 18, 1344.
- Khorrman-Manesh A, Ashkenazi M, Djalali A, Ingrassia PL, Friedl T, von Armin G, Lupesco O, Kaptan K, Arculeo C, Hreckovski B, Komadina R, Fisher P, Voigt S, James J, Gursky E, for the Scientific Committee of the DITAC Project (2018): Education in Disaster Management and Emergencies: Defining a New European Course. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(3), 245-255.
- Kiesewetter J, Drossard S, Gaupp R, Baschnegger H, Kiesewetter I, Hoffmann S (2018): Wie könnte die curriculare Verankerung des Themas Patientensicherheit aussehen? Eine Handreichung des Ausschusses für Patientensicherheit und Fehlermanagement der GMA. *GMS Journal for Medical Education* 35(1), 1-16. <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2018-35/zma001162.pdf>.
- Kiesewetter J, Gutmann J, Drossard S et al. (2016): Der Lernzielkatalog Patientensicherheit für das Medizinstudium – Ein Positionspapier des Ausschusses für Patientensicherheit und Fehlermanagement der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. *GMS Journal for Medical Education* 33(1), 1-14. <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2016-33/zma001009.pdf>.
- Kingma M (2008): International Council of Nurses: Disaster Nursing. *Prehospital and Disaster Nursing* 3(Suppl. 1), s4-s5.
- Klarare A, Rasmussen B, Fossum B, Fürst C, Hansson J, Hagelin C (2017): Experiences of security and continuity of care: Patients' and families' narratives about the work of specialized palliative home care teams. *Palliative and Supportive Care* 15(2), 181-189.
- Kocks A, Michaletz-Stolz R, Feuchtinger J, Eberl I, Tuschy S (2014): Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108(1), 18-24.
- Köhlen C (2014): Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche – Aufgaben der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe.* Weinheim, München: Juventa, 311-327.
- Krüger M, Max M (2019): Über Bedarfe, Sichtbarkeit und die Voraussetzungen einer resilienten Bevölkerung. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz.* Bielefeld: transkript, 25-40.
- Kurth AE (2017): Planetary Health and the Role of Nursing: A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6) 598-605.
- Labisch A, Woelk W (2016): Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* 6. Auflage Weinheim: Beltz Juventa, 55-98.
- 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 review of literature, *International Nursing Review*, 65(1), 41-53.
- Labrague LJ, Yboa BC, McEnroe-Petitte DM, Lobrino LR, Brennan MG (2016), Disaster Preparedness in Philippine Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 48(1), 98-105.
- Lademann J, Schaepe C, Ewers M (2017): Die Perspektive Angehöriger in der häuslichen Beatmungspflege. *Pflege* 30(1), 77-83.

- Laditka SB, Laditka JN, Cornman CB, Courtney BD, Richter JVE (2009): Resilience and Challenges among Staff of Gulf Coast Nursing Homes Sheltering Frail Evacuees following Hurricane Katrina, 2005: Implications for Planning and Training. *Prehospital and Disaster Medicine* 24(1), 54-62.
- Laditka SB, Laditka JN, Cornman CB, Davis CB, Chandler MJ (2008a): Disaster Preparedness for Vulnerable Persons Receiving In-Home, Long-Term Care in South Carolina. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(2), 133-142.
- Laditka SB, Laditka JN, Xirasagar S, Cornman CB, Davis CB, Richter JVE (2008b): Providing Shelter to Nursing Home Evacuees in Disasters: Lessons From Hurricane Katrina. *American Journal of Public Health* 98(7), 1288-1293.
- Laditka SB, Laditka JN, Xirasagar S, Cornman CB, Davis CB, Richter JVE (2007): Protecting Nursing Home Residents during Emergencies or Disasters: An Exploratory Study from South Carolina. *Prehospital and Disaster Medicine* 22(1), 42-48.
- Lane SJ, McGrady E (2016): Nursing Home Self-assessment of Implementation of Emergency Preparedness Standards. *Prehospital and Disaster Medicine* 31(4), 422-431.
- Lane SJ, McGrady E (2018): Measures of emergency preparedness contributing to nursing home resilience. *Journal of Gerontological Social Work* 61(7), 751-774.
- Lang A, Edwards N, Fleischer A (2008): Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal of Quality in Health Care* 20(2), 130-135.
- Lang A, Edwards N, Hoffman C, Shamian J, Benjamin K, Rowe M (2006): Safety in Home Care: Broadening the Patient Safety Agenda to Include Home Care Services. *Healthcare Quarterly* 9(Special Issue), 124-126.
- Lang A, Macdonald M, Storch J, Elliott K, Stevenson L, Lacroix H, Donaldson S, Corsini-Munt, Francis F, Curry CG (2009): Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid providers. *Healthcare Quarterly* 12(Special Issue), 97-101.
- Lang A, Macdonald MT, Storch J et al. (2014) Researching triads in home care: Perceptions of safety from home care clients, their caregivers, and providers. *Home Health Care Management & Practice* 26, 59-71.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H (1991): The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine* 324(6), 377-384.
- Lehmacher-Dubberke C (2016): Krankenpflege auf Rädern. *Gesundheit und Gesellschaft* 19(7-8), 30-33.
- Lehmann Y, Ewers M (2018): Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege: Die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. *Gesundheitswesen* 80(Suppl. 2), S44-S50.
- Lehmann Y, Ewers M (2019): Patientensicherheit als Thema der Pflegeausbildung. Ein multiprofessionelles Mustercurriculum der WHO bietet Anregungen. *Padua* 14(5), 313-317.
- Lehmann Y, Ewers M (2020): Sicherheit in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patienten aus Sicht professioneller Akteure. *Das Gesundheitswesen* 82(1), 75-81.
- Lehmann Y, Ostermann J, Reinhold T, Ewers M (2019): Gesundheitsökonomische deskriptive Analyse der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patienten. *Das Gesundheitswesen* 81, 813-821.
- Lehmann Y, Stark S, Ewers M (2016): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteursicht. Working Paper No. 16-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-1918>.
- Levoy K, DeBastiani SD, McCabe BE (2018): Evaluation of a Novel Disaster Nursing Education Method. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(6), 703-710.
- Lewarski JS, Gay PC (2007): Current issues in home mechanical ventilation. *Chest* 132(2), 671-676.
- Li SM, Li XR, Yang D, Xu NW (2016): Research Progress in Disaster Nursing Competency Framework of Nurses in China. *Chinese Nursing Research* 3(4), 154-157.
- Lindblad M, Flink M, Ekstedt M (2018): Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: An interview study with multidisciplinary teams and clinical managers. *BMJ Open* 8(12), e024068.

- Lindblad M, Unbeck M, Nilsson L, Schildmeijer K, Ekstedt M (2020): Identifying no-harm incidents in home healthcare: a cohort study using trigger tool methodology. *BMC Health Services Research* 20: 289, doi: 10.1186/s12913-020-05139-z.
- Links JM, Schwartz BS, Lin S, Kanarek N, Mitrani-Reiser J, Sell TK, Watson CR, Ward D, Slemp C, Burhans R, Gill K, Igusa T, Zhao X, Aguirre B, Trainor J, Nigg J, Inglesby T, Carone E, Kendra JM (2018): COPEWELL: A Conceptual Framework and System Dynamics Model for Predicting Community Functioning and Resilience After Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12, 127-137.
- Liu T, Kiwak E, Tinetti ME (2017): Perceptions of hospital-dependent patients on their needs for hospitalization. *Journal of Hospital Medicine* 6, 450-453.
- Loke AY, Fung OWM (2014): Nurses' Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11, 3289-3303.
- Lukas A, Maucher I, Bugler S, Flemming D, Meyer I (2020): Sicherheit und Nutzerakzeptanz eines intelligenten Hausnotrufsystems im Einsatz bei älteren pflegebedürftigen zu Hause lebenden Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, e-first, <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01763-w>.
- Luo Y, Liu L, Huang W-Q, Yang Y-N, Deng J, Yin C-H, Wang X-Y (2013): A Disaster Response and Management Competency Mapping of Community Nurses in China. *Iranian Journal of Public Health* 42(9), 941-949.
- Macdonald M, Lang A (2014): Applying risk society theory to findings of a scoping review on caregiver safety. *Health & Social Care in the Community* 22, 124-133.
- Macdonald M, Lang A, Storch J et al. (2013): Home care safety markers: A scoping review. *Home Health Care Services Quarterly* 32, 126-148.
- Madad S, Moskovitz J, Boyce MR, Cagliuso NV, Katz R (2020): Ready or Not, Patients Will Present: Improving Urban Pandemic Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* Mar 16, 1-4.
- Madigan EA (2007): A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthcare Nurse* 25(3), 191-197.
- Magnaye BP, Lindsay S, Munoz MAF, Munoz RGV, Murso HM (2011): The Role, Preparedness and Management of Nurses during Disasters. *E-International Scientific Research Journal* 3(4), 269-294.
- Mansour MJ, Al Shadafan SF, Abu-Sneinaeh F, Al Amer M (2018): Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. *The Open Nursing Journal* 12, 125-132.
- Mariano C (2002): Crisis theory and intervention: A critical component of nursing education. *Journal of the New York State Nurses Association* 33(1), 19-24.
- Marin SM, Witt RR (2015): Hospital Nurses' Competencies in Disaster Situations: A Qualitative Study in the South of Brazil. *Prehospital and Disaster Medicine* 30(6), 548-552.
- Masotti P, Green M, McColl MA (2009): Adverse Events in Community Care. *Healthcare Quarterly* 12(1), 69-76.
- Masotti P, Mccoll MA, Green M (2010): Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care* 22, 115-125. (US)
- 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.
- McGrady E, Blanke SJ, Swanson C (2014): Hospice Patient Evacuation: A Case for Using a Checklist for Safe Disaster Response. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 31(3), 260-268.
- McGuire LC, Ford ES, Okoro CA (2007): Natural disasters and older US adults with disabilities: Implications for evacuation. *Disasters* 31(1), 49-56.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/MDS\\_Vierter\\_\\_Pflege\\_Qualitaetsbericht.pdf.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/MDS_Vierter__Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).

- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/\\_5\\_PflegeQualita\\_\\_tsbericht\\_des\\_MDS\\_Lesezeichen.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/_5_PflegeQualita__tsbericht_des_MDS_Lesezeichen.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- 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](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_Teil_1a_ambulante_Pflegedienste_MDS_2020-10_LZ.pdf) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2019): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach §§ 114 SGB XI. Vollstationäre Pflege. Essen: MDS, [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV\\_Qualitaetspruefung/QPR\\_vollstationaer\\_190522.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_vollstationaer_190522.pdf) (Aufgerufen: 25.03.2021).
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2021): Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI. Teil 1a – Ambulante Pflegedienste. Essen: MDS, [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV\\_Qualitaetspruefung/QPR\\_Teil\\_1a\\_ambulante\\_Pflegedienste\\_MDS\\_2020-10\\_LZ.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_Teil_1a_ambulante_Pflegedienste_MDS_2020-10_LZ.pdf) (Aufgerufen: 25.03.2021).
- Meadows P (2009): Community Health Nursing. *American Journal of Nursing* 109, 19.
- Mergel T (Hrsg.) (2012): Krisen verstehen. Historische und kulturwissenschaftliche Annäherungen. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Messer Misak K, Mircic E (2018): Potentiale erkennen und Fehlerkultur in der Ausbildung fördern. *PADUA* 13(2), 133-137.
- Milligan FJ (2007): Establishing a culture for patient safety – The role of education. *Nurse Education Today* 27(2), 95-102.
- Morris SC (2020): Disaster Planning for Homeless Populations: Analysis and Recommendations for Communities. *Prehospital and Disaster Medicine* 35(3), 322-325.
- Murray JS (2012): Crisis Standards of Care: A Framework for Responding to Catastrophic Disasters. *AJN – American Journal of Nursing* 112(10), 61-63.
- Murray JS (2020): History of Disaster Nursing. In: Goodhue CJ, Blake N (Eds.): *Nursing Management of Pediatric Disaster*. Cham: Springer, 7-24.
- NASEM – National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020): *Crisis Standards of Care: Ten Years of Successes and Challenges: Proceedings of a Workshop*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nash TJ (2015): Unveiling the Truth about Nurses' Personal Preparedness for Disaster Response: A Pilot Study. *Medsurg Nursing* 24(6), 425-431. (USA)
- National Research Council (2011): *Health care comes home: The human factors*. Committee on the Role of Human Factors in Home Health Care, Board on Human-Systems Integration, Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Washington, DC: The National Academies Press.
- Nelson CB, Steckler BD, Stamberger JA (2011): *The Evolution of Hastily Formed Networks for Disaster Response Technologies, Case Studies, and Future Trends*. Seattle/WA: Global Humanitarian Technology Conference, doi: 10.1109/GHTC.2011.98.
- NEMP – National Emergency Medicine Programme (2017): *A framework to support the delivery and recording of Nursing Care in Emergency Care Networks in Ireland*. Version 1. Dublin: NEMP. <http://emnow.ie/wordpress/wp-content/uploads/2018/07/Framework-to-support-the-delivery-recording-of-nursing-care-in-ECNs-Nov-2017.pdf> (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Neudorf K, Dyck N, Scott D, Dick D (2008): Nursing education: A catalyst for the patient safety movement. *Healthcare Quarterly* 11(1), 35-39.
- Niederhauser A, Füglistner M (2016): *Patientensicherheit in der Langzeitpflege. Besonderheiten, Handlungsfelder und bestehende Aktivitäten*. Hrsg.: *Patientensicherheit Schweiz*. [https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/2\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/Archiv/Bericht\\_Patientensicherheit\\_Langzeitpflege\\_D.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Bericht_Patientensicherheit_Langzeitpflege_D.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).

- Nightingale F (2005): Bemerkungen zur Krankenpflege. Die „Notes on Nursing“ neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Nilsson J, Johansson E, Carlsson M, Florin J, Leksell J, Lepp M, Lindholm C, Nordström G, Theander K, Wilde-Larsson B, Gardulf A (2016): Disaster nursing: Self-reported competence of nursing students and registered nurses, with focus on their readiness to manage violence, serious events and disasters. *Nurse Education in Practice* 17, 102-108.
- Noguchi N, Inoue S, Shimanoe C, Shibayama K, Shinchi K (2016): Factors Associated with Nursing Activities in Humanitarian Aid and Disaster Relief. *PLoS ONE* 11(3), e0151170.
- O'Sullivan T, Dow D, Turner M, Lemyre L, Corneil W, Krewski D, Phillips KP, Amaratunga C (2008): Disaster and Emergency Management: Canadian Nurses' Perceptions of Preparedness on Hospital Front Lines. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(S1), S11-S19.
- Oevermann U (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung, [https://www.ihsk.de/publikationen/Ulrich\\_Oevermann-Manifest\\_der\\_objektiv\\_hermeneutischen\\_Sozialforschung.pdf](https://www.ihsk.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf) (Aufgerufen: 25.03.2021).
- Oschmiansky H (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung. Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. <https://d-nb.info/103255911x/34> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Oschmiansky H, Händlmeyer A (2019): Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transkript Verlag, 157-179.
- Oschmiansky H, Händlmeyer A, Schulze M, Max M (2018a): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Band VI, Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen für die Praxis. Berlin: DRK Generalsekretariat. [https://www.drk.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/schriftenreihe/Band\\_6/Schriften\\_der\\_Forschung\\_6.1.\\_Wissenschaftliche\\_Erkenntnisse\\_und\\_Herausforderung\\_aus\\_der\\_Praxis.pdf](https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_6/Schriften_der_Forschung_6.1._Wissenschaftliche_Erkenntnisse_und_Herausforderung_aus_der_Praxis.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Oschmiansky H, Händlmeyer A, Schulze M, Max M (2018b): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Band VI, Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Berlin: DRK Generalsekretariat. [https://www.drk.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/schriftenreihe/Band\\_6/Band\\_VI\\_Teil\\_2.pdf](https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_6/Band_VI_Teil_2.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Park H-Y, Kim J-S (2017): Factors influencing disaster nursing core competencies of emergency nurses. *Applied Nursing Research* 37, 1-5.
- Paul DP (2013): An Innovation in Healthcare Delivery: Hospital at Home. *Journal of Management Policy and Practice* 14(6), 73-91.
- Péculo-Carrasco JA, De Sola H, Casal-Sánchez Md, Rodríguez-Bouza M, Sánchez-Almagro CP, Failde I (2020): Feeling safe or unsafe in prehospital emergency care: A qualitative study of the experiences of patients, carers and healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing* 29, 4720-4732.
- Pelto-Piri V, Wallsten T, Hylén U, Nikban I, Kjellin L (2019): Feeling safe or unsafe in psychiatric inpatient care, a hospital-based qualitative interview study with inpatients in Sweden. *International Journal of Mental Health Syst* 13, 23. doi: 10.1186/s13033-019-0282-y.
- PfIBG – Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017. Ausfertigungsdatum. BGBl. I S. 2581. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PfIBG.pdf> (Aufgerufen: 17.12.2020).
- Phelan A, McCarthy S, Adams E (2018b): Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *British Journal of Community Nursing* 23(1), 34-40.
- Phelan A., McCarthy S, Adams E (2018a): Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing* 74(3), 626-636.
- Plough A, Fielding JE, Chandra A, Williams M, Eisenman D, Wells KB, Law GY, Fogleman S, Magana A (2013): Building community disaster resilience: perspectives from a large urban county department of public health. *American Journal of Public Health* 103(7), 1190-1197.
- Porzolt F (2007). Gefühlte Sicherheit – Ein Entscheidungskriterium für Patienten? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 83(12), 501-506.

- Pourvakhshoori N, Norouzi K, Ahmadi F, Hosseini M, Khankeh H (2017): Nursing in disasters: A review of existing models, *International Emergency Nursing* 31(1), 58-63.
- Powell-Young YM, Baker JR, Hogan JG (2006): Disaster Ethics and Healthcare Personnel: A Model Case Study to Facilitate the Decision Making Process. *Journal of Health Ethics* 3(2), 1-16.
- Powers R, Daily E (2010): *International Disaster Nursing*. Cambridge: University Press.
- Preunkert J (2011): Die Krise in der Soziologie. *Soziologie* 40(4), 432-442.
- Probst C, Hildebrand F, Flemming A, Gänsslen A, Tecklenburg A, Krettek C, Adams HA (2008): Der Notfallplan des Krankenhauses bei externen Gefahrenlagen. Übungserfahrungen beim Massenanfall von verletzten, kontaminierten und Verbrennungspatienten. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 45(5), 292-300.
- Proehl JA (Ed.) (2009): *Emergency nursing procedures* (4th ed.). St. Louis MO: Saunders Elsevier.
- Purdy S (2010): Avoiding hospital admissions What does the research evidence say? London: The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf> (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Putra A, Petpichetchian W, Maneewat K (2011): Review: Public Health Nurses' Roles and Competencies in Disaster Management. *Nurse Media Journal of Nursing* 1(1), 1-14.
- 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.
- Radcliff TA, Horney JA, Dobalian A, Macareno BO, Kabir UY, Price C, Strickland CJ (2020): Long-Term Care Planning, Preparedness, and Response Among Rural Long-Term Care Providers. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-4, e-first.
- 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.
- Rampp B (2014): Zum Konzept der Sicherheit. In: Ammicht Quinn R (Hrsg.): *Sicherheitsethik. Studien zur Inneren Sicherheit* (Vol 16). Wiesbaden: Springer VS, 51-61.
- Rathert C, Brandt J, Williams ES (2011): Putting the ‚patient‘ in patient safety: A qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations* 15(3), 327-336.
- Rattanakanlaya K, Sukonthasarn A, Wangsrikhun S, Chanprasit C (2016): A survey of flood disaster preparedness among hospitals in the central region of Thailand. *Australasian Emergency Nursing Journal* 19(4), 191-197.
- Ree E, Wiig S (2019): Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Service Research* 19(1), 607. doi: 10.1186/s12913-019-4456-8.
- Reinhold G (Hrsg.) (2000): *Soziologie-Lexikon*. München, Wien: Oldenbourg.
- RKI – Robert Koch Institut (2013): *Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.
- RNAO – Registered Nurses Association of Ontario (2002): *Crisis Intervention. Nursing Best Practice Guideline*. Toronto ON: RNAO, [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Crisis\\_Intervention.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Crisis_Intervention.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Robinson J, Gott M, Frey R, Gardiner C, Ingleton C (2018): Predictors of patient-related benefit, burden and feeling safe in relation to hospital admissions in palliative care: A cross-sectional survey. *Palliative Medicine* 32(1), 167-171.
- Rokkas P, Cornell V, Steenkamp M (2014): Disaster Preparedness and Response: Challenges for Australian Public Health Nurses – A Literature Review. *Nursing and Health Sciences* 16(1), 60-66.
- Roßnagel A (Hrsg.) (2013): *Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens*. Kassel: kassel university press.
- Rose L, McKim DA, Katz SL, Leasa D, Nonoyama M, Pedersen C, Goldstein RS, Road JD (2015): Home mechanical ventilation in Canada: A national survey. *Respiratory Care* 60(5), 695-704.
- Rosentreter M (2017): *Patientensicherheit lehren. Bedarfsanalyse und Konzeption eines integrierten Lehrprojekts für die medizinische Ausbildung*. Berlin: LIT-Verlag.

- Rothgang H, Domhoff D, Friedrich A-C, Heinze F, Preuss B, Schmidt A, Seibert K, Stolle C, Wolf-Ostermann K (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. *Pflege* 33(5), 265-275.
- Rowney R, Barton G (2005): The Role of Public Health Nursing in Emergency Preparedness and Response. *Nursing Clinics of North America* 40(3), 499-509.
- Rush Pierce J, 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.
- Said NB, Chiang VCL (2020): The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing* 48, e-first, doi: 10.1016/j.ienj.2019.100806.
- Saliba D, Buchanan J, Kington RS (2004): Function and Response of Nursing Facilities During Community Disaster. *American Journal of Public Health* 94(8), 1436-1441.
- Samah AA, Zaremohzzabieh Z, Shaffril HAM, D'Silva JL, Kamarudin S (2019): Researching Natural Disaster Preparedness Through Health Behavioral Change Models. *American Journal of Disaster Medicine* 14(1), 51-63.
- Santamaria B (1995): Nursing in Disaster. Chapter 15. In: Smith CM, Maurer FA (Eds.): *Community Health Nursing. Theory and Practice*. Philadelphia PA: Saunders, 383-400.
- Sauer J (2012): Katastrophenvorsorge – (k)ein Thema für die Pflege? *Die Schwester Der Pfleger* 51(5), 494-500.
- Sauer J (2014): Disaster Nursing – vorbereiten auf den „Tag X“, *Heilberufe* 66(11), 30-32.
- Sauer J (2020): Pflegen unter Katastrophenbedingungen und bei Großschadensereignissen. In: Vogler C (Hrsg.): *Pflegias 2. Pflegerisches Handeln*. Berlin: Cornelsen, 832-841.
- Schach H (2019): Organisierte Nachbarschaftshilfe bei Extremwetterereignissen in ländlichen Regionen. Das „Freiwilligen-vor-Ort-System“ als Anpassungsstrategie in klimawandelbedingten Krisensituationen. *Bundesgesundheitsblatt* 62, 629-638.
- Schaeffer D, Ewers M (Hrsg.) (2000): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber.
- Schaepe C, Ewers M (2017): "I need complete trust in nurses" – Home Mechanical Ventilated Patients' Perceptions of Safety. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31(4), 948-956.
- Schaepe C, Ewers M (2018): "I see myself as part of the team" – family caregivers' contribution to safety in advanced home care. *BMC Nursing* 17: 40. doi: 10.1186/s12912-018-0308-9.
- Schewe CS (2006): Subjektives Sicherheitsgefühl. In: Lange HJ, Gasch M (Hrsg.): *Wörterbuch zur Inneren Sicherheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 322-325.
- Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L (2018): Adverse events in patients in home healthcare: A retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open* 8(1), e019267.
- Schmitt M (2010): *Betriebliches Notfallmanagement. Maßnahmen zur betrieblichen Gefahrenabwehr und Schadensbegrenzung*. Heidelberg: ecomed.
- Schrappe M (2005): Patientensicherheit und Risikomanagement. *Medizinische Klinik* 100(8), 478-485.
- Schrappe M (2013): Patientensicherheit in Deutschland: Wo stehen wir im Jahr 2020? *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(1), 49-55.
- Schrappe M (2018): *APS-Weißbuch Patientensicherheit. Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.* (Hrsg.). Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schrappe M, Lessing C, Albers B, Conen D, Gerlach F, Grandt D, Hart D, Jonitz G, Lauterberg J, Loskill H, Rothmund M (2007): *Agenda Patientensicherheit 2007*. Hrsg.: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., c/o Private Universität Witten/Herdecke. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Agenda\\_2007\\_mit\\_Titelblatt.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- Schrems B (2021): Nach der Krise ist vor der Krise oder: Nothing changes is nothing changes. *Pflege* 34(1), 1-2.
- Schriver JA, Talmadge R, Chuong R, Hedges JR (2003): Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 10(7), 798-804.

- Schubert K, Klein M (2018): Das Politiklexikon. 7., aktual. u. erw. Aufl. Bonn: Dietz.
- Schulze K, Schander J, Jungmann A, Voss M (2018): Bedarfe und Ressourcen Hilfe- und Pflegebedürftiger im Alltag und in Extremsituationen. Auswertung einer quantitativen Befragung in Willich. KFS Working Paper Nr. 07. Berlin: FU Berlin, Katastrophenforschungsstelle. [https://refubium.fu-ber-lin.de/bitstream/handle/fub188/21953/Working\\_Paper\\_7\\_final\\_Auswertung\\_einer\\_quantitativen\\_Befragung\\_Hilfe-und\\_Pflegebedürftiger\\_in\\_Willich.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://refubium.fu-ber-lin.de/bitstream/handle/fub188/21953/Working_Paper_7_final_Auswertung_einer_quantitativen_Befragung_Hilfe-und_Pflegebedürftiger_in_Willich.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Schulze K, Schander J, Jungmann A, Voss M (2019b): Bedarfe und Ressourcen in Extremsituationen mit Fokus auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. KFS – Working Paper Vol. 15. Berlin: FU Berlin, Katastrophenforschungsstelle.
- Schulze K, Voss M, Schander J, Jungmann A (2019a): Policy Paper – Sicherstellung der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen im Katastrophenfall. KFS Arbeitsmaterial Nr. 06. Berlin: Katastrophenforschungsstelle. <https://www.kophis.de/veroeffentlichung/> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S (2013): The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care* 25(1), 16-28.
- Senek M, Robertson S, Ryan T, Sworn K, King R, Wood E, Tod A (2020): Nursing care left undone in community settings: Results from a UK cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management* 28(8), 1968-1974.
- Shinchi K, Matsunaga H, Fukuyama Y (2019): Proposal of a Model of Disaster Medical Education for Practical Risk Management and Disaster Nursing: The SINCHI Education Model. *Prehospital and Disaster Medicine* 34(4), 438-441.
- Siemon M, Hackwirth J, Monson K (2019): Development of a Disaster Nursing Competencies Assessment Instrument for Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 58(4), 229-239.
- Silverglow A, Lidèn E, Berglund H, Johansson L, Wijk H (2020): What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing Open* 8, 191-199.
- Simon M (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung. Bern: Hogrefe, Kapitel 9: Die ambulante Pflege, 285-306.
- Sloand E, Ho G, Klimmek R, Pho A, Kub J (2012): Nursing children after a disaster: A qualitative study of nurse volunteers and children after the Haiti earthquake. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 17, 242-253.
- Smith K, Jarris PE, Inglesby T, Hatchett R, Kellermann A (2013): Public Health Preparedness Research. *Journal of Public Health Management and Practice*: 19(September/October), S6-S8.
- Smucker DR, Regan S, Elder NC, Gerrety E (2014): Patient safety incidents in home hospice care: The experiences of hospice interdisciplinary team members. *Journal of Palliative Medicine* 17(5), 540-544.
- So M, Franks J, Cree R, Leeb R (2020): An Evaluation of the Literacy Demands of Online Natural Disaster Preparedness Materials for Families. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 14(4), 449-458.
- Sonneck G (2000) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Spurlock WR, Rose K, Veenema TG, Sinha SK, Gray-Miceli D, Hitchman S, Foster N, Slepski-Nash L, Miller ET (2019): American Academy of Nursing on Policy position statement: Disaster preparedness for older people. *Nursing Outlook* 67(1), 118-121.
- Stanhope M, Lancaster J (Eds.) (2012): *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community*. 8th Edition. Riverport Lane ML: Elsevier Mosby.
- Stark S, Lehmann Y, Ewers M (2016): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 2: Bedarf und Strukturen. Working Paper No. 16-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-1917>.
- Stark S, Lehmann Y, Ewers M (2019): Intensivversorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung – Bedarfsgerechtigkeit regionaler Angebote. Working Paper No. 19-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-2339>.

- Steiger S, Gerhold L, Schiller J (Hrsg.) (2015): Sicherheitsforschung im Dialog. Bern: Peter Lang.
- Stenhouse RC (2013): 'Safe enough in here?': Patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Clinical Nursing* 22(21-22), 3109-3119.
- Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH (2014): Patient safety in nursing education: Context, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Education Today* 34(2), 277-284.
- Stevenson L, McRae C, Mughal W (2008): Moving to a culture of safety in community home health care. *Journal of Health Services Research Policy* 13(Suppl 1), 20-24.
- Subbarao I, Lyznicki JM, Hsu EB, Gebbie KM, Markenson D, Barzansky B, Armstrong JH, Cassimatis EG, Coule PL, Dallas CE, King RV, Rubinson L, Sattin R, Swienton RE, Lillibridge S, Burkle FM, Schwartz RB, James JJ (2008): A Consensus-based Educational Framework and Competency Set for the Discipline of Disaster Medicine and Public Health Preparedness, *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2(1), 57-68.
- Sultan M, Løwe Sørensen J, Carlström E, Mortelmans L, Khorram-Manesh A (2020): Emergency Healthcare Providers' Perceptions of Preparedness and Willingness to Work during Disasters and Public Health Emergencies. *Healthcare* 8(4), 442, doi: 10.3390/healthcare8040442.
- Süß W, Trojan A (2015): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-netzwerke-und-netzwerkfoerderung/](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-netzwerke-und-netzwerkfoerderung/) (Aufgerufen: 21.12.2021).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> (Aufgerufen: 16.04.2021).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Gutachten 2018 – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (Aufgerufen: 16.04.2021).
- Swedberg L, Chiriac E, Tornkvist L, Hylander I (2012): Patients in 24-hour home care striving for control and safety. *BMC Nursing* 11:9.
- Sworn, K, Booth, A (2020): A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management* 28, 1805-1829.
- Szepan N-M (2018): Sektorierung stößt an ihre Grenzen. Neue Rahmenbedingungen für die Pflege. In: Szepan N-M, Wagner F (Hrsg.): *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Dialog*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft, 111-136.
- Tenorth HE, Tippelt R (Hrsg.) (2012): *Krise*. Beltz-Lexikon Pädagogik. Weinheim: Beltz, 426.
- Teramoto C, Nagata S, Okamoto R, Suzuki R, Kishi E, Nomura M, Jojima N, Nishida M, Koide K, Kusano E, Iwamoto S, Murashima S (2015): Identifying Residents' Health Issues Six Weeks after the Great East Japan Earthquake. *Public Health Nursing* 32(6), 654-661.
- Thierfelder I, Ewers M (2015): Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihre Familien – Forschungsbedarf aus Sicht der Physiotherapie. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde* 163(7), 711-716.
- Travaglia JF, Hughes C, Braithwaite J (2011): Learning from disasters to improve patient safety: Applying the generic disaster pathway to health system errors. *BMJ Quality & Safety* 20(1), 1-8.
- Uekusa S (2019): Exploring Disasters through the Eyes of Residential Nursing Home Caregivers. *Social Work in Public Health* 34(6), 529-541.
- 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: 01.12.2020).

- Usher K, Mills J, West C, Casella E, Dorji P, Guo A, Koy V, Pego G, Phanpaseuth S, Phouthavong O, Sayami J, Lak MS, Sio A, Ullah MM, Sheng Y, Zang Y, Buettner P, Woods C (2015): Cross-sectional Survey of the Disaster Preparedness of Nurses across the Asia-Pacific Region. *Nursing & Health Sciences* 17(4), 434-443.
- VBG – Gesetzliche Unfallversicherung (2017): Zwischenfall, Notfall, Katastrophe. Leitfaden für die Sicherheits- und Notfallorganisation. Version 2.1/2017-09. Hamburg: VBG.
- Veenema TG (Ed.) (2013): *Disaster Nursing and Emergency preparedness for chemical, biological, radiological and terrorism and other hazards*. 3rd Edition. New York NY: Springer Publishing Company.
- Veenema TG (Ed.) (2018): *Ready RN. Handbook for Disaster Nursing and Emergency Preparedness*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company.
- 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.
- VHBD – Verband für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (2020): Dritte Säule der Versorgung alter und kranker Menschen. <https://www.vhbp.de/ziele/#c92> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2014): Safety measurement and monitoring in healthcare: A framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Quality & Safety* 23, 670-677.
- Vincent CA, Coulter A (2002): Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care* 11(1), 76-80.
- Voit D (2015): Patient Safety Initiatives in Germany – from the hospital perspective. White Paper. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) / International Hospital Federation (IHF). Berlin: DKG.
- von Beer JM, McBride SE, Mitzner TL, Rogers WA (2014): Understanding Challenges in the Front Lines of Home Health Care: A Human-Systems Approach. *Applied Ergonomics* 45(6), 1687-1699.
- Wagner F (2012): Disaster Nursing – auch eine Rolle für deutsche Pflegefachpersonen. IPP-Info – Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Ausgabe 10, 4-5.
- Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, Schor KW, Lyznicki J, Strauss-Riggs K, Coopere A, Hsu EB, King RV, Mitras JA, Hick J, Zukowski R, Altman BA, Steinbrecher RA, James JJ (2012): Core Competencies for Disaster Medicine and Public Health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6(1), 44-52.
- Wang J, Li C, Zou S, Chen H, Xiang J, Hu Y, Huang H, Tan Y (2020): Psychometric evaluation of undergraduate student nurses' learning perceived needs in disaster nursing: Two cross-sectional studies. *Nurse Education Today* 84, e-first, doi: 10.1016/j.nedt.2019.104208.
- Wang M, Tao H (2017): How Does Patient Safety Culture in the Surgical Departments Compare to the Rest of the County Hospitals in Xiaogan City of China? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14(10), 1123. doi: 10.3390/ijerph14101123.
- Wassenaar A, Schouten J, Schoonhoven L (2014): Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(2), 261-273.
- Weller J, Boyd M, Cumin D (2014): Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal* 90(1061), 149-154.
- Wendekamm M, Feißt M (2015): Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz. In: Lange H-J, Gusy C (Hrsg.): *Die Verwaltung der Sicherheit – Theorie und Praxis der Öffentlichen Sicherheitsverwaltung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 125-211.
- Wenji Z, Turale S, Stone TE, Petrini MA (2015): Chinese nurses' relief experiences following two earthquakes: Implications for disaster education and policy development. *Nurse Education in Practice* 15(1), 75-81.
- WHO – World Health Organization (2002): *The World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization (2008): *Home Care in Europe. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2008): *Humanitarian Health Actions. Glossary of Humanitarian Terms*. <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/> (Aufgerufen: 23.03.2021).

- WHO – World Health Organization (2011): Patient Safety Curriculum Guide – Multiprofessional Edition. [https://www.who.int/patientsafety/education/mp\\_curriculum\\_guide/en/](https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- 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 (2017): Patient safety: Making health care safer. 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: 25.03.2021).
- WHO – World Health Organization Expert Committee on Nursing (1974): Community Health Nursing. Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 558. Geneva: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization, Regional Office for Europe (2017): Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals. Copenhagen: WHO Publications. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/351284/resilience-report-20171004-h1635.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351284/resilience-report-20171004-h1635.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020). (CHE/international)
- Wigger L (2020): Aus Katastrophen lernen? Über den Umgang mit Katastrophen. In: Ecarius J, Billestein J (Hrsg.): Gewalt – Vernunft – Angst. Wiesbaden: Springer VS, 143-161.
- Wiig S, Ree E, Johannessen T, Strømme T, Storm M, Aase I, Ullebust B, Holen-Rabbersvik E, Hurup Thomsen L, Sandvik Pedersen AT, van de Bovenkamp H, Bal R, Aase K (2018): Improving quality and safety in nursing homes and home care: The study protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. *BMJ Open* 28, 8(3), e020933.
- Williams H, Downes E (2017): Development of a Course on Complex Humanitarian Emergencies: Preparation for the Impact of Climate Change. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 661-669.
- 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.
- Willoughby M, Kipsaina C, Ferrah N, Blau S, Bugeja L, Ranson D, Ibrahim JE (2017): Mortality in Nursing Homes Following Emergency Evacuation: A Systematic Review. *JAMDA* 18, 664-670.
- Willson K, FitzGerald G, Lim D (2021): Disaster Management in Rural and Remote Primary Health Care: A Scoping Review. *Prehospital and Disaster Medicine* 18(1), 81-86.
- Wischet W, Eitzinger C (2009): Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur in der Medizin: Kontext und Konzepte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103(8), 530-535.
- Wisniewski R, Dennik-Champion G, Peltier JW (2004): Emergency preparedness competencies: assessing nurses' educational needs. *Journal of Nursing Administration* 34(10), 475-480.
- Wolff HA (2017): Zivile Sicherheit als Infrastrukturgewährleistung und Daseinsvorsorge. In: Gusy C, Kugelmann D, Würtenberger T (Hrsg.): *Rechtshandbuch Zivile Sicherheit*. Berlin: Springer, 657-689.
- Wurmb T, Kowalzik B, Rebuck J, Franke A, Cwojdzinski D, Bernstein N, Brodala T, Weber M (2018): Bewältigung von besonderen Bedrohungslagen. Ergebnisse des bundesweiten Auswertungsprozesses am Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe – Teil 1: Präklinisches Management. *Notfall + Rettungsmedizin* 21, 664-672.
- Wynd CA (2006): A proposed model for military disaster nursing. *OJIN The Online Journal of Issues in Nursing* 11(3), Manuskript 4.
- 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, Johnson-Koenke R, Dobalian A (2019): Home-Based Primary Care's Role in Supporting the Older Old During Wildfires. *Journal of Primary Care & Community Health*, doi: 10.1177/2150132719846773.
- Yamamoto A (2008): Education and Research on Disaster Nursing in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(1), s6-s7.

- Yang L, Nonoyama M, Pizzuti R, Bwititi P, John G (2016): Home mechanical ventilation: A retrospective review of safety incidents using the World Health Organization International Patient Safety Event classification. *Canadian Journal Respiration Therapy* 52(3), 85-91.
- Zamboni LM (2018): Theory and Metrics of Community Resilience: A Systematic Literature Review Based on Public Health Guidelines. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(6), 756-763.
- Zelinka U (1997): Sicherheit – ein Grundbedürfnis des Menschen? In: Lippert E, Prüfert A, Wachtler G (Hrsg.): *Sicherheit in der unsicheren Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 43-57.
- Zettl V, Nell R (2019): Pflege- und Hilfsbedürftige in Schadenslagen. Durch Vernetzung relevanter Akteur\*innen und durch systematische Kooperation die ambulante Versorgung sicherstellen. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): *Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transkript Verlag, 227-246.
- 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: 09.01.2021).
- Zoche P, Kaufmann S, Haverkamp R (Hrsg.) (2011): *Zivile Sicherheit: Gesellschaftliche Dimensionen gegenwärtiger Sicherheitspolitiken*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Zork F (2014): Nursing home disaster planning and response: a policy perspective. *Journal of Gerontological Nursing* 40(12), 16-24.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2018): *ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018: Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Zentrale Ergebnisse, Dezember 2018*. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf> (Aufgerufen: 21.12.2020).

## 2. Verzeichnis der gesichteten Fachzeitschriften

Zeitschrift	Adresse
<b>Thema: Patientensicherheit (Patient Safety)</b>	
Internationale Zeitschriften	
BMC Health Services Research	<a href="https://bmchealthservres.biomedcentral.com/">https://bmchealthservres.biomedcentral.com/</a>
BMJ Quality & Safety	<a href="https://qualitysafety.bmj.com/">https://qualitysafety.bmj.com/</a>
Health & Social Care in the Community	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652524">https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652524</a>
Home Health Care Management & Practice	<a href="https://journals.sagepub.com/home/hhc">https://journals.sagepub.com/home/hhc</a>
Home Healthcare Nurse	<a href="https://scinapse.io/journals/180764740">https://scinapse.io/journals/180764740</a>
Home Health Care Services Quarterly	<a href="https://www.tandfonline.com/toc/whhc20/current">https://www.tandfonline.com/toc/whhc20/current</a>
International Journal for Quality in Health Care	<a href="https://academic.oup.com/intqhc">https://academic.oup.com/intqhc</a>
Journal of Nursing Management	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652834">https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652834</a>
Journal of Patient Safety	<a href="https://journals.lww.com/journalpatientsafety/pages/default.aspx">https://journals.lww.com/journalpatientsafety/pages/default.aspx</a>
Leadership in Health Services	<a href="https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1751-1879">https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1751-1879</a>
Nursing & Health Sciences	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14422018">https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14422018</a>
Quality Management in Health Care	<a href="https://journals.lww.com/qmhcjournal/pages/default.aspx">https://journals.lww.com/qmhcjournal/pages/default.aspx</a>
The Joint Commission Journal on Quality and Safety	<a href="https://www.journals.elsevier.com/the-joint-commission-journal-on-quality-and-patient-safety">https://www.journals.elsevier.com/the-joint-commission-journal-on-quality-and-patient-safety</a>
Deutschsprachige Zeitschriften	
Das Gesundheitswesen	<a href="https://www.thieme.de/de/gesundheitswesen/profil-1875.htm">https://www.thieme.de/de/gesundheitswesen/profil-1875.htm</a>
Deutsche Medizinische Wochenschrift	<a href="https://www.thieme.de/de/dmw-deutsche-medizinische-wochenschrift/profil-1891.htm">https://www.thieme.de/de/dmw-deutsche-medizinische-wochenschrift/profil-1891.htm</a>
Gepflegt durchatmen – Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung	<a href="https://www.gepflegt-durchatmen.de/">https://www.gepflegt-durchatmen.de/</a>
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen	<a href="https://www.journals.elsevier.com/zeitschrift-fur-evidenz-fortbildung-und-qualitat-im-gesundheitswesen">https://www.journals.elsevier.com/zeitschrift-fur-evidenz-fortbildung-und-qualitat-im-gesundheitswesen</a>
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie	<a href="https://www.springer.com/journal/391">https://www.springer.com/journal/391</a>
<b>Thema: Pflege in Krisen und Katastrophenfällen &amp; Vorbeugung von Katastrophen (Disaster Nursing &amp; Disaster Preparedness)</b>	
Internationale Zeitschriften	
Australasian Emergency Nursing Journal	<a href="https://www.journals.elsevier.com/australasian-emergency-nursing-journal">https://www.journals.elsevier.com/australasian-emergency-nursing-journal</a>
Community, Environment and Disaster Risk Management	<a href="https://www.emerald.com/insight/publication/issn/2040-7262">https://www.emerald.com/insight/publication/issn/2040-7262</a>
Disaster Health	<a href="https://www.tandfonline.com/toc/kdsh20/current">https://www.tandfonline.com/toc/kdsh20/current</a>
Disaster Management and Response	<a href="https://www.sciencedirect.com/journal/disaster-management-and-response">https://www.sciencedirect.com/journal/disaster-management-and-response</a>
Disaster Medicine and Public Health Preparedness	<a href="https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness">https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness</a>
Disaster Prevention and Management	<a href="https://www.emerald.com/insight/">https://www.emerald.com/insight/</a>

	publication/issn/0965-3562
Health Emergency and Disaster Nursing	<a href="http://hedn.jp/">http://hedn.jp/</a>
Health in Emergencies & Disasters Quarterly	<a href="http://hdq.uswr.ac.ir/">http://hdq.uswr.ac.ir/</a>
International Emergency Nursing	<a href="https://www.journals.elsevier.com/international-emergency-nursing">https://www.journals.elsevier.com/international-emergency-nursing</a>
International Journal of Disaster Medicine	<a href="https://www.tandfonline.com/toc/idis20/current">https://www.tandfonline.com/toc/idis20/current</a>
International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment	<a href="https://www.emeraldgroupublishing.com/journal/ijdrbe">https://www.emeraldgroupublishing.com/journal/ijdrbe</a>
International Journal of Disaster Response and Emergency Management	<a href="https://www.igi-global.com/journal/international-journal-disaster-response-emergency/176341">https://www.igi-global.com/journal/international-journal-disaster-response-emergency/176341</a>
International Journal of Disaster Risk Reduction	<a href="https://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-disaster-risk-reduction">https://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-disaster-risk-reduction</a>
International Journal of Health System & Disaster Management	<a href="https://www.journalonweb.com/ijhsdm/">https://www.journalonweb.com/ijhsdm/</a>
International Journal of Mass Emergencies and Disasters	<a href="http://ijmed.org/">http://ijmed.org/</a>
Jàmbá Journal of Disaster Risk Studies	<a href="https://jamba.org.za/index.php/jamba">https://jamba.org.za/index.php/jamba</a>
Journal of Disaster and Emergency Research	<a href="http://jder.ssu.ac.ir/">http://jder.ssu.ac.ir/</a>
Journal of Disaster Research	<a href="https://www.jstage.jst.go.jp/browse/jdr/">https://www.jstage.jst.go.jp/browse/jdr/</a>
Journal of Homeland Security and Emergency Management	<a href="https://www.degruyter.com/journal/key/JHSEM/html">https://www.degruyter.com/journal/key/JHSEM/html</a>
Prehospital and Disaster Medicine	<a href="https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine">https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine</a>
Progress in Disaster Science	<a href="https://www.journals.elsevier.com/progress-in-disaster-science/">https://www.journals.elsevier.com/progress-in-disaster-science/</a>
<b>Deutschsprachige Zeitschriften</b>	
Bevölkerungsschutz (Zeitschrift des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe)	<a href="https://www.bbk.bund.de/DE/Service/Publikationen/BS-Magazin/BS_magazin_node.html">https://www.bbk.bund.de/DE/Service/Publikationen/BS-Magazin/BS_magazin_node.html</a>
BOS-Leitstelle aktuell (Fachzeitschrift für Einsatzbearbeitung)	<a href="https://www.skverlag.de/zeitschriften/bos-leitstelle-aktuell.html">https://www.skverlag.de/zeitschriften/bos-leitstelle-aktuell.html</a>
Brandwacht (Zeitschrift für Brand- und Katastrophenschutz)	<a href="http://www.brandwacht.bayern.de/aktuelles/index.html">http://www.brandwacht.bayern.de/aktuelles/index.html</a>
Im Einsatz (Zeitschrift für Einsatzkräfte im Katastrophenschutz)	<a href="https://www.skverlag.de/zeitschriften/im-einsatz.html">https://www.skverlag.de/zeitschriften/im-einsatz.html</a>
Notfall + Rettungsmedizin (Zeitschrift für präklinische und innerklinische Notfallmedizin)	<a href="https://www.springer.com/journal/10049">https://www.springer.com/journal/10049</a>
Rettungsdienst (Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin)	<a href="https://www.skverlag.de/zeitschriften/rettungsdienst.html">https://www.skverlag.de/zeitschriften/rettungsdienst.html</a>
Taktik + Medizin (Organisation, Einsatztaktik, Medizin)	<a href="https://www.skverlag.de/zeitschriften/taktik-medicin.html">https://www.skverlag.de/zeitschriften/taktik-medicin.html</a>

### 3. Verzeichnis der gesichteten Internetportale

Portal	Adresse
<b>Internationale Portale</b>	
Australian College of Emergency Nursing	<a href="https://acen.com/au/">https://acen.com/au/</a>
Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (BEL)	<a href="https://www.credd.be">https://www.credd.be</a>
Emergency Nurses Association (USA)	<a href="https://www.ena.org/">https://www.ena.org/</a>
Emergency Nurses Association of Ontario (CAN)	<a href="http://www.enaо.me/">http://www.enaо.me/</a>
International Council of Nurses (Weltbund der Pflegefachpersonen)	<a href="https://www.icn.ch/">https://www.icn.ch/</a>
International Institute for Disaster Risk Reduction	<a href="http://www.idrmhome.org">http://www.idrmhome.org</a>
International Committee of the Red Cross	<a href="https://www.icrc.org/">https://www.icrc.org/</a>
Royal College of Nursing – RCN Emergency Care Association (GBR)	<a href="https://www.rcn.org/uk/get-involved/forums/emergency-care-association">https://www.rcn.org/uk/get-involved/forums/emergency-care-association</a>
United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR)	<a href="https://www.undrr.org/">https://www.undrr.org/</a>
World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM)	<a href="https://wadem.org/">https://wadem.org/</a>
World Society of Disaster Nursing (WSDN)	<a href="http://www.wsdn.link/">http://www.wsdn.link/</a>
<b>Deutschsprachige Portale</b>	
Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)	<a href="https://www.aps-ev.de/">https://www.aps-ev.de/</a>
Österreichische Plattform Patientensicherheit	<a href="https://www.plattformpatientensicherheit.at/">https://www.plattformpatientensicherheit.at/</a>
Stiftung Patientensicherheit Schweiz	<a href="https://www.patientensicherheit.ch/">https://www.patientensicherheit.ch/</a>
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	<a href="https://www.dbfk.de/de/">https://www.dbfk.de/de/</a>
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)	<a href="https://dg-pflegewissenschaft.de/">https://dg-pflegewissenschaft.de/</a>
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.	<a href="http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de">http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de</a>
Robert Koch Institut	<a href="https://www.rki.de/">https://www.rki.de/</a>
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)	<a href="https://www.bbk.bund.de/">https://www.bbk.bund.de/</a>
Deutsches Institut für Katastrophenmedizin	<a href="http://disaster-medicine.com/">http://disaster-medicine.com/</a>
Deutsches Komitee für Katastrophenvorsorge e. V. (DKKV)	<a href="https://www.dkkv.org/">https://www.dkkv.org/</a>
Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk der UN (NKS)	<a href="https://www.kritis.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/NationaleKontaktstelleSendai/NationaleKontaktstelleSendai_node.html">https://www.kritis.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/NationaleKontaktstelleSendai/NationaleKontaktstelleSendai_node.html</a>
BMBF Sicherheitsforschung	<a href="https://www.sifo.de/">https://www.sifo.de/</a>
FU Berlin, Katastrophenforschungsstelle	<a href="https://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung/index.html">https://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung/index.html</a>
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	<a href="https://www.drk.de/">https://www.drk.de/</a>
Österreichisches Rotes Kreuz	<a href="https://www.roteskreuz.at/home/">https://www.roteskreuz.at/home/</a>
Schweizerisches Rotes Kreuz	<a href="https://www.redcross.ch/de">https://www.redcross.ch/de</a>
Ärzte ohne Grenzen	<a href="https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/">https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/</a>

#### 4. Verzeichnis der verwendeten Suchbegriffe

Zentrale Suchworte und Kombinationen
<b>Thema: Patientensicherheit</b>
Schlagworte englisch
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient Safety</li> <li>- Safety</li> <li>- Security</li> <li>- Patient Safety / Safety &amp; Home / at Home</li> <li>- Patient Safety / Safety &amp; Home Care</li> <li>- Safety &amp; Community Care / Home Health Care / Community Nursing / Public Health Nursing</li> <li>- Safety &amp; Nursing / Nursing Care</li> <li>- Safety &amp; Advanced home care</li> <li>- Patient Safety &amp; Disaster</li> <li>- Patient Safety Education</li> <li>- Risk, Risks</li> <li>- Risk Management</li> </ul>
Schlagworte deutsch
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientensicherheit</li> <li>- Sicherheit &amp; Pflege</li> <li>- Patientensicherheit / Sicherheit &amp; Häuslichkeit / zu Hause</li> <li>- Patientensicherheit / Sicherheit &amp; Pflege</li> <li>- Patientensicherheit / Sicherheit &amp; ambulant / ambulante Pflege</li> <li>- Patientensicherheit / Sicherheit &amp; Versorgung</li> <li>- Sicherheit &amp; Intensivpflege</li> <li>- Risiko, Risiken, Risikosituationen</li> <li>- Risikomanagement</li> </ul>
<b>Thema: Pflege in Krisen, Notfällen und Katastroph</b>
Schlagworte englisch
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disaster Nursing, Disaster &amp; Nursing</li> <li>- Disaster Nursing &amp; Review of Literature or Literature Review or Meta-Analysis or Systematic Review</li> <li>- Disaster Nursing Education</li> <li>- Disaster Preparedness, Disaster Preparedness and Nursing</li> <li>- Disaster Nursing &amp; Community Health Nursing or Public Health Nursing</li> <li>- Emergency, Emergencies</li> <li>- Emergency Medical Team</li> <li>- Emergency Nursing</li> </ul>
Schlagworte deutsch
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bevölkerungsschutz</li> <li>- Bevölkerungsschutz &amp; Pflege</li> <li>- Katastrophe</li> <li>- Katastrophenhilfe</li> <li>- Katastrophenschutz</li> <li>- Katastrophe &amp; Pflege</li> </ul>

## 5. Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AAL	Ambient-Assisted-Living
ARC	American Red Cross
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
AUPIK	Akronym für das Projekt „Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Krisensituationen“
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsauftrag
CDC	Centers for Disease Control und Prevention
CMS	Center for Medicare & Medicaid Services
CREEC	Center for Research and Education in Emergency Care
CSC	Crisis Standards of Care
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DITAC	Disaster Training Curriculum
DKKV	Deutsches Komitee für Katastrophenvorsorge
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EDRM	Emergency and Disaster Risk Management
EOP	Emergency Operation Plan
EPIQ	Emergency Preparedness Information Questionnaire
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
ICN	International Council of Nurses
KOPHIS	Akronym für das Projekt „Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
NKS	Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk der UN
SiFo	Sicherheitsforschung
UNDRR	United Nations Office for Disaster Risk Reduction
WADDEM	World Association for Disaster and Emergency Medicine
WHO	World Health Organisation
WSDN	World Society of Disaster Nursing
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

## 6. Verzeichnis der Abbildungen

<b>Abbildung 1:</b>	Community Health Nursing (nach WHO 2017, 6).....	18
<b>Abbildung 2:</b>	Eckdaten zu ambulanten Pflegediensten (Destatis 2020a, b, 2018, 2011) .....	21
<b>Abbildung 3:</b>	Eckdaten zu den Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste (Destatis 2020a, b, 2018, 2011) .....	22
<b>Abbildung 4:</b>	Anteile der Beschäftigten in Pflegediensten nach Berufsabschlüssen (zusammengestellt aus Destatis 2020a) .....	22
<b>Abbildung 5:</b>	Eckdaten zu den Pflegebedürftigen i. S. des SGB XI (Destatis 2020a, 2018, 2011).....	24
<b>Abbildung 6:</b>	Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Art der häuslichen Versorgung (Destatis 2020a).....	24
<b>Abbildung 7:</b>	Pflegebedürftige i. S. des SGB XI nach Altersgruppen und Versorgungssektoren (Destatis 2020a).....	25
<b>Abbildung 8:</b>	Der Sicherheitsbegriff (eigene Darstellung nach Frevel 2016, 8) .....	28
<b>Abbildung 9:</b>	Mapping der Lernziele des APS-Lernzielkatalogs mit den Themen des WHO-Mustercurriculums (Lehmann/Ewers 2019) .....	37
<b>Abbildung 10:</b>	Adaptiertes Humanfaktorenmodell für die häusliche Versorgung des National Research Council 2011 (eigene Darstellung nach Beer et al. 2014, 26).....	39
<b>Abbildung 11:</b>	Kriterien zur Unterscheidung von Katastrophen (UNDRR 2015; BBK 2019).....	46
<b>Abbildung 12:</b>	Perspektivenänderungen bei einem Notfall- und Katastrophenrisikomanagement (EDMR) – gemäß WHO (2019, 5; eigene Übersetzung, Adaption) .....	47
<b>Abbildung 13:</b>	<i>Disaster Nursing</i> Modelle (basierend auf Pourvakhshoori et al. 2015 und erweitert).....	52
<b>Abbildung 14:</b>	Jennings <i>Disaster Nursing Management Modell</i> (Jennings-Sanders 2009, modifizierte Darstellung nach Übersetzung nach Sauer 2012) .....	53
<b>Abbildung 15:</b>	HOPE-Modell für die Pflege bei Katastrophen (mod. nach Hugelius/Adolfsson 2019, eigene Übersetzung).....	53
<b>Abbildung 16:</b>	Kernkompetenzen für Pflegefachpersonen für Notfälle und Katastrophen (Gebbie/Qureshi 2002; eigene Übersetzung ins Deutsche) .....	58
<b>Abbildung 17:</b>	Kernkompetenzen im <i>Disaster Nursing</i> gemäß ICN 2019 (zusammengefasst und ins Deutsche übertragen) .....	60



## **Teil 2**

# **Bibliografie**



## I. Einführung und Verwendungshinweise

Dieser zweite Teil dieses Working Papers enthält eine bibliografische Zusammenstellung von weiterführender Literatur zum Thema „Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege“ im weitesten Sinne. Die Bibliografie ist als Ergänzung der im ersten Teil des Papers dokumentierten Literatursynthese zu verstehen. Die dabei genutzte Suchstrategie wurde weiter oben im ersten Teil dieses Working Papers ausführlich dargelegt (vgl. Teil 1, Kap. II. Methodisches Vorgehen). Auch für die Erstellung dieser Bibliografie war eine vollständige Erfassung der einschlägigen Literatur weder möglich noch wurde sie angestrebt. Aufgrund der ausgeprägten Dynamik in diesem Feld kann sie zudem nur eine Momentaufnahme darstellen. Mit der Bibliografie wird daher in erster Linie die Intention verbunden, die thematische Spannweite der Veröffentlichungen zu dem hier bearbeiteten Thema zu verdeutlichen. Zudem soll die Bibliografie als Orientierung und Ausgangspunkt für vertiefende Recherchen zu Einzelthemen oder zu spezifischen Fragestellungen bei den weiteren Forschungsaktivitäten im Rahmen des AUPIK-Gesamtprojektes und des Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ dienen.

Die Literatur wurde in dieser Bibliografie fünf diskursiv gebildeten Themenfeldern zugeordnet (siehe Teil 2, Kap II. bis V.), die im Bedarfsfall weiter ausdifferenziert wurden. Auch wenn eine trennscharfe Zuordnung einzelner Veröffentlichungen nicht immer zweifelsfrei möglich war, wurden sie in der Regel nur einem Themenfeld zugeordnet, um Redundanzen zu vermeiden. Um in der Bibliografie einen Eindruck von den Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten in einzelnen Ländern und Weltregionen vermitteln zu können, wurde die Literatur zudem nach deutsch- und englischsprachigen Einträgen getrennt erfasst und dokumentiert. Für die englischsprachigen Einträge wurde zudem angegeben, in welchen Ländern die Publikationen jeweils entstanden sind. Hierfür wurden die nachfolgend aufgeführten Länderkürzel genutzt. Die Themenfelder sind jeweils mit kommentierenden Einführungen versehen.

Länderkürzel im Bibliografie-Teil					
AUS	Australien	IND	Indien	OMN	Oman
BEL	Belgien	IRL	Irland	PAK	Pakistan
BGD	Bangladesch	IRN	Iran	PHL	Philippinen
BRA	Brasilien	ISL	Island	PRT	Portugal
BTN	Bhutan	ISR	Israel	QAT	Katar
CAN	Kanada	ITA	Italien	ROU	Rumänien
CHE	Schweiz	JOR	Jordanien	SAU	Saudi-Arabien
CHL	Chile	JPN	Japan	SGP	Singapur
CHN	China	KHM	Kambodscha	SLB	Salomon-Inseln
COR	Korea	KOR	Korea	SVN	Slowenien
CZE	Tschechische Republik	KWT	Kuwait	SVK	Slowakei
DEU	Deutschland	LAO	Laos	SWE	Schweden
DNK	Dänemark	MNG	Mongolei	THA	Thailand
DZA	Algerien	MYS	Malaysia	TUR	Türkei
FIN	Finnland	NLD	Niederlande	TWN	Taiwan
GBR	Großbritannien	NOR	Norwegen	UGA	Uganda
GHA	Ghana	NPL	Nepal	USA	Vereinigte Staaten
GRC	Griechenland	NZL	Neuseeland		von Amerika
HRV	Kroatien	NOR	Norwegen		
IDN	Indonesien	NPL	Nepal		



## II. Begriffliche und konzeptionelle Klärungen

In dieses Themenfeld wurde Literatur aufgenommen, die sich primär mit begrifflichen und konzeptionellen Aspekten befasst. Dabei geht es im Wesentlichen um Begriffe und Konzepte, die den Gegenstand der Forschung und Praxisentwicklung des AUPIK-Gesamtsprojekts sowie im Teilprojekt 3 markieren, darunter „Sicherheit“, „Krise“, „Notfälle und Katastrophen“ sowie „Resilienz, Emergency Preparedness & Disaster Preparedness“. Diesen Begriffen und Konzepten wurden jeweils Unterkapitel gewidmet, wobei einem breiten und inklusiven Verständnis gefolgt wurde. Im 1. Unterkapitel (Sicherheit) wurden sowohl Texte zur Patientensicherheit wie auch zur zivilen Sicherheit aufgenommen, zudem Texte mit dem Fokus auf objektive wie auf subjektive Sicherheitsdimensionen. Ähnlich verhält es sich mit dem 2. (Krise) und 3. Unterkapitel (Notfälle und Katastrophen). Darin wurden jeweils Texte zusammengestellt, die sich mit individuellen (Mikro-Ebene), mit organisatorischen (Meso-Ebene) und mit gesellschaftlichen Dimensionen (Makro-Ebene) dieses Themas befassen. Besonders im 4. Unterkapitel (Resilienz, Emergency Preparedness & Disaster Preparedness) wird an den aufgeführten Quellen deutlich, dass zahlreiche der in diesem Feld verwendeten Begriffe und Konzepte nicht trennscharf sind, teilweise uneinheitlich oder auch synonym verwendet werden. Dies wird kritisch diskutiert. Um die Verständigung innerhalb der Wissenschaftsgemeinschaft sowie mit anderen Akteur\*innen fördern zu können, sind weitere Klärungs- und Konsentierungsprozesse angezeigt.

### 1. Sicherheit

#### Englischsprachige Literatur

- Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN (2015): Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* 62(1), 102-110. (JOR)
- Benike L, Cognett-Rieke C, Dahlby M, Disch J (2012): Quality and Safety in Home and Ambulatory Settings. *Nursing Clinics of North America* 47, 323-331. (USA)
- Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB (2012): Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management* 20, 794-801. (NOR)
- Feng X, Bobay K, Weiss M (2008): Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(3), 310-319. (USA)
- Gershon RRM, Pogorzelska M, Qureshi KA, et al. (2008): Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al. (Ed.) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. (USA)
- IOM – Institute of Medicine (2000): *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (Eds.). Washington DC: National Academy Press. (USA)
- Lang A, Edwards N, Fleischer A (2008): Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal of Quality in Health Care* 20(2), 130-135. (CAN)
- Lang A, Edwards N, Hoffman C, Shamian J, Benjamin K, Rowe M (2006): Safety in Home Care: Broadening the Patient Safety Agenda to Include Home Care Services. *Healthcare Quarterly* 9(Special Issue), 124-126. (CAN)
- Lang A, Macdonald M, Storch J, Elliott K, Stevenson L, Lacroix H, Donaldson S, Corsini-Munt, Francis F, Curry CG (2009): Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid providers. *Healthcare Quarterly* 12(Special Issue), 97-101. (CAN)
- Lang A, Macdonald MT, Storch J et al. (2014) Researching triads in home care: Perceptions of safety from home care clients, their caregivers, and providers. *Home Health Care Management & Practice* 26, 59-71. (CAN)
- Lindblad M, Flink M, Ekstedt M (2018): Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: An interview study with multidisciplinary teams and clinical managers. *BMJ Open* 8(12), e024068. (SWE)
- Macdonald M, Lang A, Storch J et al. (2013): Home care safety markers: A scoping review. *Home Health Care Services Quarterly* 32, 126-148. (CAN)

- Masotti P, Mccoll MA, Green M (2010): Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care* 22, 115-125. (USA)
- Rathert C, Brandt J, Williams ES (2011): Putting the ‚patient‘ in patient safety: A qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations* 15(3), 327-336. (USA)
- Schaepe C, Ewers M (2017): „I need complete trust in nurses“ – Home Mechanical Ventilated Patients‘ Perceptions of Safety. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31(4), 948-956. (DEU)
- Schaepe C, Ewers M (2018): „I see myself as part of the team“ – family caregivers‘ contribution to safety in advanced home care. *BMC Nursing* 17: 40. doi: 10.1186/s12912-018-0308-9. (DEU)
- Silverglow A, Lidèn E, Berglund H, Johansson L, Wijk H (2020): What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing Open* 8, 191-199. (SWE)
- Stevenson L, McRae C, Mughal W (2008): Moving to a culture of safety in community home health care. *Journal of Health Services Research Policy* 13(Suppl 1), 20-24. (CAN)
- Travaglia JF, Hughes C, Braithwaite J (2011): Learning from disasters to improve patient safety: Applying the generic disaster pathway to health system errors. *BMJ Quality & Safety* 20(1), 1-8. (AUS)
- Vincent CA, Coulter A (2002): Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care* 11(1), 76-80. (CAN)
- Voit D (2015): Patient Safety Initiatives in Germany – from the hospital perspective. White Paper. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) / International Hospital Federation (IHF). Berlin: DKG. (DEU)
- Weller J, Boyd M, Cumin D (2014): Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal* 90(1061), 149-154. (NZL)
- WHO – World Health Organization (2017): Patient safety: Making health care safer. Geneva: WHO. (international)
- Wiig S, Ree E, Johannessen T, Strømme T, Storm M, Aase I, Ullebust B, Holen-Rabbersvik E, Hurup Thomsen L, Sandvik Pedersen AT, van de Bovenkamp H, Bal R, Aase K (2018): Improving quality and safety in nursing homes and home care: The study protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. *BMJ Open* 28, 8(3), e020933. (NOR/NLD)

#### Deutschsprachige Literatur

- APS – Aktionsbündnis Patientensicherheit (2018): Glossar Patientensicherheit. <https://www.aps.de/glossar> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- APS, vdek – Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Verband der Ersatzkassen (2018): Patientensicherheitsoffensive von APS, vdek und Ersatzkassen. Sieben konkrete Forderungen für mehr Patientensicherheit. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/06\\_Patientensicherheitsoffensive-Sieben-Forderungen-von-APS-und-vdek.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/06_Patientensicherheitsoffensive-Sieben-Forderungen-von-APS-und-vdek.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- äzq – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2005): Glossar Patientensicherheit. Definitionen und Begriffsbestimmungen. <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/patientensicherheit/glossar-patientensicherheit.pdf> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018): Forschung für die zivile Sicherheit 2018–2023. Rahmenprogramm der Bundesregierung. Bonn: BMBF, Referat Sicherheitsforschung. [https://www.bmbf.de/upload\\_filestore/pub/Rahmenprogramm\\_Sicherheitsforschung.pdf](https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Rahmenprogramm_Sicherheitsforschung.pdf) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- DPR – Deutscher Pflegerat (2014): Im Fokus: Patientensicherheit. [http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/focus-dpr\\_patientensicherheit-020912.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/focus-dpr_patientensicherheit-020912.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Eggert S, Sulman D, Teubner C (2020): ZQP-Analyse Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-SicherheitskulturAmbulant.pdf> (Aufgerufen: 06.02.2021).
- Endreß C, Feißt M (2014): Von der Sicherheit zur Sicherheitskultur – Über den Umgang mit Komplexität im Sicherheitsdiskurs. In: Lange HJ, Wendekamm M, Endreß C (Hrsg.): Dimensionen der Sicherheitskultur. Studien zur Inneren Sicherheit (Band 17). Wiesbaden: Springer VS, 19-32.

- Endreß C, Schattschneider L (2010): Was ist Sicherheit? Interdisziplinäre Betrachtung einer unklaren Begrifflichkeit. *Notfallvorsorge* 40(2), 8-9.
- Frevel B (2016): Auf der Suche nach dem Sicherheitsbegriff. In: Frevel B (Hrsg.): *Sicherheit. essentials*. Wiesbaden: Springer VS, 3-9
- Haverkamp R (2012): Gefühlte Sicherheiten und Sicherheitsgefährdungen – Barometer Sicherheit in Deutschland (BaSiD). Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages (Hrsg.: Kerner H-J, Marks E). Im Auftrag der Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe (DVS). Hannover, s. auch [https://www.mpg.de/6841890/stra\\_jb\\_2012](https://www.mpg.de/6841890/stra_jb_2012) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- Haverkamp R (2015): Barometer Sicherheit in Deutschland (BaSiD). Objektive und subjektive (Un-)Sicherheit in der Kriminalprävention – Das Sicherheitsquadrat als Analyseinstrument (Teil 2). *Forum Kriminalprävention* 15(2), 52-57.
- Görres S, Warfelmann C, Meinecke P, Riemann M (2018): Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf> (Aufgerufen: 13.12.2020).
- Gusy C, Kugelmann D, Württemberg T (Hrsg.) (2017): *Rechtshandbuch Zivile Sicherheit*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kaufmann F-X (2012), *Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften*. Münster: Lit-Verlag.
- Kaufmann S (2017): Das Themenfeld „Zivile Sicherheit“. In: Gusy C, Kugelmann D, Württemberg T (Hrsg.): *Rechtshandbuch Zivile Sicherheit*. Berlin: Springer, 3-22.
- Krause J (2018): Sicherheit. In: Voigt R (Hrsg.): *Handbuch Staat*. Wiesbaden: Springer VS, 1559-1567.
- Lehmann Y, Ewers M (2020): Sicherheit in der häuslichen Intensivversorgung beatmeter Patienten aus Sicht professioneller Akteure. *Das Gesundheitswesen* 82(1), 75-81.
- Manser T (im Interview mit Rottschäfer T) (2015): Bei der Patientensicherheit sind wir keinesfalls spitze. *Gesundheit und Gesellschaft* 18(9), 30-33.
- Niederhauser A, Füglistner M (2016): Patientensicherheit in der Langzeitpflege. Besonderheiten, Handlungsfelder und bestehende Aktivitäten. Hrsg.: *Patientensicherheit Schweiz*. [https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/2\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/Archiv/Bericht\\_Patientensicherheit\\_Langzeitpflege\\_D.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Bericht_Patientensicherheit_Langzeitpflege_D.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Porzolt F (2007). Gefühlte Sicherheit – Ein Entscheidungskriterium für Patienten? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 83(12), 501-506.
- Rampp B (2014): Zum Konzept der Sicherheit. In: Ammicht Quinn R (Hrsg.): *Sicherheitsethik. Studien zur Inneren Sicherheit (Vol 16)*. Wiesbaden: Springer VS, 51-61.
- 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://zoesbund.de/wp-content/uploads/2015/10/Gruen-buch\\_Zukunftforum.pdf](http://zoesbund.de/wp-content/uploads/2015/10/Gruen-buch_Zukunftforum.pdf) (Aufgerufen: 15.12.2020).
- Schewe CS (2006): Subjektives Sicherheitsgefühl. In: Lange HJ, Gasch M (Hrsg.): *Wörterbuch zur Inneren Sicherheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 322-325.
- Schrappe M (2005): Patientensicherheit und Risikomanagement. *Medizinische Klinik* 100(8), 478-485.
- Schrappe M (2013): Patientensicherheit in Deutschland: Wo stehen wir im Jahr 2020? *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(1), 49-55.
- Schrappe M (2018): *APS-Weißbuch Patientensicherheit. Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.* (Hrsg.). Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schrappe M, Lessing C, Albers B, Conen D, Gerlach F, Grandt D, Hart D, Jonitz G, Lauterberg J, Loskill H, Rothmund M (2007): *Agenda Patientensicherheit 2007*. Hrsg.: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., c/o Private Universität Witten/Herdecke. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Agenda\\_2007\\_mit\\_Titelblatt.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf) (Aufgerufen: 10.01.2021).

- Steiger S, Gerhold L, Schiller J (Hrsg.) (2015): Sicherheitsforschung im Dialog. Bern: Peter Lang.
- Wischet W, Eitzinger C (2009): Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur in der Medizin: Kontext und Konzepte. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103(8), 530-535.
- Wolff HA (2017): Zivile Sicherheit als Infrastrukturgewährleistung und Daseinsvorsorge. In: Gusy C, Kugelmann D, Würtenberger T (Hrsg.): Rechtshandbuch Zivile Sicherheit. Berlin: Springer, 657-689.
- Zelinka U (1997): Sicherheit – ein Grundbedürfnis des Menschen? In: Lippert E, Prüfert A, Wachtler G (Hrsg.): Sicherheit in der unsicheren Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 43-57.
- Zoche P, Kaufmann S, Haverkamp R (Hrsg.) (2011): Zivile Sicherheit: Gesellschaftliche Dimensionen gegenwärtiger Sicherheitspolitiken. Bielefeld: Transcript Verlag.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2018): ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018: Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Zentrale Ergebnisse, Dezember 2018. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf> (Aufgerufen: 21.12.2020).

## 2. Krise

### Englischsprachige Literatur

- Agrimson LB, Taft LB (2009): Spiritual crisis: a concept analysis. J Adv Nurs Feb;65(2), 454-61.
- Balfour ME, Tanner K, Jurica PJ, Rhoads R, Carson CA (2016): Crisis Reliability Indicators Supporting Emergency Services (CRISES): A Framework for Developing Performance Measures for Behavioral Health Crisis and Psychiatric Emergency Programs. Community Mental Health Journal 52(1), 1-9.
- Brennan A, Warren N, Peterson V, Hollander Y, Boscarato K, Lee S (2016): Collaboration in crisis: Carer perspectives on police and mental health professional's responses to mental health crises. Int J Ment Health Nurs 25(5), 452-461.
- Greenstone JL, Leviton SC (2011): Elements of crisis intervention: Crises and how to respond to them. 2nd Edition. Belmont CA: Brooks Cole.
- Liken M (2001): Caregivers in crisis. Clinical Nursing Research 10(1),52-68.
- MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, van Hout HP, de Rooij SE (2013): Reviewing the definition of crisis in dementia care. BMC Geriatr 1(13), 10
- Mariano C (2002): Crisis theory and intervention: A critical component of nursing education. Journal of the New York State Nurses Association 33(1) 19-24.
- RNAO – Registered Nurses Association of Ontario (2002): Crisis Intervention. Nursing Best Practice Guideline. Toronto ON: RNAO, [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Crisis\\_Intervention.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Crisis_Intervention.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021). (CAN)
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, HHS – U.S. Department of Health and Human Services (2020): National Guidelines for Behavioral Health Crisis Care – A Best Practice Toolkit. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf> (Aufgerufen: 01.02.2021)

### Deutschsprachige Literatur

- Berger P, Riecher-Rössler A (2004): Definition von Krise und Krisenassessment. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe, 19-30.
- Bail HJ, Fischer P, Weidringer JW, Mahlke L, Matthes G, Preck O-S, Ruchholtz S (2007): Katastrophenmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Das Netzwerk Katastrophenmedizin der DGU. Trauma und Berufskrankheit 9, 279-283.
- Berger P, Riecher-Rössler A (2004): Definition von Krise und Krisenassessment. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD (Hrsg.): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe, 19-30.

- Ciampi L (1993): Krisentheorie heute – eine Übersicht. In: Schnyder U, Sauvant JD (Hrsg.): Kriseninterventionen in der Psychiatrie. Bern: Huber, 13-26.
- Fringer A (Hrsg.) (2019): Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLiCK). Bern: Hogrefe.
- Haisch J (1999): Krisenintervention. In: Haisch J, Weitkunat R, Wildner M (Hrsg.): Wörterbuch Public Health. Bern: Huber, 238.
- Hechinger M, Fringer A (2019): Häusliche Krisensituationen: Eine Literaturübersicht, In: Fringer A (Hrsg.): Das Buchsener Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLiCK). Analysen Werkzeuge und Empfehlungen zur Krisenintervention, Bern: Hogrefe, 33-47.
- Mariano C (2002): Crisis theory and intervention: A critical component of nursing education. *Journal of the New York State Nurses Association* 33(1), 19-24.
- Mergel T (Hrsg.) (2012): Krisen verstehen. Historische und kulturwissenschaftliche Annäherungen. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Preunkert J (2011): Die Krise in der Soziologie. *Soziologie* 40(4), 432-442.
- Schrems B (2021): Nach der Krise ist vor der Krise oder: Nothing changes is nothing changes. *Pflege* 34(1), 1-2.
- Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas.
- Tenorth HE, Tippelt R (Hrsg.) (2012): Krise. *Beltz-Lexikon Pädagogik*. Weinheim: Beltz, 426.

### 3. Notfälle und Katastrophen

#### Englischsprachige Literatur

- Haffajee R, Parmet WE, Mello MM (2014): What is a Public Health “Emergency”? *New England Journal of Medicine* 371(11), 986-988. (USA)
- Glik DC (2007): Risk communication for public health emergencies. *Annual Review of Public Health* 28, 33-54. (USA)
- Kluger Y, Coccolini F, Catena F, Ansaloni L (Eds.) (2020): *WSES Handbook of Mass Casualties Incidents Management*. Cham: Springer Nature Switzerland. (ITA)
- Rozenblit B (2020): Nurses and Nursing in Mass Casualties Incidents. In: Kluger Y, Coccolini F, Catena F, Ansaloni L (Eds.): *WSES Handbook of Mass Casualties Incidents Management. Hot Topics in Acute Care Surgery and Trauma*. Cham: Springer, 79-89. (ISR)
- Severin PN, Jacobson PA (2020): Types of Disasters. In: Goodhue CJ, Blake N (Ed.) (2020): *Nursing Management of Pediatric Disaster*. Cham: Springer, 85-190. (USA)

#### Deutschsprachige Literatur

- 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](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Ratgeber_Brosch.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2019): *Stromausfall – Vorsorge und Selbsthilfe*. Bonn: BBK. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren\\_Flyer/Buergerinformationen\\_A4/Stromausfall\\_Vorsorge\\_und\\_Selbsthilfe.pdf?blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Stromausfall_Vorsorge_und_Selbsthilfe.pdf?blob=publicationFile) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2018): *BBK-Glossar. Ausgewählte zentrale Begriffe des Bevölkerungsschutzes*. Bonn: BBK. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis\\_Bevoelkerungsschutz/Glossar\\_2018.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/Glossar_2018.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- 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](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Checkliste_Ratgeber.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 09.01.2021).

- Ellebrecht N (2020): Organisierte Rettung. Studien zur Soziologie des Notfalls. Wiesbaden: Springer.
- Enneker-Forum-Falkenstein, ThinkTank der Claus-Enneker-Stiftung (2019): Antworten auf die aktuellen Fragen zur zukünftigen notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland. *Notfall + Rettungsmedizin* 22, 733-737.
- GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Gestuftes System von Notfallstrukturen. Anforderungen (ohne Module). Stand: 2018. [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4894/2019-08-28\\_G-BA\\_Grafik\\_Notfallstrukturen\\_Hochformat\\_web.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4894/2019-08-28_G-BA_Grafik_Notfallstrukturen_Hochformat_web.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Geier W (2017): Strukturen, Zuständigkeiten, Aufgaben und Akteure. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T (Hrsg.): *Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, 93-128.
- Gusy C (2018): Katastrophenschutzrecht – Zur Situation eines Rechtsgebietes im Wandel. In: Lange H-J, Gusy C (Hrsg.): *Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz*. Berlin, Heidelberg: Springer, 65-77.
- Gusy C (2018): Zwischen Zivilschutz und besonders schwerem Unglücksfall: Die verdrängte Katastrophe. In: Gusy C (Hrsg.): *Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz*. Berlin, Heidelberg: Springer, 165-182.
- Hossfeld B, Helm M, Kumle B (2019): Herausforderungen und Chancen für die klinische Notfallversorgung. *Anaesthesist* 68(6), 259-260.
- Karutz H, Geier W, Mitschke T (Hrsg.) (2017): *Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kern E-M, Richter G, Müller JC, Voß F-H (Hrsg.) (2020): *Einsatzorganisation. Erfolgreiches Handeln in Hochrisikosituationen*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Menski U, Gardemann J (2009): Schneechaos und Stromausfall im Münsterland vom November und Dezember 2005: Auswirkungen auf den Ernährungs- und Gesundheitssektor sowie die private Katastrophenvorsorge und Bevorratung. *Das Gesundheitswesen* 71(6), 349-350.
- Petermann T, Bradke H, Lüllmann A, Poetzsch M, Riehm U (2011): Was bei einem Blackout geschieht. Folgen eines langandauernden und großflächigen Stromausfalls. Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Nr. 33. Baden-Baden: Nomos Verlag, Edition Sigma. <https://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/buecher/petermann-et-al-2011-141.pdf> (Aufgerufen: 17.01.2021).
- Roßnagel A (Hrsg.) (2013): *Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens*. Kassel: kassel university press.
- Schmitt M (2010): *Betriebliches Notfallmanagement. Maßnahmen zur betrieblichen Gefahrenabwehr und Schadensbegrenzung*. Heidelberg: ecomed.
- VBG – Gesetzliche Unfallversicherung (2017): *Zwischenfall, Notfall, Katastrophe. Leitfaden für die Sicherheits- und Notfallorganisation. Version 2.1/2017-09*. Hamburg: VBG.
- Wendekamm M, Feißt M (2015): Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz. In: Lange H-J, Gusy C (Hrsg.): *Die Verwaltung der Sicherheit – Theorie und Praxis der Öffentlichen Sicherheitsverwaltung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 125-211.
- Wigger L (2020): Aus Katastrophen lernen? Über den Umgang mit Katastrophen. In: Ecarius J, Bilstein J (Hrsg.): *Gewalt – Vernunft – Angst*. Wiesbaden: Springer VS, 143-161.
- Wurmb T, Kowalzik B, Rebeck J, Franke A, Cwojdzinski D, Bernstein N, Brodala T, Weber M (2018): Bewältigung von besonderen Bedrohungslagen. Ergebnisse des bundesweiten Auswertungsprozesses am Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe – Teil 1: Präklinisches Management. *Notfall + Rettungsmedizin* 21, 664-672.
- VBG – Gesetzliche Unfallversicherung (2017): *Zwischenfall, Notfall, Katastrophe. Leitfaden für die Sicherheits- und Notfallorganisation. Version 2.1/2017-09*. Hamburg: VBG.

#### 4. Resilienz, Emergency Preparedness & Disaster Preparedness

##### Englischsprachige Literatur

- Abbassinia M, Kalatpour O, Motamedzade IM, Sontanian A, Mohammadfam I (2020): Application of Social Network Analysis to Major Petrochemical Accident: Interorganizational Collaboration Perspective. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-8, e-first. (IRN)
- Acosta J, Howard S, Chandra A, Varda D, Sprong S, Uscher-Pines L (2015): Contributions of Health Care Coalitions to Preparedness and Resilience: Perspectives From Hospital Preparedness Program and Health Care Preparedness Coalitions. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(6), 690-697. (USA)
- Acosta JD, Burgette L, Chandra A, Eisenman DP, Gonzalez I, Varda D, Xenakis L (2018): How Community and Public Health Partnerships Contribute to Disaster Recovery and Resilience. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(5), 635-643. (USA)
- Albanese J, Birnbaum M, Cannon C, Cappiello J, Chapman E, Paturas J, Smith S (2008): Fostering Disaster Resilient Communities across the Globe through the Incorporation of Safe and Resilient Hospitals for Community-Integrated Disaster Responses. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(5), 385-390. (USA)
- Bromley E, Eisenman DP, Magana A, Williams M, Kim B, McCreary M, Chandra A, Wells KB (2017): How Do Communities Use a Participatory Public Health Approach to Build Resilience? The Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14: 1267, doi: 10.3390/ijerph14101267. (USA)
- Cha BS, Lawrence RI, Bliss JC, Wells KB, Chandra A, Eisenman DP (2016): The Road to Resilience: Insights on Training Community Coalitions in the Los Angeles County Community Disaster Resilience Project. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(6), 812-821. (USA)
- Cormier S, Wargo M, Winslow W (2015): Transforming Health Care Coalitions From Hospitals to Whole of Community: Lessons Learned From Two Large Health Care Organizations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(6), 712-716. (USA)
- Dornauer ME (2015): In Preparation or Response: Examining Health Care Coalitions Amid a changing Economic and Political Landscape. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9, 698-703. (USA)
- Harris C, Waltz T, O'Neal JP, Nadeau K, Crumpton M, Ervin S (2016): Conceptualization of a Health Care Coalition Framework in Georgia Based on the Existing Regional Coordinating Hospital Infrastructure. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(1), 174-179. (USA)
- Heagele TN (2016): Disaster Related Community Resilience: A Concept Analysis and a Call to Action for Nurses. *Public Health Nursing* 34(3), 295-302. (USA)
- Heagele TN, McNeill CC, Adams LM, Alfred DM (2020): Household Emergency Preparedness Instrument Development: A Delphi Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-13, e-first. (USA)
- Hupert N, Biala K, Holland T, Baehr A, Hasan A, Harvey M (2015): Optimizing Health Care Coalitions: Conceptual Framework and a Research Agenda. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(6), 717-723. (USA)
- Kelen GD, McCarthy ML (2011): Developing the Science of Health Care Emergency Preparedness and Response (Editorial). *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 3(Suppl. 1), S2-S3. (USA)
- Khan Y, O'Sullivan T, Brown A, Tracey S, Gibson J, Généreux M, Henry B, Schwartz B (2018): Public health emergency preparedness: a framework to promote resilience. *BMC Public Health* 18, 1344. (CAN)
- Kulig JC (2000): Community Resiliency: The Potential for Community Health Nursing Theory Development. *Public Health Nursing* 17(5), 374-385. (CAN)
- Levac J, Toal-Sullivan D, O'Sullivan TL (2012): Household Emergency Preparedness: A Literature Review. *Journal of Community Health* 37(3), 725-733. (CAN)

- Links JM, Schwartz BS, Lin S, Kanarek N, Mitrani-Reiser J, Sell TK, Watson CR, Ward D, Slemp C, Burhans R, Gill K, Igusa T, Zhao X, Aguirre B, Trainor J, Nigg J, Inglesby T, Carone E, Kendra JM (2018): COPEWELL: A Conceptual Framework and System Dynamics Model for Predicting Community Functioning and Resilience After Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12, 127-137. (USA/CAN)
- Madad S, Moskovitz J, Boyce MR, Cagliuso NV, Katz R (2020): Ready or Not, Patients Will Present: Improving Urban Pandemic Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* Mar 16, 1-4. (USA)
- 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. (IDN, JPN)
- McNeill C, Richie C, Alfred D (2020): Individual emergency-preparedness efforts: A social justice perspective. *Nursing Ethics* 27(1), 184-193. (USA)
- Morsch G, Chacko S, Randolph R (2019): Disaster Medicine: Disaster Preparedness Planning. *FP Essentials* 487, 23-26. (USA)
- Plough A, Fielding JE, Chandra A, Williams M, Eisenman D, Wells KB, Law GY, Fogleman S, Magana A (2013): Building community disaster resilience: perspectives from a large urban county department of public health. *American Journal of Public Health* 103(7), 1190-1197. (USA)
- Prezant DJ, Clair J, Belyaev S, Alleyne D, Banauch GI, Davitt M, Vandervoorts K, Kelly KJ, Currie B, Kalkut G (2005): Effects of the August 2003 blackout on the New York City healthcare delivery system: A lesson for disaster preparedness. *Critical Care Medicine* 33(1), 96-101. (USA)
- 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. (USA)
- Raveis VH, VanDevanter N, Kovner CT, Gershon R (2017): Enabling a Disaster-Resilient Workforce: Attending to Individual Stress and Collective Trauma. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 653-660. (USA)
- Smith K, Jarris PE, Inglesby T, Hatchett R, Kellermann A (2013): Public Health Preparedness Research. *Journal of Public Health Management and Practice*: 19(September/October), S6-S8.
- Upton L, Kirsch TD, Harvey M, Hanfling D (2017): Health Care Coalitions as Response Organizations: Houston After Hurricane Harvey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(6), 637-639. (USA)
- Yamashita M, Kudo C (2014): How differently we should prepare for the next disaster? *Nursing & Health Sciences* 16(1), 56-59. (JPN)
- Zamboni LM (2018): Theory and Metrics of Community Resilience: A Systematic Literature Review Based on Public Health Guidelines. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(6), 756-763. (CHN/COR/JPN)

#### Deutschsprachige Literatur

- Blättner B, Janson D, Grewe HA (2020): Hitzeaktionspläne in den Parlamenten der Bundesländer. Politische Diskurse über Gesundheitsschutz und Klimawandel. *Prävention und Gesundheitsförderung*, E-first, doi: 10.1007/s11553-020-00772-2.
- Christmann G, Ibert O, Kilper H, Moss T (2011): Vulnerabilität und Resilienz in sozio-räumlicher Perspektive. Begriffliche Klärungen und theoretischer Rahmen. Working Paper No. 44. Leibniz-Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung. Erkner: Leibniz-Institut. [https://leibniz-irs.de/fileadmin/user\\_upload/IRS\\_Working\\_Paper/wp\\_vulnerabilitaet.pdf](https://leibniz-irs.de/fileadmin/user_upload/IRS_Working_Paper/wp_vulnerabilitaet.pdf) (Aufgerufen: 11.03.2021).
- Dech H (2009): Wie können häusliche Pflegearrangements wirksam durch ehrenamtliche und professionelle Angebote unterstützt werden? In: Jansen M (Hrsg.): *Pflegende und sorgende Frauen und Männer. Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität*. POLIS 49. Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für politische Bildung, 75-87.
- Deutscher Bundestag (2013): Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012. Drucksache 17/12051 vom 03.01.2013. <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf> (Aufgerufen: 17.01.2021).

- DKKV – Deutsches Komitee Katastrophenvorsorge e. V. (2016b): Das Hochwasser im Juni 2013: Bewährungsprobe für das Hochwasserrisikomanagement in Deutschland, DKKV-Schriftenreihe 53. [https://www.dkkv.org/fileadmin/user\\_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/DKKV\\_53\\_Hochwasser\\_Juni\\_2013.pdf](https://www.dkkv.org/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/DKKV_53_Hochwasser_Juni_2013.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Fekete A (2010): Weitgehende Abhängigkeiten. Funktionierende Infrastrukturen sind wichtig im Alltag wie im Katastrophenfall. *Bevölkerungsschutz* 2010/3, 10-13.
- Fekete A, Neisser F, Tzavella K, Hetkämper C (Hrsg.) (2019): Wege zu einem Mindestversorgungskonzept. Kritische Infrastrukturen und Resilienz. Köln: Technische Hochschule, Institut für Rettungswesen und Gefahrenabwehr (KIRMin). <https://kirmin.web.th-koeln.de/wp-content/uploads/2019/05/KIRMin-Wege-zu-einem-Mindestversorgungskonzept.pdf> (Aufgerufen: 17.01.2021).
- ISS – Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (2014). Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen. Dokumentation. Frankfurt a.M.: ISS. [https://www.iss-ffm.de/fileadmin/assets/veroeffentlichungen/downloads/Sorgende\\_Gemeinschaften\\_-\\_Vom\\_Leitbild\\_zu\\_Handlungsans\\_auml\\_tzen.pdf](https://www.iss-ffm.de/fileadmin/assets/veroeffentlichungen/downloads/Sorgende_Gemeinschaften_-_Vom_Leitbild_zu_Handlungsans_auml_tzen.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Karutz H, Geier W, Mitschke T (Hrsg.) (2017): Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Krüger M (2019): Resilienz. Zwischen staatlicher Forderung und gesellschaftlicher Förderung, In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz, Bielefeld: transcript, 57-75.
- Krüger M, Max M (2019): Über Bedarfe, Sichtbarkeit und die Voraussetzungen einer resilienten Bevölkerung. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transkript, 25-40.
- Lange H-J, Gusy C (Hrsg.) (2015): Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Roßnagel A (Hrsg.) (2013): Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens. Kassel: kassel university press.
- Schach H (2019): Organisierte Nachbarschaftshilfe bei Extremwetterereignissen in ländlichen Regionen. Das „Freiwilligen-vor-Ort-System“ als Anpassungsstrategie in klimawandelbedingten Krisensituationen. *Bundesgesundheitsblatt* 62, 629-638.
- Süß W, Trojan A (2015): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [www.leitbegriffe.bzga.de/](http://www.leitbegriffe.bzga.de/) (Aufgerufen: 21.12.2021).
- Voßschmidt S, Karsten A (Hrsg.) (2019): Resilienz und Kritische Infrastruktur. Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen im Krisenfall. Stuttgart: Kohlhammer.
- Voßschmidt S, Karsten A (2019): Grundlagen und Begriffe. In: Voßschmidt S, Karsten A (Hrsg.) (2019): Resilienz und Kritische Infrastruktur. Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen im Krisenfall. Stuttgart: Kohlhammer, 9-82.
- 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: 09.01.2021).
- Zettl V, Nell R (2019): Pflege- und Hilfsbedürftige in Schadenslagen. Durch Vernetzung relevanter Akteur\*innen und durch systematische Kooperation die ambulante Versorgung sicherstellen. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transkript Verlag, 227-246.



### III. Rollenspezialisierungen der Pflege

Pflegefachpersonen kommt international in allen Phasen des Katastrophenmanagementzyklus eine zentrale Bedeutung zu; dabei nehmen sie jedoch unterschiedliche und zum Teil hochgradig spezialisierte Rollen und Aufgaben wahr. Zu diesem Themenfeld wurden daher im Folgenden Texte mit zwei sich ergänzenden Schwerpunkten zusammengestellt. Zum einen wurde Literatur zur Beschreibung der Rollenspezialisierung von Pflegenden im Bereich des *Community Health Nursing & Public Health Nursing* zusammengetragen (1.). Dabei kommen grundsätzliche Rollen und Aufgaben dieser Pflegefachpersonen zur Sprache, aber auch diejenigen, die sich explizit auf das Handeln vor, während und nach Krisen, Notfällen und Katastrophen bezieht. Zum anderen wurden Texte zusammengestellt, die sich explizit auf das *Emergency Nursing & Disaster Nursing* beziehen (2.). Darin werden die Handlungsfelder sowie die Rollen und Aufgaben von entsprechend qualifizierten Pflegenden einerseits unabhängig von Versorgungssettings (z. B. Krankenhäusern, Pflegeheimen) thematisiert, andererseits mit besonderem Blick auf die Versorgung in ambulanten Strukturen bzw. häuslichen Versorgungssettings. Nicht in jedem Fall sind die jeweiligen Rollenspezialisierung und Ausrichtungen in der Literatur konsequent auseinanderzuhalten, weshalb auch die Zuordnung der jeweiligen Texte mit Vorbehalten erfolgt.

#### 1. Community Health Nursing & Public Health Nursing

##### Englischsprachige Literatur

- Ablah E, McGean Weist E, McElligott JE, Biesiadecki LA, Gotsch AR, Keck CW, Gebbie KM (2020): Public health preparedness and response competency model methodology. *American Journal for Disaster Medicine* 14(4), 247-254. (USA)
- ANA – American Nurses Association (1986): *Standards of Community Health Nursing Practice*. Kansas City MO: ANA. (USA)
- APHA – American Public Health Association, Public Health Nursing Section (2013): *The definition and practice of public health nursing: A statement of the public health nursing section*. Washington DC: APHA. <https://www.apha.org/~media/files/pdf/membergroups/phn/nursingdefinition.ashx> (Aufgerufen: 09.01.2021). (USA)
- APHN – Association of Public Health Nurses – Public Health Preparedness Committee (2014): *The Role of the Public Health Nurse in Disaster Preparedness, Response, and Recovery. A Position Paper*. [https://www.phnurse.org/assets/docs/Role%20of%20PHN%20in%20Disaster%20PRR\\_APHN%202014%20Ref%20updated%202015.pdf](https://www.phnurse.org/assets/docs/Role%20of%20PHN%20in%20Disaster%20PRR_APHN%202014%20Ref%20updated%202015.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021). (USA)
- ASPH – Association of Schools of Public Health (2010): *Public health preparedness & response core competency model*. <http://www.asph.org/userfiles/PreparednessCompetencyModelWorkforce-Version1.0.pdf> (Aufgerufen: 23.03.2021). (USA)
- Buhler-Wilkerson K (1985): *Public Health Nursing: In Sickness or in Health?* *American Journal of Public Health* 75(10), 1155-1161. (USA)
- Guzys D, Brown R, Halcomb E, Whitehead D (Eds.) (2020): *An Introduction to Community and Primary Health Care* (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press. (AUS)
- Jakeway CC, LaRose G, Cary A, Schoenfisch S, Association of State and Territorial Directors of Nursing (2008): *The Role of Public Health Nurses in Emergency Preparedness and Response: A Position Paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing*. *Public Health Nursing* 25(4), 353-361. (USA)
- Kawasaki C, Kitamiya C, Yoshida K, Omori J, Porter S, Asahara K (2020): *An experiential approach to developing radiological content for public health nursing: Lessons from a nuclear disaster*. *Public Health Nursing* 37, 295-302. (JPN/USA)
- Kelly MD, Thobaben M (1995): *Community Health Nursing in International Disasters*. *Home Healthcare Nurse* 13(4), 75-76. (USA)

- Kuntz SW, Frable P, Qureshi K, Strong L (2008): Association of Community Health Nursing Educators: Disaster Preparedness White Paper for Community/Public Health Nursing Educators. *Public Health Nursing* 25(4), 362-369. (USA)
- Lerner EB, Cronin M, Schwartz RB, Sanddal TL, Sasser SM, Czapranski T, Piazza GM, Sheahan WD (2007): Linking Public Health and the Emergency Care Community: 7 Model Communities. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1(2), 142-145. (USA)
- Lin T, Qiu Y, Peng W, Peng L (2020): Global Research on Public Health Emergency Preparedness From 1997 to 2019: A Bibliometric Analysis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-10, e-first. (CHN)
- Luo Y, Liu L, Huang W-Q, Yang Y-N, Deng J, Yin C-H, Wang X-Y (2013): A Disaster Response and Management Competency Mapping of Community Nurses in China. *Iranian Journal of Public Health* 42(9), 941-949. (CHN)
- Mann Wall B (2015): Disasters, Nursing, and Community Responses: A Historical Perspective. *Nursing History Review* 23(1), 11-27. (USA)
- Meadows P (2009): Community Health Nursing. *American Journal of Nursing* 109, 19. (USA)
- Nicholas PK, Breakey S (2017): Climate Change, Climate Justice, and Environmental Health: Implications for the Nursing Profession. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 606-616. (USA)
- Olympia RP, Wan E, Avner JR (2005): The Preparedness of Schools to Respond to Emergencies in Children: A National Survey of School Nurses. *Pediatrics* 116, e738-e745. (USA)
- Peters RM, Hipper TJ, Chernak ED (2018): Primary Care Medical Practices: Are Community Health Care Providers Ready for Disasters? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 13(2), 128-132. (USA)
- Philibin CAN, Griffiths C, Byrne G, Horan P, Brady AM, Begley C (2010): The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of Advanced Nursing* 66(8), 743-752. (IRL)
- Purbhoo D, Wojtak A (2018): Patient and Family-Centred Home and Community Care: Realizing the Opportunity. *Nursing Leadership* 31(2), 40-51. (CAN)
- Putra A, Petpichetchian W, Maneewat K (2011): Review: Public Health Nurses' Roles and Competencies in Disaster Management. *Nurse Media Journal of Nursing* 1(1), 1-14. (THA)
- Rokkas P, Cornell V, Steenkamp M (2014): Disaster Preparedness and Response: Challenges for Australian Public Health Nurses – A Literature Review. *Nursing and Health Sciences* 16(1), 60-66. (AUS)
- Romagnoli KM, Handler SM, Hochheiser H (2013): Home care: more than just a visiting nurse. *BMJ Quality and Safety* 22, 972-974. (USA)
- Rowney R, Barton G (2005): The Role of Public Health Nursing in Emergency Preparedness and Response. *Nursing Clinics of North America* 40(3), 499-509. (USA)
- Ruskie SE (2016): All the Resources was Gone: The Environmental Context of Disaster Nursing. *The Nursing Clinics of North America* 51(4), 569-584. (USA)
- Savoia E, Lin L, Bernard D, Klein N, James LP, Guicciardi S. Public Health System Research in Public Health Emergency Preparedness in the United States (2009-2015): Actionable Knowledge Base. *American Journal of Public Health* 107(S2), e1-e6. (USA)
- Stanhope M, Lancaster J (Eds.) (2012): *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community*. 8th Edition. Riverport Lane ML: Elsevier Mosby. (USA)
- Suen JC, Cristenson GM, Nicola RM (1995): The key role of nurses in local health departments. *American Journal of Public Health* 85(1), 120-121. (USA)
- von Beer JM, McBride SE, Mitzner TL, Rogers WA (2014): Understanding Challenges in the Front Lines of Home Health Care: A Human-Systems Approach. *Applied Ergonomics* 45(6), 1687-1699. (USA)
- 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. (international)

WHO – World Health Organization Expert Committee on Nursing (1974): Community Health Nursing. Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 558. Geneva: WHO. (international)

#### Deutschsprachige Literatur

BAPP – Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (2003): Tätigkeitsinhalte der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP). <http://www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf> (Aufgerufen: 01.12.2020).

BAPP – Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (2008): Was ist psychiatrische Pflege? / Ambulante psychiatrische Pflege APP. <https://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf> (Aufgerufen: 01.12.2020).

BHK – Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (2020): Kinderkrankenpflege in Deutschland. <https://www.bhkev.de/kinderkrankenpflege-in-deutschland.html> (Aufgerufen: 21.12.2020).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019): Online-Ratgeber Pflege: Pflegedienst und Pflegesachleistung. Berlin: BMG. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html> (Aufgerufen: 09.01.2021).

Büscher A (2014): Ambulante Pflege. In: Schaeffer D; Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 491-512.

Büscher A, Horn A (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Band P10-145. Bielefeld: Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft.

Büscher A, Klie T (2013): Perspektivenwerkstatt: Qualitätsentwicklung und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Qualitaetsentwicklung\\_Lebensweltorientierung\\_Haeuslichen\\_Pflege.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Qualitaetsentwicklung_Lebensweltorientierung_Haeuslichen_Pflege.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Berlin: DBfK. [https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn\\_kurzbrotschuere\\_2019-07.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbrotschuere_2019-07.pdf) (Aufgerufen: 18.12.2020).

Destatis – Statistisches Bundesamt (2020a): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2020b): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Wiesbaden: Destatis.

Ertl R, Kratzer U (2010): Kinderhauskrankenpflege. Design einer Dienstleistung und Profil der ExpertInnen. Wien: Facultas.

Gräske J, Worch A, Meyer S, Wolf-Ostermann K (2013): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland – Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsblatt. 56(10), 1410-1417.

Großklaus-Seidel M, Flieder M, Widemann K (2014): Ambulante und stationäre Palliativpflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Hemkendreis B, Haßlinger V (2014): Ambulante Psychiatrische Pflege. Köln: Psychiatrie Verlag.

Isfort M, Rottländer R, Weidner F, Tucman D, Gehlen D, Hylla J (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Köln: dip – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht\\_Pflege-Thermometer\\_2016-MI-2.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).

Lehmacher-Dubberke C (2016): Krankenpflege auf Rädern. Gesundheit und Gesellschaft 19(7-8), 30-33.

- Lente U (2020): Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren. 3., überarb. Auflage. Wien: facultas.
- Nightingale F (2005): Bemerkungen zur Krankenpflege. Die „Notes on Nursing“ neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Kelle M, Winter U (2020): Q6 – das ambulante Quartiershaus. Wohnen und Pflege neu vernetzen. Hannover: Vincentz Network.
- Ketzer R, Adam-Paffrath R, Borutta M, Selge K (2020): Ambulante Pflege in der modernen Gesellschaft – Aktuelle Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.
- Oschmiansky H (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung. Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. <https://d-nb.info/103255911x/34> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Seeger I, Klausen A, Thate S, Flake F, Peters O, Rempe W, Peter M, Scheinichen F, Günther U, Röhrig R, Weyland A (2020): Gemeindefallsanitätäre als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Notfall + Rettungsmedizin, e-first, Mai 2020, <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>.
- Wendekamm M, Feißt M (2015): Kooperation im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz. In: Lange H-J, Gusy C (Hrsg.): Die Verwaltung der Sicherheit – Theorie und Praxis der Öffentlichen Sicherheitsverwaltung. Berlin, Heidelberg: Springer, 125-211.

## 2. Emergency Nursing & Disaster Nursing

### Englischsprachige Literatur

- Al Harthi M, Al Thobaity A, Al Ahmari W, Almalki M (2020) Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. Risk Management and Healthcare Policy 16(13), 2627-2634. (SAU)
- Aliakbari F, Hammad K, Bahrami M, Aein F (2015): Ethical and legal challenges associated with disaster nursing. Nursing Ethics 22(4), 493-503. (IRN, AUS)
- Barbero F (2016): Disaster Nursing – Preparedness & Response. <https://de.slideshare.net/nursefrentz/disaster-nursing-66945093> (Aufgerufen: 21.12.2020). (ITA)
- Barria RM (2019): Wildfires as a Public Health Problem: a Setting for Nursing in Disasters. Investigación y Educación en Enfermería 37(3), e01. (CHL)
- Bonito S, Minami H (Eds.) (2017): The Role of Nurses in Disaster Management in Asia Pacific. Cham: Springer International Publishing Switzerland. (PHL/JPN)
- Campo TM, Carman M, Evans D, Hoyt KS, Kincaid K, Ramirez E, Roberts E, Stackhouse K, Wilbeck J, Weltge A (2016): Standards of Practice for Emergency Nurse Practitioners, Advanced Emergency Nursing Journal 38(4), 255-258. (USA)
- 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. (USA)
- ENA – Emergency Nurses Association (2009): Definition of Emergency Nursing. Mosby's Medical Dictionary. 8th ed. New York et al.: Elsevier. (USA)
- ENA – Emergency Nurses Association (2010): Scope of practice for clinical nurse specialists in emergency care. Des Plaines IL: ENA. <http://www.ena.org/IQSIP/NursingPractice/scopes/Pages/Default.asp> (Aufgerufen: 23.03.2021). (USA)
- ENA – Emergency Nurses Association (2011): Competencies for clinical nurse specialists in emergency care. Des Plaines IL: ENA. [https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/competencies-for-clinical-nurse-specialists-in-emergency-care.pdf?sfvrsn=b2348c1c\\_4](https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/competencies-for-clinical-nurse-specialists-in-emergency-care.pdf?sfvrsn=b2348c1c_4) (Aufgerufen: 23.03.2021). (USA)
- Gebbie K, Qureshi K (2006): A Historical Challenge: Nurses and Emergencies. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 11(3), Manuscript 1. (USA)
- Giarratano G, Savage J, Barcelona-deMendoza V, Harville EW (2014): Disaster research: a nursing opportunity. Nursing Inquiry 21(3), 259-268. (USA)

- 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. (DEU/NLD)
- Hammad KS, Arbon P, Gebbie K, Hutton A (2012): Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australas Emerg Nurs* 15(4), 235-244. (AUS)
- Hanes PF (2016): Wildfire Disasters and Nursing. *The Nursing Clinics of North America* 51(4), 625-645. (USA)
- Keeling AW, Wall BM (2015): *Nurses and Disasters: Global, Historical Case Studies*. New York: Springer Publishing Company. (USA)
- Kingma M (2008): International Council of Nurses: Disaster Nursing. *Prehospital and Disaster Nursing* 3(Suppl. 1), s4-s5. (CHE)
- Knebel AR, Tauren L, Libby M (2012): Nursing Leadership in Disaster Preparedness and Response, Annual Review of Nursing Research. *Military and Veteran Innovations of Care* 30(1), 22-45. (USA)
- Kurth AE (2017): Planetary Health and the Role of Nursing: A Call to Action. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 598-605. (USA)
- Lavin RP, Adelman DS, Veenema TG (2017): Society for the Advancement of Disaster Nursing: Exploring the Path of Excellence. Policy Analysis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(6), 641-646. (USA)
- Magnaye BP, Lindsay S, Munoz MAF, Munoz RGV, Murso HM (2011): The Role, Preparedness and Management of Nurses during Disasters. *E-International Scientific Research Journal* 3(4), 269-294. (USA)
- Murray JS (2020): History of Disaster Nursing. In: Goodhue CJ, Blake N (Eds.): *Nursing Management of Pediatric Disaster*. Cham: Springer, 7-24. (USA)
- Nelson CB, Steckler BD, Stamberger JA (2011): The Evolution of Hastily Formed Networks for Disaster Response Technologies, Case Studies, and Future Trends. Seattle/WA: Global Humanitarian Technology Conference, doi: 10.1109/GHTC.2011.98. (USA/CAN)
- NEMP – National Emergency Medicine Programme (2017): A framework to support the delivery and recording of Nursing Care in Emergency Care Networks in Ireland. Version 1. Dublin: NEMP. <http://emnow.ie/wordpress/wp-content/uploads/2018/07/Framework-to-support-the-delivery-recording-of-nursing-care-in-ECNs-Nov-2017.pdf> (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Noguchi N, Inoue S, Shimano C, Shibayama K, Shinchi K (2016): Factors Associated with Nursing Activities in Humanitarian Aid and Disaster Relief. *PLoS ONE* 11(3), e0151170. (JPN)
- O'Sullivan T, Dow D, Turner M, Lemyre L, Corneil W, Krewski D, Phillips KP, Amaratunga C (2008): Disaster and Emergency Management: Canadian Nurses' Perceptions of Preparedness on Hospital Front Lines. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(S1), S11-S19. (CAN)
- Powers R, Daily E (2010): *International Disaster Nursing*. Cambridge: University Press. (GBR)
- Proehl JA (Ed.) (2009): *Emergency nursing procedures (4th ed.)*. St. Louis MO: Saunders Elsevier. (USA)
- Ranse J, Hutton A, Jeeawody B, Wilson R (2014): What are the research needs for the field of disaster nursing? An international Delphi study. *Prehospital and Disaster Medicine* 29(5), 448-45. (AUS)
- Santamaria B (1995): Nursing in Disaster. Chapter 15. In: Smith CM, Maurer FA (Eds.): *Community Health Nursing. Theory and Practice*. Philadelphia PA: Saunders, 383-400. (USA)
- Schrivier JA, Talmadge R, Chuong R, Hedges JR (2003): Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Academic Emergency Medicine* 10(7), 798-804. (USA)
- Shipman SJ (2014): *Emergency Preparedness Curriculum: Essential Skills for Nurses Responding in Disasters*. A Dissertation, The University of Alabama. <https://ir.ua.edu/handle/123456789/2095> (Aufgerufen: 01.12.2020). (USA)
- Simmons K, Adachi K (2012): Global Collaboration in Disaster Nursing. *AORN Journal* 96(2), 196-202. (USA/JPN)
- Stangeland PA (2010): Disaster Nursing: A Retrospective Review. *Critical Care Nursing Clinics of*

North America 22, 421-436. (USA)

- Stanley S, Bennecoff Wolanski TA (2015): Dealing with disaster. *Nursing Management* 22(8), 15. (USA)
- Turner S (2017): Nursing a Disaster. *Journal of Emergency Management* 15(4), 247-257. (USA)
- Sullivan-Marx E, McCauley L (2017): Climate Change, Global Health, and Nursing Scholarship (Guest Editorial). *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 593-595. (USA)
- 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. (USA)
- Veenema TG (Ed.) (2013): *Disaster Nursing and Emergency preparedness for chemical, biological, radiological and terrorism and other hazards*. 3rd Edition. New York NY: Springer Publishing Company. (USA)
- Veenema TG (Ed.) (2018): *Ready RN. Handbook for Disaster Nursing and Emergency Preparedness*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company. (USA)
- 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. (USA)
- Veenema TG, Lavin RP, Griffin A, Gable AR, Couig MP, Dobalian A (2017): Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 688-696. (USA)
- Veenema TG, Burkle FM, Dallas CE (2019): The nursing profession: a critical component of the growing need for a nuclear global health workforce. *Conflict and Health* 13, Article 9. (USA)
- Yamada C, Tsedendamba B, Shajbalidier A, Horiuchi T, Suenaga K, Gun-Aajav M, Enkhgerel N, Palam E (2020): A Global Collaboration for Community-Based Disaster Preparation and Health Promotion: Fukushima to Zuunbayan in Mongolia. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-7, e-first. (JPN/MNG)
- Yamamoto A (2008): Education and Research on Disaster Nursing in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(1), s6-s7. (JPN)
- Yamamoto A (2013): Development of disaster nursing in Japan, and trends of disaster nursing in the world. *Japan Journal of Nursing Science* 10(2), 162-169. (JPN)
- Zhang YY, Zhu LL, Sheng Y, Li XH, Xu XH, Wang QY (2018): Disaster Nursing Development in China and Other Countries: A Bibliometric Study. *Journal of Nursing Scholarship* 50(5), 567-576. (CHN)

#### Deutschsprachige Literatur

- Alvarez V, Bröcker G, von Conzten B, Fricklhöfer P, Glien P, Göpfert R, Heuwer T, Hoffmann T, Hoymann J, Krey J, Lohbreier M, Niebuhr P, Ramelow A, Richter T, Stewig-Nitschke A, Wollschläger (2014): *Notfallpflege (Definition)*. Fachgruppe Notfallpflege der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (Hrsg.). Berlin: DGF, [https://www.notfallpflege-online.de/sites/default/files/Notfallpflege\\_Definition\\_Fachgruppe\\_DGF\\_02%2007%202014.pdf](https://www.notfallpflege-online.de/sites/default/files/Notfallpflege_Definition_Fachgruppe_DGF_02%2007%202014.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021).
- Braun T, Frank C (2013): *Katastrophenmedizin und Katastrophenmanagement*. Standortbestimmung für Deutschland. *Notfall + Rettungsmedizin* 16, 135-140.
- Busch HJ, Schmid B, Michels G, Wolfrum S (2018): Strukturen der Akut- und Notfallmedizin. *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin* 113, 260–266.
- DGINA – Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (2014): *Empfehlung zur Fachweiterbildung Notfallpflege*. [https://www.medicin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/SonstigeEinrichtungen/Simulationszentrum/Fachweiterbildung\\_Notfallpflege/DGINA-Empfehlung\\_Notfallpflege.pdf](https://www.medicin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/SonstigeEinrichtungen/Simulationszentrum/Fachweiterbildung_Notfallpflege/DGINA-Empfehlung_Notfallpflege.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019a): *DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege*. <https://www.dkgv.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/notfallpflege/> (Aufgerufen: 01.12.2020).
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019b): *Anlage III: Modulübersicht Fachmodule zur*

DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege. <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/notfallpflege/> (Aufgerufen: 23.05.2020).

Eckardt N – im Interview mit Ulrich Schneppenheim (2011): Gut gerüstet für den Ernstfall. Heilberufe 63(10), 17-18.

Gardemann J (2007): Katastrophenschutz im Inland: Bedeutung der Pflege. Skript für Bundeskongress des Verbandes der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. vom 30. Mai bis 1. Juni 2007 in Berlin. [https://www.hb.fh-muenster.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/457/file/Katastrophenschutz\\_und\\_Pflege.pdf](https://www.hb.fh-muenster.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/457/file/Katastrophenschutz_und_Pflege.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).

Gardemann J (2012): Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen internationaler Soforthilfe. IPP Infoheft: Ausgabe 10, 3-4.

Görres S, Magens D, Sander E, Harenberg N (2010): Global Disaster Management and Nursing. Welche Aufgaben haben Pflegende in der Katastrophenhilfe? Die Schwester Der Pfleger 49(6), 580-582.

Görres S, Harenberg N, Magens D, Sander E, Kriege, T (2012): Rolle der Pflegeberufe bei internationalen Katastropheneinsätzen: Ausgewählte Ergebnisse einer Nationalen Synopse. IPP Info, Ausgabe 10, 2-3.

Grochtdreis T (2014): Disaster Nursing: Das Erleben von Pflegekräften im internationalen humanitären Katastropheneinsatz. Hamburg: Diplomica Verlag.

Ohrnberger L (2006): Die Eingliederung der Pflege in den Katastrophenschutz. Public Health Forum 14, Heft 51, 21-22.

Sauer J (2012): Katastrophenvorsorge – (k)ein Thema für die Pflege? Die Schwester Der Pfleger 51(5), 494-500.

Sauer J (2014): Disaster Nursing – vorbereiten auf den „Tag X“, Heilberufe 66(11), 30-32.

Sauer J (2020): Pflegen unter Katastrophenbedingungen und bei Großschadensereignissen. In: Vogler C (Hrsg.): Pflegias 2. Pflegerisches Handeln. Berlin: Cornelsen, 832-841.

Wagner F (2012): Disaster Nursing – auch eine Rolle für deutsche Pflegefachpersonen. IPP-Info – Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Ausgabe 10, 4-5.



## IV. Pflege in Krisen, Notfällen und Katastrophen

Dieses Themenfeld stellt sich – erwartungsgemäß – als besonders umfangreich dar, weshalb die hier kompilierte Literatur vier Themenblöcken zugeordnet wurde. Im ersten Themenblock finden sich zum einen allgemeine politisch, theoretisch und konzeptionell ausgerichtete Arbeiten. Dies kann auch Handlungsempfehlungen, Standards oder ethische Abhandlungen umfassen, die auf internationaler oder nationaler Ebene erstellt wurden und eine gesamtgesellschaftliche Ausrichtung haben (1.1). Zum anderen wurden hier Materialien subsumiert, die spezielle für Pflegefachpersonen (mit und ohne Spezialisierung) verfasst wurden und und/oder spezifische pflegerische Versorgungsherausforderungen in den Blick nehmen (1.2). In einem zweiten Themenblock wurde dann Texte zusammengefasst, die sich mit verschiedenen vulnerablen Gruppen und den sich in ihrer pflegerischen Versorgung in Krisen, Notfällen und Katastrophen stellenden Herausforderungen befassen (2.). Der dritte Themenblock ist Texten gewidmet, die sich den drei zentralen (insbesondere auch pflegerischen) Settings zuwenden, nämlich der akutstationären Versorgung sowie der stationäre und ambulanten Langzeitversorgung (3.). Auffallend in der internationalen Literatur ist zudem die intensive Auseinandersetzung mit Aspekten rund um die Vorbereitung, Umsetzung und Folgen einer Evakuierung von pflegebedürftigen Personen. Deshalb wurden die hierzu identifizierten Texte in einem eigenen Block zusammengefasst (4.). Diese Texte sind für das AUPIK-Gesamtprojekt womöglich von besonderem Interesse, denn darin soll neben Wegen zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Krisen, Notfällen und Katastrophen auch die Möglichkeit einer ggf. notwendigen temporären Zentralisierung der Versorgung unter Leitung des Katastrophenschutzes untersucht werden. Die vorliegenden (inter-)nationalen Erkenntnisse zu Evakuierungen und deren Folgen könnten sich dabei als nützlich erweisen.

### 1. Konzepte & Modelle

#### 1.1 Allgemein

##### Englischsprachige Literatur

- Adhikari B, Mishra SR, Marahatta SB, Kaehler N, Paudel K, Adhikari J, Raut S (2017): Earthquakes, Fuel Crisis, Power Outages, and Health Care in Nepal: Implications for the Future. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(5), 625-632. (THA/AUS/NPL/GBR)
- Altevogt BM, Stroud C, Hanson SL, Hanfling D, Gostin LO (Eds.) (2009): *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations: A Letter Report*. Washington D.C.: National Academies Press, <http://www.nap.edu/catalog/12749.html> (Aufgerufen: 20.12.2020). (USA)
- Brown L, Haun J, Peterson L (2014): A Proposed Disaster Literacy Model. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 8(3), 267-275. (USA)
- Çalışkan C, Üner S (2020): Disaster Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-10, e-first. (TUR)
- Coetzee C, Van Niekerk D (2012): Tracking the evolution of the disaster management cycle: A general system theory approach. *JÀMBÁ – Journal of Disaster Risk Studies* 4(1), Art. 54. (ZAF)
- Davis AJ (2014): Ethics needed for disasters: Before, during, and after. *Health Emergency and Disaster Nursing* 1(1), 11-18. (USA)
- DHHS – Department of Health and Human Services, Office of Inspector General (2012): Memorandum Report: Supplemental Information Regarding the Centers for Medicare & Medicaid Services' Emergency Preparedness Checklist for Health Care Facilities. <https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/552/emncy-preparedness-checklist-recommended-tool-for-effective-health-care-facility-planning> (Aufgerufen: 20.12.2020). (USA)

- Flanagan BE, Gregory EW, Hallisey EJ, Heitgerd JL, Lewis B (2011): A Social Vulnerability Index for Disaster Management. *Journal of Homeland Security and Emergency Management* 8(1), 1-22. (USA)
- Gebbie KM, Peterson CA, Subbarao I, White KM (2009): Adapting Standards of Care Under Extreme Conditions. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 3(2), 111-116. (USA)
- Hassmiller SB, Stanley SAR (2012): Chapter 14: Disaster Management. In: Stanhope M, Lancaster J (Eds.): *Foundations of Nursing in the Community. Community-Oriented Practice*. 4<sup>th</sup> Edition. Chigago et al.: Mosby Elsevier. (USA)
- IOM – Institute of Medicine (US) Committee on Guidance for Establishing Standards of Care for Use in Disaster Situations (2009): *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situation: A Letter Re-port*. Washington D. C.: National Academic Press. (USA)
- Khan Y, O'Sullivan T, Brown A, Tracey S, Gibson J, Génereux M, Henry B, Schwartz B (2018): Public health emergency preparedness: a framework to promote resilience. *BMC Public Health* 18, 1344. (CAN)
- Leider JP, DeBruin D, Reynolds N, Koch A, Seaberg J (2017): Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review. *American Journal of Public Health* 107(9), e1-e9. (USA)
- Links JM, Schwartz BS, Lin S, Kanarek N, Mitrani-Reiser J, Sell TK, Watson CR, Ward D, Slemp C, Burhans R, Gill K, Igusa T, Zhao X, Aguirre B, Trainor J, Nigg J, Inglesby T, Carone E, Kendra JM (2018): COPEWELL: A Conceptual Framework and System Dynamics Model for Predicting Community Functioning and Resilience After Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12, 127-137. (USA/CAN)
- Murray JS (2012): Crisis Standards of Care: A Framework for Responding to Catastrophic Disasters. *AJN – American Journal of Nursing* 112(10), 61-63. (USA)
- NASEM – National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020): *Crisis Standards of Care: Ten Years of Successes and Challenges: Proceedings of a Workshop*. Washington, DC: The National Academies Press. (USA)
- Samah AA, Zaremohzzabieh Z, Shaffril HAM, D'Silva JL, Kamarudin S (2019): Researching Natural Disaster Preparedness Through Health Behavioral Change Models. *American Journal of Disaster Medicine* 14(1), 51-63. (MYS)
- Umeda M, Chiba R, Sasaki M, Agustini EN, Mashino S (2020): A Literature Review on Psychosocial Support for Disaster Responders: Qualitative Synthesis with Recommended Actions for Protecting and Promoting the Mental Health of Responders. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(6), 1-13. (JPN/IDN)
- 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: 01.12.2020). (international)
- UNDRR – United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2019): *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction (GAR)*. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2019> (Aufgerufen: 01.12.2020). (international)
- WHO – World Health Organization (2005): *Strengthening health security by implementing the International Health Regulations*. Geneva: WHO. [https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1) (Aufgerufen: 23.03.2021). (CHE/international)
- WHO – World Health Organization (2008): *Humanitarian Health Actions. Glossary of Humanitarian Terms*. <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/> (Aufgerufen: 23.03.2021). (international)
- WHO – World Health Organization, Regional Office for Europe (2017): *Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals*. Copenhagen: WHO Publications. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/351284/resilience-report-20171004-h1635.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351284/resilience-report-20171004-h1635.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020). (international)
- 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: 25.03.2021). (international)

Deutschsprachige Literatur

- Bail HJ, Fischer P, Weidringer JW, Mahlke L, Matthes G, Preck O-S, Ruchholtz S (2007): Katastrophenmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Das Netzwerk Katastrophenmedizin der DGU. Trauma und Berufskrankheit 9, 279-283.
- BBK, DST – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2013): Drei Ebenen, ein Ziel: Bevölkerungsschutz – gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen. Bonn: BBK. <https://docplayer.org/255263-Drei-ebenen-ein-ziel-bevoelkerungsschutz-gemeinsame-aufgabe-von-bund-laendern-und-kommunen.html> (Aufgerufen: 17.01.2021).
- BBK – Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2019): Sendai Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015 – 2030. [https://www.kritis.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren\\_Flyer/Sendai\\_Rahmenwerk\\_2015\\_2030.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.kritis.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Sendai_Rahmenwerk_2015_2030.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Bosselmann J (2007): Katastrophenschutzrecht – Grundlagen und Perspektiven. Natur und Recht 29, 819-821.
- Bundesärztekammer (2020): Aus der Krise lernen – Zehn Punkte für ein effektives Krisenmanagement. Corona-Pandemie: Analyse und versorgungsrelevante Handlungsnotwendigkeiten. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/2020-08-21\\_Forderungskatalog\\_Zehn-Punkte-Plan\\_final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/2020-08-21_Forderungskatalog_Zehn-Punkte-Plan_final.pdf) (Aufgerufen: 17.01.2021).
- Deutsches Institut für Katastrophenmedizin (2013): Bevölkerungsvorsorgeplan. <https://www.besser-vorgesorgt.info/bevoelkerungsvorsorgeplan/> (Aufgerufen: 01.12.2020).
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2020): Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Langfassung, Stand: 22.12.2020. AWMF-Registernr.: 184002. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/184-002l\\_S1\\_Haeusliche-Versorgung-soziale-Teilhabe-Lebensqualitaet-bei-Menschen-mit-Pflegebedarf-COVID19-Pandemie\\_2020-12.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-002l_S1_Haeusliche-Versorgung-soziale-Teilhabe-Lebensqualitaet-bei-Menschen-mit-Pflegebedarf-COVID19-Pandemie_2020-12.pdf) (Aufgerufen: 10.01.2021).
- DKKV – Deutsches Komitee Katastrophenvorsorge e. V. (2016): Strategie 2020+. Netzwerk, Beratung, Wissenstransfer. [https://www.dkkv.org/fileadmin/DKKV\\_Strategie\\_2020\\_.pdf](https://www.dkkv.org/fileadmin/DKKV_Strategie_2020_.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Kern E-M, Richter G, Müller JC, Voß F-H (Hrsg.) (2020): Einsatzorganisation. Erfolgreiches Handeln in Hochrisikosituationen. Wiesbaden: Springer Gabler.
- NKS – Nationale Kontaktstelle für das Sendai Rahmenwerk der UN. [https://www.kritis.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/NationaleKontaktstelleSendai/NationaleKontaktstelleSendai\\_node.html](https://www.kritis.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/NationaleKontaktstelleSendai/NationaleKontaktstelleSendai_node.html) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Pfohl TN (2014): Katastrophenmanagement in Deutschland: Eine Governance-Analyse. Berlin: LIT Verlag.

**1.2 Pflegespezifisch**Englischsprachige Literatur

- AAN – American Academy of Nursing (2019): Policy position statement: Disaster preparedness for older adults. Nursing Outlook 67, 118-121. (USA)
- ANA – American Nurses Association (2017): Who will be there? Ethics, the law and a nurse's duty to respond in a disaster – Issue Brief. [https://www.nursingworld.org/~4af058/globalassets/docs/ana/ethics/who-will-be-there\\_disaster-preparedness\\_2017.pdf](https://www.nursingworld.org/~4af058/globalassets/docs/ana/ethics/who-will-be-there_disaster-preparedness_2017.pdf) (Aufgerufen: 16.01.2021). (USA)
- Arisaka M, Nakajima M, Sugawara C, Takamura Y, Cho Y, Kishino M, Muroya A (2019): Information exchange to strengthen disaster nursing collaboration: Sharing information about various roles and activities during disaster nursing in Japan. Health Emergency and Disaster Nursing 6(1), 62-63. (JPN)
- Ballard S (2014): Guidelines for the Nursing Staff During a Complete Electrical Failure. Doctoral Dissertation. Walden University. (USA)

- Birch S, Dorosz EJ (2020): Getting Involved: A Practical Approach to Deployment as a Nurse or Health Care Professional Volunteer. In: Goodhue CJ, Blake N (Ed.) (2020): Nursing Management of Pediatric Disaster. Cham: Springer, 389-403. (USA)
- Blake S, Howard D, Eiring H, Tarde S (2012): San Diego's Area Coordinator System: A Disaster Preparedness Model for US Nursing Homes. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6(4), 424-427. (USA)
- Brickman KR, Silvestri JA (2020): The emergency care model: A new paradigm for skilled nursing facilities. *Geriatric Nursing* 41(3), 242-247. (USA)
- Campo TM, Carman M, Evans D, Hoyt KS, Kincaid K, Ramirez E, Roberts E, Stackhouse K, Wilbeck J, Weltge A (2016): Standards of Practice for Emergency Nurse Practitioners. *Advanced Emergency Nursing Journal* 38(4), 255-258. (USA)
- Hugelius K, Adolfsson A (2019): The HOPE model for disaster nursing – A systematic literature review. *International Emergency Nursing* 45, 1-9. (SWE)
- IOM – Institute of Medicine, Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing (2011): *The Future of Nursing. Leading, Change, Advancing Health*. Washington (DC): National Academies Press. (USA)
- Jennings-Sanders A (2004): Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice* 4(1), 69-76. (USA)
- Langan JC, Lavin RP, Griffin AR, Veenema TG, Dobalian A (2019): From Brainstorming to Strategic Plan: The Framework for the Society for the Advancement of Disaster Nursing: A Work in Progress. *Nursing Administration Quarterly* 43(1), 84-93. (USA)
- Noviana U, Miyazaki M, Ishimaru M (2016): Meaning in Life: A conceptual model for disaster nursing practice. *International Journal of Nursing Practice* 22(Suppl. 1), 65-75. (JPN)
- Pourvakhshoori N, Norouzi K, Ahmadi F, Hosseini M, Khankeh H (2017): Nursing in disasters: A review of existing models, *International Emergency Nursing* 31(1), 58-63. (IRN, SWE)
- Powell-Young YM, Baker JR, Hogan JG (2006): Disaster Ethics and Healthcare Personnel: A Model Case Study to Facilitate the Decision Making Process. *Journal of Health Ethics* 3(2), 1-16. (USA)
- RNAO – Registered Nurses Association of Ontario (2002): *Crisis Intervention. Nursing Best Practice Guideline*. Toronto ON: RNAO, [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Crisis\\_Intervention.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Crisis_Intervention.pdf) (Aufgerufen: 23.03.2021). (CAN)
- Shafer MR, Stocks L (2012): Chapter 3: Conducting Ethically Sound Disaster Nursing Research. *Annual Review of Nursing Research* 30(1), 47-66. (USA)
- Shinchi K, Matsunaga H, Fukuyama Y (2019): Proposal of a Model of Disaster Medical Education for Practical Risk Management and Disaster Nursing: The SINCHI Education Model. *Prehospital and Disaster Medicine* 34(4), 438-441. (JPN)
- Wynd CA (2006): A proposed model for military disaster nursing. *OJIN The Online Journal of Issues in Nursing* 11(3), Manuskript 4. (USA)

### Deutschsprachige Literatur

- Güttner T (2014): Krisen- und Notfallpläne in der Pflegepraxis. *QM-Praxis in der Pflege* 3(3), 20-24.

## **2. Vulnerable Populationen**

### **2.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (mit diversen Problemlagen)**

#### Englischsprachige Literatur

- Abdel-Kader K, Unruh ML (2009): Disaster and end-stage renal disease: targeting vulnerable patients for improved outcomes. *Kidney International* 75, 1131-1133. (USA)
- ADA National Network (2016): *Emergency Power Planning for People Who Use Electricity and Battery-Dependent Assistive Technology and Medical Devices*. [https://adata.org/sites/adata.org/files/files/ADANN\\_Emergency\\_Power\\_planning-2016LP.pdf](https://adata.org/sites/adata.org/files/files/ADANN_Emergency_Power_planning-2016LP.pdf) (Augerufen: 01.12.2020). (USA)

- Arrieta MI, Foreman RD, Crook ED, Icenogle ML (2008): Insuring continuity of care for chronic disease patients after a disaster: key preparedness elements. *American Journal of Medical Sciences* 336(2), 128-133. (USA)
- Arrieta MI, Foreman RD, Crook ED, Icenogle ML (2009): Providing Continuity of Care for Chronic Diseases in the Aftermath of Katrina: From Field Experience to Policy Recommendations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 3(3), 174-182. (USA)
- Baker LR, Baker MD (2010): Disaster Preparedness Among Families of Children With Special Health Care Needs. *Disaster Management and Public Health Preparedness* 4(3), 240-245. (USA)
- Baker MD, Baker LR, Flagg LA (2012): Preparing Families of Children With Special Health Care Needs for Disasters: An Education Intervention. *Social Work in Health Care* 51(5), 417-429. (USA)
- Ballangrud R, Bogsti WB, Johansson IS (2009): Clients' experiences of living at home with a mechanical ventilator. *Journal of Advance Nursing* 65(2), 425-34. (SWE)
- Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L (2012): A meta-analysis of "hospital in the home". *Medical Journal of Australia* 197, 512-519. (AUS)
- Dent L, Finne K, Lurie N (2015): Progress in Emergency Preparedness for Dialysis Care 10 Years After Hurricane Katrina. *American Journal of Kidney Diseases* 66(5), 742-744. (USA)
- George M, Bruzzese J-M, Matura LA (2017): Climate Change Effects on Respiratory Health: Implications for Nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 644-652. (USA)
- Gillen JK, Morris MC (2019): Preparing Families of Technology-Dependent Children for Emergencies. *Hospital Pediatrics* 9(11), 874-879. (USA)
- Goodhue CJ, Blake N (Eds.) (2020): *Nursing Management of Pediatric Disasters*. Cham: Springer Nature Switzerland. (USA)
- Gray N, Wolley M, Liew A, Nakayama M (2015), Natural Disasters and Dialysis Care in the Asia-Pacific. *Nephrology* 20, 873-880. (AUS, SGP, JPN)
- Hamann CJ, Mello E, Wu H, Yang J, Waldron D, Ramirez (2016): Disaster Preparedness in Rural Families of Children With Special Health Care Needs. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(2), 225-232. (USA)
- Hipper TJ, Davis R, Massey PM, Turchi RM, Lubell KM, Pechta LE, Rose DA, Wolkin A, Briseño L, Franks JL, Chernak E (2018): The Disaster Information Needs of Families of Children with Special Healthcare Needs: A Scoping Review. *Health Security* 16(3), 178-192. (USA)
- Kobayashi S, Hanagama M, Yamanda S, Yanai M (2012): Home oxygen therapy during natural disasters: lessons from the great East Japan earthquake. *European Respiratory Journal* 39(4), 1047-1048. (JPN)
- Kopp JB, Ball LK, Cohen A, Kenney RJ, Lempert KD, Miller PE, Muntner P, Qureshi N, Yelton SA (2007): Kidney Patient Care in Disasters: Emergency Planning for Patients and Dialysis Facilities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2, 825-838. (USA)
- Murray JS (2020b): Children with Special Health Care Needs and Disasters. In: Goodhue CJ, Blake N (Ed.) (2020): *Nursing Management of Pediatric Disaster*. Cham: Springer, 223-235. (USA)
- Nick GA, Savola E, Elqura L, Crowther MS, Cohen B, Leary M, Wright T, Auerbach J, Koh HK (2009): Emergency preparedness for vulnerable populations: People with special health-care needs. *Public Health Reports* 124(2), 338-343. (USA)
- Paul DP (2013): An Innovation in Healthcare Delivery: Hospital at Home. *Journal of Management Policy and Practice* 14(6), 73-91. (CAN)
- Sato K, Morita R, Tsukamoto K, Sato N, Sasaki Y, Asano M, Okuda Y, Miura H, Sano M, Kosaka T, Watanabe H, Shioya T, Ito H (2013): Questionnaire survey on the continuity of home oxygen therapy after a disaster with power outages. *Respiratory Investigation* 51, 9-16. (JPN)
- Sloand E, Ho G, Klimmek R, Pho A, Kub J (2012): Nursing children after a disaster: A qualitative study of nurse volunteers and children after the Haiti earthquake. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 17, 242-253. (USA)
- Smucker DR, Regan S, Elder NC, Gerrety E (2014): Patient safety incidents in home hospice care: The experiences of hospice interdisciplinary team members. *Journal of Palliative Medicine* 17(5), 540-544. (USA)

- Swedberg L, Chiriac E, Tornkvist L, Hylander I (2012): Patients in 24-hour home care striving for control and safety. *BMC Nursing* 11:9. (SWE)
- Toor KT, Burke RV, Demeter NE, Upperman JS, Merritt RJ, Wee CP, Goodhue CJ (2018): Improving Disaster Preparedness of Families with a Parenteral Nutrition-dependent Child. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 67(2), 237-241. (USA)

#### Deutschsprachige Literatur

- Bachmann S (2014): Die Situation von Eltern chronisch kranker Kinder. Bern: Huber.
- Büker C (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. *Pflege & Gesellschaft* 13(1), 77- 87.
- Büker C (2010): Leben mit einem behinderten Kind. Bewältigungshandeln pflegender Mütter im Zeitverlauf. Bern: Huber.
- Cramer H, Wingenfeld K (2014): Die Einschätzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs kranker Kinder und ihrer Eltern. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: Universität Bielefeld. [https://www.uni-bielefeld.de/ge-sundhw/ag6/downloads/ipw\\_151.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/ge-sundhw/ag6/downloads/ipw_151.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Ewers M (2010): Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15(4), 314-329.
- Ewers M, Lehmann Y (2018): Technikabhängige Pflegebedürftige in der Langzeitpflege. Versorgungspfade, Versorgungsqualität und Patientensicherheit. In: Szepan N-M, Wagner F (Hrsg.): *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs*. Berlin: KomPart, 135-153.
- Köhlen C (2014): Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche – Aufgaben der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe*. Weinheim, München: Juventa, 311-327.
- Lademann J, Schaepe C, Ewers M (2017): Die Perspektive Angehöriger in der häuslichen Beatmungspflege. *Pflege* 30(1), 77-83.
- Schaeffer D, Ewers M (Hrsg.) (2000): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber.

## **2.2 Ältere Personen (mit insb. gerontologisch-geriatrischen Problemlagen)**

#### Englischsprachige Literatur

- AMC, AAN – American Red Cross & American Academy of Nursing (2020): Closing the Gaps: Advancing Disaster Preparedness, Response and Recovery for Older Adults. <https://red-cross.org/content/dam/redcross/training-service/scientific-advisory-council/253901-03%20BRCD-Older%20BRCR-Older%20Adults%20Whitepaper%20FINAL%201.23.2020.pdf> (Aufgerufen: 16.04.2021). (USA)
- Amjad H, Roth DL, Samus QM, Yasar S, Wolff JL (2016): Potentially unsafe activities and living conditions of older adults with dementia. *Journal of the American Geriatric Society* 64(6), 1223-1132. (USA)
- Bell SA, Singer D, Solway E, Kirch M, Kullgren J, Malani P (2020): Predictors of Emergency Preparedness Among Older Adults in the United States. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-7, e-first. (USA)
- Boonyaratkalin P, Partiprajak S, Piaseu N (2020): Flood Preparedness Literacy and Behaviors in Community Dwelling Older Adults. Cambridge University Press, 1-6 (E-first), doi: 10.1017/dmp.2020.27. (THA)
- Botchway M, Teixeira A, Moore S (2020): Older Adults and Social Support in a Disaster Context: Did Relocation Matter for Access to Social Network Resources After the 2015 South Carolina Flood? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-8, e-first. (USA)
- Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Daker-White G, Giles S, Riste L, Kirk S, Ong BN, Poppleton A, Campbell S, Sanders C (2020): Patient safety in marginalized groups: a narrative scoping review. *International Journal for Equity in Health* 19:26, 1-26 doi: 10.1186/s12939-019-1103-2. (GBR)

- Christensen JJ, Castaneda H (2014): Danger and dementia: caregiver experiences and shifting social roles during a highly active hurricane season. *Journal of Gerontological Social Work* 57(8), 825-844. (USA)
- Cuadra CB (2018): Emergency Preparedness in Elderly Care in Sweden: A Study of Staff Perspectives. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(1), 86-93. (SWE)
- Davis JR, Wilson S, Brock-Martin A, Glover S, Svendsen ER (2010): The Impact of Disasters on Populations With Health and Health Care Disparities. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 4(1), 30-38. (USA)
- Dominianni C, Ahmed M, Johnson S, Blum M, Ito K, Lane K (2018a): Power Outage Preparedness and Concern among Vulnerable New York City Residents. *Journal for Urban Health* 95, 716-726. (USA)
- Dominianni C, Lane K, Johnson S, Ito K, Matte T (2018b): Health Impacts of Citywide and Localized Power Outages in New York City. *Environmental Health Perspectives* 126(6):067003, doi: 10.1289/EHP2154. (USA)
- Gibson A, Walsh J, Brown LM (2018) Disaster Mental Health Services Review of Care for Older Persons After Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(3), 366-372. (USA)
- Gilmartin MJ, Spurlock WR, Foster N, Sinha SK (2019): Improving Disaster Preparedness, Response and Recovery for older Adults, *Geriatric Nursing* 40(4), 445-447. (USA/CAN)
- Hattori Y, Isowa R, Hiramatsu M, Kitagawa A, Tsujikawa M (2020): Disaster Preparedness of Persons Requiring Special Care Ages 75 Years and Older Living in Areas at High Risk of Earthquake Disasters: A Cross-Sectional Study From the Pacific Region of Western Japan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-9, e-first. (JPN)
- Johnson HL, Ling CG, McBee (2014): Multi-disciplinary Care for the Elderly in Disasters: An Integrative Review. *Prehospital and Disaster Medicine* 30(1), 72-79. (USA)
- Laditka SB, Laditka JN, Cornman CB, Davis CB, Chandlee MJ (2008a): Disaster Preparedness for Vulnerable Persons Receiving In-Home, Long-Term Care in South Carolina. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(2), 133-142. (USA)
- Levin KL, Berliner M, Merdjanoff A (2014): Disaster Planning for Vulnerable Populations: Leveraging Community Human Service Organizations Direct Service Delivery Personnel. *Journal of Public Health Management Practice* 20(5), S79-S82. (USA)
- Leyva EWA, Beaman A, Davidson PM (2017): Health Impact of Climate Change in Older People: An Integrative Review and Implications for Nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 670-678. (PHL/AUS)
- McGuire LC, Ford ES, Okoro CA (2007): Natural disasters and older US adults with disabilities: Implications for evacuation. *Disasters* 31(1), 49-56. (USA)
- Rothman M, Brown M (2007): The Vulnerable Geriatric Casualty: Medical Needs of Frail Older Adults During Disasters. *Generations* 31(4), 16-20. (USA)
- Spurlock WR, Rose K, Veenema TG, Sinha SK, Gray-Miceli D, Hitchman S, Foster N, Slepski-Nash L, Miller ET (2019): American Academy of Nursing on Policy position statement: Disaster preparedness for older people. *Nursing Outlook* 67(1), 118-121. (USA/CAN)
- Teramoto C, Nagata S, Okamoto R, Suzuki R, Kishi E, Nomura M, Jojima N, Nishida M, Koide K, Kusano E, Iwamoto S, Murashima S (2015): Identifying Residents' Health Issues Six Weeks after the Great East Japan Earthquake. *Public Health Nursing* 32(6), 654-661. (JPN)
- Wakui T, Agree EM, Saito T, Kai I (2016): Disaster Preparedness Among Older Japanese Adults With Long-Term Care Needs and Their Family Caregivers. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(1), 31-38. (USA/JPN)

#### Deutschsprachige Literatur

- 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.
- DRK – Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hrsg.) (2018b): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Berlin: DRK.

- Levin KL, Berliner M, Merdjanoff A (2014): Disaster Planning for Vulnerable Populations: Leveraging Community Human Service Organizations Direct Service Delivery Personnel. *Journal of Public Health Management Practice* 20(5), S79-S82. (USA)
- Lukas A, Maucher I, Bugler S, Flemming D, Meyer I (2020): Sicherheit und Nutzerakzeptanz eines intelligenten Hausnotrufsystems im Einsatz bei älteren pflegebedürftigen zu Hause lebenden Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, e-first*, <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01763-w>.
- Oschmiansky H, Händlmeyer A, Schulze M, Max M (2018a): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Band VI, Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen für die Praxis. Berlin: DRK Generalsekretariat. [https://www.drk.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/schriftenreihe/Band\\_6/Schriften\\_der\\_Forschung\\_6.1.\\_Wissenschaftliche\\_Erkenntnisse\\_und\\_Herausforderung\\_aus\\_der\\_Praxis.pdf](https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_6/Schriften_der_Forschung_6.1._Wissenschaftliche_Erkenntnisse_und_Herausforderung_aus_der_Praxis.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Oschmiansky H, Händlmeyer A, Schulze M, Max M (2018b): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Band VI, Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Berlin: DRK Generalsekretariat. [https://www.drk.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/schriftenreihe/Band\\_6/Band\\_VI\\_Teil\\_2.pdf](https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_6/Band_VI_Teil_2.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Oschmiansky H, Händlmeyer A (2019): Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Bielefeld: transcript Verlag, 157-179.
- Rashid A, Shammass L, Zentek T, Weber M (2019): Technische Ansätze zur Unterstützung des pflege- und hilfsbedürftigen Menschen im Katastrophenfall, In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz, Bielefeld: transcript, 248-270.
- Schander J, Jungmann A, Schulze K, Voss M (2019): Unterstützungsnetzwerke Pflege- und Hilfsbedürftiger im Alltag und im Krisenfall. Ergebnisse einer explorativen Studie in Willich, In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz, Bielefeld: transcript, 181-202.
- Schulze K, Schander J, Jungmann A, Voss M (2018): Bedarfe und Ressourcen Hilfe- und Pflegebedürftiger im Alltag und in Extremsituationen. Auswertung einer quantitativen Befragung in Willich. KFS Working Paper Nr. 07. Berlin: FU Berlin, Katastrophenforschungsstelle. [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/21953/Working\\_Paper\\_7\\_final\\_Auswertung\\_einer\\_quantitativen\\_Befragung\\_Hilfe-und\\_Pflegebedürftiger\\_in\\_Willich.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/21953/Working_Paper_7_final_Auswertung_einer_quantitativen_Befragung_Hilfe-und_Pflegebedürftiger_in_Willich.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Schulze K, Voss M, Schander J, Jungmann A (2019a): Policy Paper – Sicherstellung der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen im Katastrophenfall. KFS Arbeitsmaterial Nr. 06. Berlin: Katastrophenforschungsstelle. <https://www.kophis.de/veroeffentlichung/> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Schulze K, Schander J, Jungmann A, Voss M (2019b): Bedarfe und Ressourcen in Extremsituationen mit Fokus auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Deskriptive Darstellung der Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. KFS – Working Paper Vol. 15. Berlin: FU Berlin, Katastrophenforschungsstelle.
- Schulze K, Jungmann A, Schander J, Voss M (2019c): Bedarfe der Bevölkerung und Pflege- und Hilfsbedürftiger in Extremsituationen. Ergebnisse einer deutschlandweiten und repräsentativen Befragung, In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz, Bielefeld: transcript, 203-226.

### 3. Settings

#### 3.1 Akutstationäre Versorgung

##### Englischsprachige Literatur

- Counts CS (2001): Disaster Preparedness: Is Your Unit Ready? *Nephrology Nursing Journal* 28(5), 491-499. (USA)

- Freese J, Richmond NJ, Silverman RA, Braun J, Kaufman BJ, Clair J (2006): Impact of a Citywide Blackout on an Urban Emergency Medical Services System 21(6), 372-378. (USA)
- French DM, Hall GA, McGeorge T, Haschker M, Brazeal JG, Dubose-Morris R (2019): Hurricane Impact on Emergency Services and Use of Telehealth to Support Prehospital Care. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 14(1), 39-43. (USA)
- Hendrickx C, Van Turnhout P, Mortelmans L, Sabbe M, Peremans L (2017): Willingness to Work of Hospital Staff in Disasters: A Pilot Study in Belgian Hospitals. *Prehospital and Disaster Medicine* 32(S1), S21-S21. (BEL)
- 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. (DEU)
- Hirohara M, Ozaki A, Tsubokura M (2019): Determinants and supporting factors for rebuilding nursing workforce in a post-disaster setting. *BMC Health Services Research* 19: 917, doi: 10.1186/s12913-019-4765-y. (JPN)
- Klein KR, Rosenthal MS, Klausner HA (2005): Blackout 2003: Preparedness and Lessons Learned from the Perspective of Four Hospitals. *Prehospital and Disaster Medicine* 20(5), 343-349. (USA)
- Madad S, Moskovitz J, Boyce MR, Cagliuso NV, Katz R (2020): Ready or Not, Patients Will Present: Improving Urban Pandemic Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* Mar 16, 1-4. (USA)
- O'Connor T, Hammad KS (2016): Emergency department nurses' perspectives on responding to terror attacks: A review of the literature. *Health Emergency and Disaster Nursing* 3(1), 9-17. (AUS)
- O'Sullivan T, Dow D, Turner M, Lemyre L, Corneil W, Krewski D, Phillips KP, Amaratunga C (2008): Disaster and Emergency Management: Canadian Nurses' Perceptions of Preparedness on Hospital Front Lines. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(S1), S11-S19. (CAN)
- Rattanakanlaya K, Sukonthasarn A, Wangsrikhun S, Chanprasit C (2016): A survey of flood disaster preparedness among hospitals in the central region of Thailand. *Australasian Emergency Nursing Journal* 19(4), 191-197. (THA)
- Sultan M, Løwe Sørensen J, Carlström E, Mortelmans L, Khorram-Manesh A (2020): Emergency Healthcare Providers' Perceptions of Preparedness and Willingness to Work during Disasters and Public Health Emergencies. *Healthcare* 8(4), 442, doi: 10.3390/healthcare8040442. (SAU, SWE, NOR, BEL)

#### Deutschsprachige Literatur

- Adams HA (2007): Der Notfallplan des Krankenhauses – ungeliebt und unverzichtbar. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 44(2), 55-56.
- Busch HJ, Schmid B, Michels G, Wolfrum S (2018): Strukturen der Akut- und Notfallmedizin. *Medizinische Klinik: Intensivmedizin und Notfallmedizin* 113, 260-266.
- Gastmeier P, Hoepfer MM, Stoll M, Adams HA (2007): Der Notfallplan des Krankenhauses bei allgemeinen Infektionskrankheiten. *Intensivmedizin* 44(5), 270-278.
- Frädrich A (2012): Blackout im Gesundheitswesen. *Deutsches Ärzteblatt* 10(9), 438-439.
- Jebens C, Klewer J (2020): Versorgungskapazitäten eines Großstadtkrankenhauses für einen Massenfanfall an Verletzten. *Pflegewissenschaft* 22(5), 300-306.
- Kleber C, Haas N (2012): Notwendigkeit einer standardisierten Ausbildung für katastrophenmedizinisch tätige Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Kliniken, IPP Infoheft: Ausgabe 10, 8-9.
- Probst C, Hildebrand F, Flemming A, Gänsslen A, Tecklenburg A, Krettek C, Adams HA (2008): Der Notfallplan des Krankenhauses bei externen Gefahrenlagen. Übungserfahrungen beim Massenfanfall von verletzten, kontaminierten und Verbrennungspatienten. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 45(5), 292-300.

### 3.3 Stationäre Langzeitversorgung

#### Englischsprachige Literatur

- Blake S, Howard D, Eiring H, Tarde S (2012): San Diego's Area Coordinator System: A Disaster Preparedness Model for US Nursing Homes. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6(4), 424-427. (USA)
- Brown LM, Hyer K, Polivka-West L (2007): A Comparative Study of Laws, Rules, Codes and Other Influences on Nursing Homes' Disaster Preparedness in the Gulf Coast States. *Behavioral Sciences and the Law* 25, 655-675. (USA)
- Cacchione P, Willoughby LM, Langan JC, Culp K (2011): Disaster strikes! Long-term care residents outcomes following a natural disaster. *Journal of Gerontological Nursing* 37(9), 16-24. (USA)
- DHHS – Department of Health and Human Services, Office of Inspector General (2012): Memorandum Report: Supplemental Information Regarding the Centers for Medicare & Medicaid Services' Emergency Preparedness Checklist for Health Care Facilities. <https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/552/emncy-preparedness-checklist-recommended-tool-for-effective-health-care-facility-planning> (Aufgerufen: 20.12.2020). (USA)
- Dosa DM, Skarha J, Peterson LJ, Jester DJ, Sakib N, Ogarek J, Thomas KS, Andel R, Hyer K (2020): Association Between Exposure to Hurricane Irma and Mortality and Hospitalization in Florida Nursing Home Residents. *JAMA Network Open* 3(10): e2019460. (USA)
- 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. (DEU)
- Hyer K, Brown LM, Christensen JJ, Thomas KS (2009): Weathering the storm: challenges to nurses providing care to nursing home residents during hurricanes. *Applied Nursing Research* 22, e9-e14. (USA)
- Hyer K, Brown LM, Polivka-West LM, Berman A (2010): Helping Nursing Homes Prepare for Disasters. *Health Affairs* 29(10), 1961-1965. (USA)
- Jiang L, Tedeschi C, Subaiya S (2018): Cross-sectional Survey of Long-Term Care Facilities in the Rockaway Peninsula: Preparedness and Response During Hurricane Sandy. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(2), 194-200. (USA)
- Laditka SB, Laditka JN, Xirasagar S, Cornman CB, Davis CB, Richter JVE (2007): Protecting Nursing Home Residents during Emergencies or Disasters: An Exploratory Study from South Carolina. *Prehospital and Disaster Medicine* 22(1), 42-48. (USA)
- Laditka SB, Laditka JN, Cornman CB, Davis CB, Chandlee MJ (2008a): Disaster Preparedness for Vulnerable Persons Receiving In-Home, Long-Term Care in South Carolina. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(2), 133-142. (USA)
- Laditka SB, Laditka JN, Xirasagar S, Cornman CB, Davis CB, Richter JVE (2008b): Providing Shelter to Nursing Home Evacuees in Disasters: Lessons from Hurricane Katrina. *American Journal of Public Health* 98(7), 1288-1293. (USA)
- Laditka SB, Laditka JN, Cornman CB, Courtney BD, Richter JVE (2009): Resilience and Challenges among Staff of Gulf Coast Nursing Homes Sheltering Frail Evacuees following Hurricane Katrina, 2005: Implications for Planning and Training. *Prehospital and Disaster Medicine* 24(1), 54-62. (USA)
- Lane SJ, McGrady E (2016): Nursing Home Self-assessment of Implementation of Emergency Preparedness Standards. *Prehospital and Disaster Medicine* 31(4), 422-431. (USA)
- Lane SJ, McGrady E (2018): Measures of emergency preparedness contributing to nursing home resilience. *Journal of Gerontological Social Work* 61(7), 751-774. (USA)
- Morris SC, Resnick AT, England SA, Stern SA, Mitchell SH (2020): Lessons learned from COVID-19 outbreak in a skilled nursing facility, Washington State. *JACEP Open* 1(4), 563-568. (USA)
- Peterson L, Hyer K, Brown LM (2014): Building Resilience in Nursing Homes in Disasters. In: Cefalu C (Ed.): *Disaster Preparedness for Seniors*. New York NY: Springer, 103-117. (USA)
- 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. (USA)

- Radcliff TA, Horney JA, Dobalian A, Macareno BO, Kabir UY, Price C, Strickland CJ (2020): Long-Term Care Planning, Preparedness, and Response Among Rural Long-Term Care Providers. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-4, e-first. (USA)
- Ree E, Wiig S (2019): Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Service Research* 19(1), 607. doi: 10.1186/s12913-019-4456-8. (NOR)
- 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. (USA)
- Saliba D, Buchanan J, Kington RS (2004): Function and Response of Nursing Facilities During Community Disaster. *American Journal of Public Health* 94(8), 1436-1441. (USA)
- Selod S, Heineman J, O'Brien C, King SP (2011): Long-term care and disaster preparedness: A study of organizational types of preparedness for a disaster or emergency. *Journal of Emergency Management* 9(2), 39-48. (USA)
- Teramoto C, Nagata S, Okamoto R, Suzuki R, Kishi E, Nomura M, Jojima N, Nishida M, Koide K, Kusano E, Iwamoto S, Murashima S (2015): Identifying Residents' Health Issues Six Weeks after the Great East Japan Earthquake. *Public Health Nursing* 32(6), 654-661. (JPN)
- Uekusa S (2019): Exploring Disasters through the Eyes of Residential Nursing Home Caregivers. *Social Work in Public Health* 34(6), 529-541. (NZL)
- Zork F (2014): Nursing home disaster planning and response: a policy perspective. *Journal of Gerontological Nursing* 40(12), 16-24. (DZA)

#### Deutschsprachige Literatur

- Bleck C, van Rießen A, Schlee T (2017): Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe. In: Cleck C, von Rießen A, Knopp R (Hrsg.): *Alter und Pflege im Sozialraum – theoretische Erwartungen und empirische Bewertung*. Berlin: Springer, 225-247.
- Fischer F, Raiber L, Boscher C, Winter M H-J (2020): COVID-19-Schutzmaßnahmen in der stationären Altenpflege. Ein Mapping Review pflegewissenschaftlicher Publikationen. *Pflege* 33(4), 199-206.
- Scholl H, Wagner K (2010): *Alarm- und Einsatzplanung: Risiko- und Krisenmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie in Alten- und Pflegeheimen*. Edwecht: Stumpf + Kossendey-Verlagsgesellschaft.
- Rothgang H, Domhoff D, Friedrich A-C, Heinze F, Preuss B, Schmidt A, Seibert K, Stolle C, Wolf-Ostermann K (2020): *Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime*. *Pflege* 33(5), 265-275.
- Seeger I, Luque Ramos A, Hoffmann F (2018): Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie* 51, 650-655.

### **3.3 Ambulante Primär- und Langzeitversorgung**

#### Englischsprachige Literatur

- Accreditation Canada (2017): *Required Organizational Practices Handbook 2017 – Version 2*. Ottawa: Accreditation Canada. (CAN)
- Bashir SA (2002): Home is where the harm is: inadequate housing as a Public Health Crisis. *American Journal of Public Health* 29(5), 733-738. (USA)
- Carpenter D, Famolaro T, Hassell S, Kaerberle B, Reefer S, Robins C, Siegel S (2017): *Patient Safety in the Home: Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement (IHI) and the National Patient Safety Foundation (NPSF). <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Patient-Safety-in-the-Home.aspx> (Aufgerufen: 10.01.2021). (USA)
- 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. (USA)

- Cong Z, Liang D, Luo J (2020): Which Household Emergency Plans are More Helpful in Tornadoes? Through the Lens of Gerontology. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-8, e-first. (USA)
- Davidow AL, Thomas P, Kim S, Passannante M, Tsai S, Tan C (2016): Access to Care in the Wake of Hurricane Sandy, New Jersey, 2012. *Disaster Management and Public Health Preparedness* 10(3), 485-491. (USA)
- Dewolf P, Mortelmans LJM, Luyts J, De Cauwer HG, Sabbe M (2010): Fight or flight: Will nurses and ambulance personnel go to work in disaster situations? *Acta Clinica Belgica* 65(2), 146. (SAU/SWE/NOR/BEL)
- Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M (2009): The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *Journal of Nursing Management* 17, 165-174. (USA/CAN)
- Eisenman DP, Bazzano A, Koniak-Griffin D, Tseng C, Lewis M-A, Lamb K, Lehrer D (2014a): Peer-Mentored Preparedness (PM-Prep): A New Disaster Preparedness Program for Adults Living Independently in the Community. *Intellectual and Developmental Disabilities* 52(1), 49-59. (USA)
- Eisenman D, Chandra A, Fogleman S, Magana A, Hendricks A, Wells K, Williams M, Tang J, Plough A (2014b): The Los Angeles County Community Disaster Resilience Project – A Community-Level, Public Health Initiative to Build Community Disaster Resilience. *International Journal of Research and Public Health* 11, 8475-8490. (USA)
- Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ et al. (2008): Chapter 13. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes RG (Ed.): *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. (CAN)
- Fannin A, Brannen DE, Howell M, Martin S (2015): Using Functional Needs and Personal Care Assistance Rather Than Disability Status During Chronic Care Triage in Community Mass Care. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9, 265-274. (USA)
- Fant C, Adelman D, Zak CL, Wood LK (2020): Communicating Data and Information in Disaster Care. *The Nurse Practitioner*, 45 (2), 48-54. (USA)
- Fredricks K, Dinh H, Kusi M, Yogal C, Karmacharya BM, Burke TF, Nelson BD (2017): Community Health Workers and Disasters: Lessons Learned from the 2015 Earthquake in Nepal. *Pre-hospital and Disaster Medicine* 32(6), 604-609. (USA/NPL)
- Gershon RR, Portacolone E, Nwankwo EM, et al. (2017): Psychosocial Influences on Disaster Preparedness in San Francisco Recipients of Home Care. *Journal of Urban Health* 94(5), 606-618. (USA)
- Gershon RRM, Pogorzelska M, Qureshi KA et al. (2008): Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA et al. (Eds.): *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. (USA)
- Harrison M, Keeping-Burke L, Godfrey C, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V, Blais R, Doran DM (2013): Safety in home care: A mapping review of the international literature, *JBHI Evidence Implementation* 11(3), 148-160. (CAN)
- Hasan DA, Monger E, Brightwell R (2020): Medical Emergencies Requiring First Aid at Home: A Population-Based Survey Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-7, e-first. (KWT/AUS)
- Hashikawa M, Gold KJ (2018): Disaster Preparedness in Primary Care: Ready or Not? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(5), 644-648. (USA)
- Hershey TB, Van Nostrand E, Sood RK, Potter M (2016): Legal Considerations for Health Care Practitioners After Superstorm Sandy. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(3), 518-524. (USA)
- Hilli Y, Eriksson K (2019): The home as ethos of caring: a concept determination. *Nursing Ethics* 26(2), 425-433. (FIN)

- Horikoshi N, Maeda M, Iwasa H, Momoi M, Oikawa Y, Ueda Y, Kashiwazaki Y, Onji M, Harigane M, Yabe H, Yasumura S (2020): The Usefulness of Brief Telephonic Intervention After a Nuclear Crisis: Long-Term Community-Based Support for Fukushima Evacuees. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-9, e-first. (JPN)
- Hunter Revell SM, McCurry MK (2010): Postflood Disaster Management and the Home Health Nurse: Using Theory to Guide Practice, *Journal of Community Health Nursing* 27(3), 126-136
- 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. (USA)
- Malmin NP (2020): Historical Disaster Exposure and Household Preparedness Across the United States. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-7, e-first. (USA)
- 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. (IDN/JPN)
- McNeill C, Milburn AB (2019): In-Home Strategic National Stockpile Dispensing by Means of Home Health Agencies: An Alternative Means of Dispensing to Vulnerable Populations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-8, e-first. (USA)
- Miyatake H, Ozaki A, Nishikawa Y, Masunaga H, Arita S, Beniya H (2020): The Impact of Heavy Snowfall on Home Care: A 2018 Case Study in Fukui City, Japan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-5, e-first. (JPN)
- Molinari NAM, Chen B, Krishna N, Morris T (2017): Who's at risk when the power goes out? The at-home electricity-dependent population in the United States, 2012. *Journal of Public Health Management Practice* 23(2), 152-159. (USA)
- Morris SC (2020): Disaster Planning for Homeless Populations: Analysis and Recommendations for Communities. *Prehospital and Disaster Medicine* 35(3), 322-325. (USA)
- National Research Council (2011): Health care comes home: The human factors. Committee on the Role of Human Factors in Home Health Care, Board on Human-Systems Integration, Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Washington, DC: The National Academies Press. (USA)
- Ruder S (2012): Emergency Preparedness for Home Healthcare Providers. *Home Healthcare Nurse* 30(6), 355-362. (USA)
- Smallbone C, Staniland K (2011): Care in the community: what would happen if the lights went out? *British Journal of Community Nursing* 16(7), 342-346. (GBR)
- WHO – World Health Organization (2008): Home Care in Europe. The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (international)
- 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. (USA)
- Willson K, Fitzgerald G, Lim D (2021): Disaster Management in Rural and Remote Primary Health Care: A Scoping Review. *Prehospital and Disaster Medicine* 18(1), 81-86. (AUS)
- 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. (USA)
- 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. (USA)
- Wyte-Lake T, Claver M, Johnson-Koenke R, Dobalian A (2019): Home-Based Primary Care's Role in Supporting the Older Old During Wildfires. *Journal of Primary Care & Community Health*, doi: 10.1177/2150132719846773. (USA)

Deutschsprachige Literatur

- 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.
- Büscher A (2014): Ambulante Pflege. In: Schaeffer D; Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 491-512.
- 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, Schnepf W (2014): Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 469-487.
- Czakert, J., Lehmann, Y., Ewers, M. (2018): Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung – Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 135-136, 18-26.
- DRK – Deutsches Rotes Kreuz et al. (2018a): Häusliche Pflege in Krisensituationen. Informationen für pflegende Angehörige. (Flyer zum KOPHIS-Projekt). <https://www.kophis.de/veroeffentlichung/> (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Ewers M, Schaepe C, Lehmann Y (2017b): Alles Sicher? – Risikosituationen in der häuslichen Intensivpflege aus Sicht beatmeter Patienten und ihrer Angehörigen. Pflege 30(5), 365-373.
- Ewers, M., Schaepe, C., Lehmann, Y. (2017a): Schlussbericht Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten (SHAPE.). Leibnitz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften Universitätsbibliothek. <https://doi.org/10.2314/GBV:1016363249>.
- Güttner T (2014): Krisen- und Notfallpläne in der Pflegepraxis. QM-Praxis in der Pflege 3(3), 20-24.
- Möller A, Osterfeld A, Büscher A (2013): Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, 312-316.
- Neuschäfer D (2013): Anpassung an den Klimawandel in der ambulanten Pflege. In: Roßnagel A (Hrsg.): Regionale Klimeanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens. Kassel: kassel university press, 323-349.
- 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: 01.12.2020).
- Zettl V, Nell R (2019): Pflege- und Hilfsbedürftige in Schadenslagen. Durch Vernetzung relevanter Akteur\*innen und durch systematische Kooperation die ambulante Versorgung sicherstellen, In: Krüger M, Max M (Hrsg.): Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz, Bielefeld: transcript, 227-246.

**4. Evakuierungen**Englischsprachige Literatur

- Brown LM, Dosa DM, Thomas K, Hyer K, Feng Z, Mor V (2012): The Effects of Evacuation on Nursing Home Residents with Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 27(6), 406-412. (USA)
- Castle NG (2008): Nursing Home Evacuation Plans. American Journal Public Health 98, 1235-1240. (USA)
- Dobalian A, Claver M, Fickel J (2010): Hurricanes Katrina and Rita and the Department of Veterans Affairs: a conceptual model for understanding the evacuation of nursing homes. Gerontology 56(6), 581-588. (USA)
- Heppenstall CP, Wilkinson TJ, Hanger C, Dhanak MR, Keeling S (2013): Impacts of the Emergency Mass Evacuation of the 2011 Christchurch Earthquake. Disaster Medicine and Public Health Preparedness 7(4), 419-423. (NZL)

- Laditka SB, Laditka JN, Xiarasagar S, Cornman CB, Davis CB, Richter JVE (2008b): Providing Shelter to Nursing Home Evacuees in Disasters: Lessons From Hurricane Katrina. *American Journal of Public Health* 98(7), 1288-1293. (USA)
- McGrady E, Blanke SJ, Swanson C (2014): Hospice Patient Evacuation: A Case for Using a Checklist for Safe Disaster Response. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 31(3), 260-268. (USA)
- McGuire LC, Ford ES, Okoro CA (2007): Natural disasters and older US adults with disabilities: Implications for evacuation. *Disasters* 31(1), 49-56. (USA)
- Nakai H, Tsukasaki K, Kyota K, Itatani T, Nihonyanagi R, Shinmey Y, Yasouka S (2016): Factors Related to Evacuation Intentions of Power-Dependent Home Care Patients in Japan. *Journal of Community Health Nursing* 33(4), 196-208. (JPN)
- Nakai H, Itatani T, Horiike R, Kyota K, Tsukasaki K (2018): Tsunami evacuation simulation using geographic information systems for homecare recipients depending on electric devices. *PLoS ONE* 13(6):e0199252, doi: 10.1371/journal.pone.0199252. (JPN)
- Prot EY, Clements B (2017): Preparedness in Long-Term Care: A Novel Approach to Address Gaps in Evacuation Tracking. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(1), 28-30. (USA)
- VanDevanter N, Raveis VH, Kovner CT, McCollum M, Keller R (2017): Challenges and Resources for Nurses Participating in a Hurricane Sandy Hospital Evacuation. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 635-643. (USA)
- Willoughby M, Kipsaina C, Ferrah N, Blau S, Bugeja L, Ranson D, Ibrahim JE (2017): Mortality in Nursing Homes Following Emergency Evacuation: A Systematic Review. *JAMDA* 18, 664-670. (AUS)

#### Deutschsprachige Literatur

- Ehl F (2014): Demografischer Wandel und Bevölkerungsschutz – eine Herausforderung für den Betreuungsdienst. In: Lange H-J, Wendekamm M, Endreß C (Hrsg.): *Dimensionen der Sicherheitskultur*. Berlin, Heidelberg: Springer, 251-266.
- Maurer K, Mitschke T, Pesch J, Rheinfelder W (Hrsg.) (2016): *SEGmente 8: Der Betreuungsplatz*. Edewecht: Stumpf + Kossendey Verlagsgesellschaft.



## V. Bildungsdimensionen

Als wesentliche Maßnahmen zur Steigerung der Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen gegenüber Krisen, Notfällen und Katastrophen sollen im Teilprojekt 3 des AUIK-Gesamtprojekts u. a. konkrete Bildungsmaßnahmen und Schulungsmaterialien entwickelt und erprobt werden. Diese sollten sich an Pflegefachpersonen, Pflegehelfer\*innen und weitere Mitarbeitende in ambulanten Pflegediensten richten, die Menschen mit diversen Problemlagen zu Hause oder in Wohngemeinschaften alltagsnah pflegerisch versorgen. Darüber hinaus soll mit dem Projekt ein Beitrag zur Vermittlung von Kompetenzen in der Katastrophenpflege für angehende Pflegefachpersonen geleistet werden. Gesucht wurde insbesondere nach Ansatzpunkten in der internationalen Literatur, um entsprechende Bildungsmaßnahmen und Schulungsmaterialien – möglichst theoretisch und empirisch fundiert – begründet entwickeln und erproben zu können. Die hierfür zusammengetragene Literatur wurde drei Themenblöcken zugeordnet. Den Anfang machen Texte zu (Kern-)Kompetenzen für die Vorbereitung, das Management und die Bewältigung von Krisen, Notfällen und Katastrophen – vor allem, aber nicht ausschließlich für Pflegefachpersonen. Das kann Standards, Analysen oder auch Reflexionen umfassen (1.). Der zweite Block enthält dann Arbeiten, die sich mit der systematischen Erfassung von Kompetenzen sowie mit Qualifizierungs-, Handlungs- und Entwicklungsbedarfen zur Verbesserung der Resilienz bzw. der *Emergency Preparedness & Disaster Preparedness* befassen. Dabei ist der Blick zum einen auf Gesellschaften, Gesundheitssysteme und Organisationen (der Gesundheitsversorgung) gerichtet, zum anderen auf Pflegefachpersonen und auch andere Gesundheitsberufe. Die Texte befassen sich sowohl mit der Erfassung des Ist-Zustands (ggf. auch vor der Umsetzung von Maßnahmen) wie auch mit der Evaluation durchgeführter Maßnahmen (2.). Im dritten Themenblock sind Texte zu konkreten, unterschiedlich umfangreichen Bildungsprogrammen gebündelt – sowohl mit Blick auf die berufszulassende Ausbildung wie auch auf die berufliche Weiterbildung (3). Auffallend ist in diesem Themenblock, dass deutlich weniger oder – wie z. B. bei den Kompetenzstandards, Kernkompetenzen – auch gar keine einschlägigen deutschen Publikationen zu finden waren. Dies lässt auf das Niveau der Auseinandersetzung mit diesen Themen hierzulande schließen und verdeutlicht insofern dringenden Handlungsbedarf.

### 1. Kompetenzstandards und Kernkompetenzen

#### Englischsprachige Literatur

- 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. (AUS/SAU)
- ASPH – Association of Schools of Public Health (2010): Public health preparedness & response core competency model. <http://www.asph.org/userfiles/PreparednessCompetencyModelWorkforce-Version1.0.pdf> (Aufgerufen: 23.03.2021). (USA)
- CPSI – Canadian Patient Safety Institute (2009): The Safety Competencies – Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf> (Aufgerufen: 13.12.2020). (CAN)
- Daily E, Padjen P, Birnbaum M (2010): A Review of Competencies Developed for Disaster Healthcare Providers: Limitations of Current Processes and Applicability. *Prehospital and Disaster Medicine* 25(5), 387-395. (USA)
- 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. (USA)
- Georgino MM, Kress T, Alexander S, Beach M (2015): Emergency Preparedness Education for Nurses: Core Competency Familiarity Measured Utilizing an Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire. *Journal of Trauma Nursing* 22(5), 240-248. (USA)

- Hsu EB, Thomas TL, Bass EB, Whyne D, Kelen GD, Green GB (2006): Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC Medical Education* 20(6), 19, doi: 10.1186/1472-6920-6-19. (USA)
- 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, e-first. (CHN)
- Hutton A, Veenema TG, Gebbie K (2016): Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and Disaster Medicine* 31(6), 680-683. (USA)
- 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](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf) (Aufgerufen: 01.12.2020). (international)
- ICN/WHO – International Council of Nurses/World Health Organization (2009): ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf> (Aufgerufen: 04.01.2021). (international)
- Jorgensen AM, Mendoza GJ, Henderson JL (2010): Emergency Preparedness and Disaster Response Core Competency Set for Perinatal and Neonatal Nurses. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39, 450-467. (USA)
- Jose MM, Dufrene C (2014): Educational Competencies and Technologies for Disaster Preparedness in Undergraduate Nursing Education: An Integrative Review. *Nurse Education Today* 34(4), 543-551. (USA)
- Kako M, Mitani S (2010): A literature review of disaster nursing competencies in Japanese nursing journals. *Collegian* 17(4), 161-173. (JPN)
- Li SM, Li XR, Yang D, Xu NW (2016): Research Progress in Disaster Nursing Competency Framework of Nurses in China. *Chinese Nursing Research* 3(4), 154-157. (CHN/JPN)
- Loke AY, Fung OWM (2014): Nurses' Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(3), 3289-3303. (CHN)
- Luo Y, Liu L, Huang W-Q, Yang Y-N, Deng J, Yin C-H, Wang X-Y (2013): A Disaster Response and Management Competency Mapping of Community Nurses in China. *Iranian Journal of Public Health* 42(9), 941-949. (CHN)
- Markenson D, DiMaggio C, Redlener I (2005): Preparing Health Professions Students for Terrorism, Disaster, and Public Health Emergencies: Core Competencies. *Academic Medicine* 80(6), 517-526. (USA)
- Schultz CH, Koenig KL, Whiteside M, Murray R, for the National Standardized All-Hazard Disaster Core Competencies Task Force (2012): Development of National Standardized All-Hazard Disaster Core Competencies for Acute Care Physicians, Nurses, and EMS Professionals. *Annals of Emergency Medicine* 59(3), 196-208. (USA)
- Subbarao I, Lyznicki JM, Hsu EB, Gebbie KM, Markenson D, Barzansky B, Armstrong JH, Cassimatis EG, Coule PL, Dallas CE, King RV, Rubinson L, Sattin R, Swienton RE, Lillibridge S, Burkle FM, Schwartz RB, James JJ (2008): A Consensus-based Educational Framework and Competency Set for the Discipline of Disaster Medicine and Public Health Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2(1), 57-68. (USA)
- Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, Schor KW, Lyznicki J, Strauss-Riggs K, Coopere A, Hsu EB, King RV, Mitas JA, Hick J, Zukowski R, Altman BA, Steinbrecher RA, James JJ (2012): Core Competencies for Disaster Medicine and Public Health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6(1), 44-52. (USA)
- Xu Y, Zeng X (2016): Necessity for disaster-related nursing competency training of emergency nurses in China. *International Journal of Nursing Sciences* 3(2), 198-201. (CHN)

#### Deutschsprachige Literatur

Hierzu konnten keine einschlägigen deutschsprachigen Quellen gefunden werden.

## 2. Assessments & Evaluationen

### 2.1 Bevölkerungs- und Organisationsebene

#### Englischsprachige Literatur

- Ablah E, Tinius AM, Horn L, Williams C, Gebbie KM (2008): Community health centers and emergency preparedness: an assessment of competencies and training needs. *Journal of Community Health* 33(4), 241-247. (USA)
- Ardalan A, Mowafi H, Ardakani HM, Abolhasanai F, Zanganeh A-M, Safizadeh H, Salari S, Zonoobi V (2013): Effectiveness of a Primary Health Care Program on Urban and Rural Community Disaster Preparedness, Islamic Republic of Iran: A Community Intervention Trial. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 7(5), 481-490. (IRN)
- Djalali A, Corte FD, Foletti M, Ragazzoni L, Gallardo AR et al. (2014): Art of Disaster Preparedness in European Union: A Survey on the Health Systems. *PLOS Currents Disasters*. 2014 Dec 17, 6. doi: 10.1371/currents.dis.56cf1c5c1b0deae1595a48e294685d2f. (ITA/ROU/GBR/DEU/HRV/SWE/SVN/USA)
- Garbutt SJ, Peltier JW, Fitzpatrick JJ (2008): Evaluation of an Instrument to Measure Nurses' Familiarity with Emergency Preparedness. *Military Medicine* 173(11), 1073-1077. (USA)
- Gesser-Edelsburg A, Cohen R, Diamant A (2020): Experts' Views on the Gaps in Public Health Emergency Preparedness in Israel: A Qualitative Case Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-8, e-first. (ISR)
- Haeberer M, Tsolava S, Riley P, Cano-Portero R, Rexroth U, Ciotti M, Fraser G (2020): Tools for Assessment of Country Preparedness for Public Health Emergencies: A Critical Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-11, e-first. (SWE/GBR/DEU)
- Nelson C, Lurie N, Wasserman J (2007): Assessing public health emergency preparedness: concepts, tools, and challenges. *Annual Review of Public Health* 28(1), 1-18. (USA)
- So M, Franks J, Cree R, Leeb R (2020): An Evaluation of the Literacy Demands of Online Natural Disaster Preparedness Materials for Families. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 14(4), 449-458. (USA/CAN)
- Veenema TG, Moran TP, Kazzi Z, Schneider-Firestone S, Case G, Aldrich J (2020): Radiation Injury Treatment Network Medical and Nursing Workforce Radiation: Knowledge and Attitude Assessment. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-7, e-first. (USA)
- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2014): Safety measurement and monitoring in healthcare: A framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Quality & Safety* 23, 670-677. (GBR)

#### Deutschsprachige Literatur

- Probst C, Hildebrand F, Flemming A, Gänsslen A, Tecklenburg A, Krettek C, Adams HA (2008): Der Notfallplan des Krankenhauses bei externen Gefahrenlagen. Übungserfahrungen beim Massen-anfall von verletzten, kontaminierten und Verbrennungspatienten. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 45(5), 292-300.

### 2.2 Pflegefachpersonen und anderes Gesundheitspersonal

#### Englischsprachige Literatur

- 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. (USA)
- Alavi NM (2014): Disaster: Are We Prepared? *Nursing and Midwifery Studies* 3(2), e19993. (IRN)
- Aliakbari F, Bahrami M, Aein F, Khankeh H (2014): Iranian nurses' experience of essential technical competences in disaster response: A qualitative content analysis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19(6), 585-592. (IRN)

- Aliakbari F, Ghaedamini M, Deris F, Masoudi R (2020): Relationship Between Nurses' Decision-Making Style and Their Disaster Response Competencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-6, e-first. (IRN)
- Alim S, Kawabata M, Nakazawa M (2015): Evaluation of Disaster Preparedness Training and Disaster Drill for Nursing Students. *Nurse Education Today* 35(1), 25-31. (JPN)
- Alzahrani F, Kyratsis Y (2017): Emergency nurse disaster preparedness during mass gatherings: a cross-sectional survey of emergency nurses' perceptions in hospitals in Mecca, Saudi Arabia. *BMJ Open* 7, e013563. (SAU/GBR)
- Baack S, Alfred D (2013): Nurses' Preparedness and Perceived Competence in Managing Disasters. *Journal of Nursing Scholarship* 45(3), 281-287. (USA)
- Bajow N, Djalali A, Ingrassia PL, Ragazzoni L, Ageely H, Bani I, Della Corte F (2016): Evaluation of a new community-based curriculum in disaster medicine for undergraduates. *BMC Medical Education* 16:225, doi: 10.1186/s12909-016-0746-6. (ITA/SAU)
- Bianchi M, Bressan V, Cadorn L, Pagnucci N, Toletti A, Valcarengi D, Watson R, Bagnasco A, Sasso L (2016): Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment. *Journal of Advanced Nursing* 72(12), 2966-2979. (ITA/GBR)
- Chaffee M (2009): Willingness of Health Care Personnel to Work in a Disaster: An Integrative Review of the Literature. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 3(1), 42-56. (USA)
- Charney RL, Lavin RP, Bender A, Langan JC, Zimmerman RS, Veenema TG (2019): Ready to Respond: A Survey of Interdisciplinary Health-Care Students and Administrators on Disaster Management Competencies. *Disaster Management and Public Health Preparedness* 1-8, e-first. (USA)
- Chiu M, Polivka B, Stanley S (2012): Evaluation of a disaster-surge training for public health nurses. *Public Health Nursing* 29(2), 136-142. (USA)
- Dewolf P, Mortelmans LJM, Luyts J, De Cauwer HG, Sabbe M (2010): Fight or flight: Will nurses and ambulance personnel go to work in disaster situations? *Acta Clinica Belgica* 65(2), 146. (SAU/SWE/NOR/BEL)
- Digregorio H, Graber JS, Saylor J, Nues M (2019): Assessment of interprofessional collaboration before and after a simulated disaster drill experience. *Nurse Education Today* 79, 194-197. (USA)
- Dobalian A, Balut MD, Der-Martirosian C (2020): Workforce preparedness for disasters: perceptions of clinical and non-clinical staff at the U.S. Department of Veterans Affairs. *BMC Public Health* 20(1), 1501. (USA)
- Farra S, Smith S, Bashaw M (2016): Learning Outcome Measurement in Nurse Participants After Disaster Training. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(5), 728-733. (USA)
- Franck L, Epstein B, Adams S (1993): Disaster Preparedness for the ICN: Evolution and Testing of One Unit's Plan. *Pediatric Nursing* 19(2), 122-127. (USA)
- Fredricks K, Dinh H, Kusi M, Yogal C, Karmacharya BM, Burke TF, Nelson BD (2017): Community Health Workers and Disasters: Lessons Learned from the 2015 Earthquake in Nepal. *Prehospital and Disaster Medicine* 32(6), 604-609. (USA/NPL)
- Goodhue CJ, Burke RV, Ferrer RR, Chokshi NK, Dorey F, Upperman JS (2012): Willingness to respond in a disaster: a pediatric nurse practitioner national survey. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners* 26(4), e7-e20. (USA)
- Gowing JR, Walker KN, Elmer SL, Cummings EA (2017): Disaster Preparedness Among Health Professionals and Support Staff: What Is Effective? An Integrative Literature Review, *Prehospital and Disaster Medicine* 32(2), 321-328. (AUS)
- Gray MM, Thomas AA, Burns B, Umoren RA (2019): Identifying Crucial Equipment and Skills Needed to Evacuate Critically Ill Infants During Disasters: Using Nursing Expertise to Guide Training Targets. *Prehospital and Disaster Medicine* 34(4), 370-375. (USA)
- Grochtdreis T, Schröder-Bäck P, Harenberg N, Görres S, de Jong N (2020): National disaster preparedness and emergency response of nurses in Germany: An exploratory qualitative study. *South Eastern European Journal of Public Health*, doi:10.4119/seejph-3972.

- Hendrickx C, Van Turnhout P, Mortelmans L, Sabbe M, Peremans L (2017): Willingness to Work of Hospital Staff in Disasters: A Pilot Study in Belgian Hospitals. *Prehospital and Disaster Medicine* 32(S1), S21-S21. (BEL)
- Huh S-S, Khang H-Y (2018): Effects of an Educational Program on Disaster Nursing Competency. *Public Health Nursing* 36(1), 28-35. (CHN)
- Jacobson HE, Soto Mas F, Hsu CE, Turley JP, Miller J, Kim M (2010): Self-assessed emergency readiness and training needs of nurses in rural Texas. *Public Health Nursing* 27(1), 41-48. (USA)
- Jeong S, Lee O (2020): Correlations between emergency code awareness and disaster nursing competencies among clinical nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* 28(6), 1326-1334. (KOR)
- Jiang L, He HG, Zhou WG, Shi SH, Yin TT, Kong Y. (2015): Knowledge, attitudes and competence in nursing practice of typhoon disaster relief work among Chinese nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice* 21, 60-69. doi: 10.1111/ijn.12214. (CHE)
- Kulig JC, Penz K, Karunanayake C, MacLeod MLP, Jahner S, Andrews ME (2017): Experiences of rural and remote nurses assisting with disasters. *Australasian Emergency Nursing Journal* 20, 98-106. (CAN)
- 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 review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41-53. (OMN/USA/AUS)
- Labrague LJ, Yboa BC, McEnroe-Petitte DM, Lobrino LR, Brennan MG (2016), Disaster Preparedness in Philippine Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 48(1), 98-105. (OMN/USA/AUS)
- Laditka SB, Laditka JN, Cornman CB, Courtney BD, Richter JVE (2009): Resilience and Challenges among Staff of Gulf Coast Nursing Homes Sheltering Frail Evacuees following Hurricane Katrina, 2005: Implications for Planning and Training. *Prehospital and Disaster Medicine* 24(1), 54-62. (USA)
- Levoy K, DeBastiani SD, McCabe BE (2018): Evaluation of a Novel Disaster Nursing Education Method. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 12(6), 703-710. (USA)
- Li Y, Turale S, Stoned TE, Petrinia M (2015): A Grounded Theory Study of 'Turning Into a Strong Nurse': Earthquake Experiences and Perspectives on Disaster Nursing in Education. *Nurse Education Today* 35(9), e43-e49. (CHN/JPN)
- Loke AY, Fung OWM (2014): Nurses' Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11, 3289-3303. (CHN)
- Lucas P, Annear M, Harris W, Eyles H, Rotheram A (2019): Health Care Students Perceptions of Societal Vulnerability to Disasters in the Context of Population Aging. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 13(3), 449-455. (AUS/JPN)
- Luo Y, Liu L, Huang W-Q, Yang Y-N, Deng J, Yin C-H, Wang X-Y (2013): A Disaster Response and Management Competency Mapping of Community Nurses in China. *Iranian Journal of Public Health* 42(9), 941-949. (CHN)
- Maeda T, Kotera S, Matsuda N, Huebner CA (2018): Developing a scale to measure Japanese nurses' individual readiness for deployment to disasters. *Nursing & Health Sciences* 20, 346-354. (JPN/USA)
- Marin SM, Witt RR (2015): Hospital Nurses' Competencies in Disaster Situations: A Qualitative Study in the South of Brazil. *Prehospital and Disaster Medicine* 30(6), 548-552. (BRA)
- McKenzie WM (2018): Mapping the Disaster Competency Landscape in Undergraduate Nursing: A Case Study of Nursing Educators in British Columbia, Canada. Doctoral Thesis. University of Calgary. doi: 10.11575/PRISM/34539. (CAN)
- McKenzie N, Wishner C, Sexton M, Saevig D, Fink B, Rega P (2020): Active Shooter: What Would Health Care Students Do While Caring for Their Patients? Run? Hide? Or Fight? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 14(2), 174-177. (USA)
- McNeill CC, Killian TS, Moon Z, Way KA, Garrison MEB (2018): The Relationship Between Perceptions of Emergency Preparedness, Disaster Experience, Health-Care Provider Education, and Emergency Preparedness Levels. *International Quarterly of Community Health Education* 38(4), 233-243. (USA)

- Millet CP, Porche DC (2017): Overburdened Systems and Dealing With Disaster: Nursing Administrators' Experiences and Nursing Leadership Recommendations Form a State-Level Perspective. *Nursing Administration Quarterly* 41(2), 134-143. (USA)
- 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. (JPN)
- Nash TJ (2015): Unveiling the Truth about Nurses' Personal Preparedness for Disaster Response: A Pilot Study. *Medsurg Nursing* 24(6), 425-431. (USA)
- Nilsson J, Johansson E, Carlsson M, Florin J, Leksell J, Lepp M, Lindholm C, Nordström G, Theander K, Wilde-Larsson B, Gardulf A (2016): Disaster nursing: Self-reported competence of nursing students and registered nurses, with focus on their readiness to manage violence, serious events and disasters. *Nurse Education in Practice* 17, 102-108. (JPN/SWE/NOR)
- Noguchi N, Inoue S, Shimano C, Shibayama K, Shinchi K (2016): Factors Associated with Nursing Activities in Humanitarian Aid and Disaster Relief. *PLoS ONE* 11(3), e0151170. (JPN)
- Park H-Y, Kim J-S (2017): Factors influencing disaster nursing core competencies of emergency nurses. *Applied Nursing Research* 37, 1-5. (KOR)
- Patel R, Wattamwar K, Kanduri J, Nahass M, Yoon J, Oh J, Shukla P, Lacy CR (2017): Health Care Students Knowledge and Willingness to Work in Infectious Disease Outbreaks. *Disease Medicine and Public Health Preparedness* 11(6), 694-700. (USA)
- 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. (THA)
- Rizquillah AF, Suna J (2018): Indonesian emergency nurses' preparedness to respond to disaster: A descriptive survey. *Australasian Emergency Care* 21(1), 64-68. (IDN/AUS)
- Said NB, Chiang VCL (2020): The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing* 48, e-first, doi: 10.1016/j.ienj.2019.100806. (CHN)
- Satoh M, Iwamitsu H, Yamada E, Kuribayashi Y, Yamagami-Matsuyama T, Yamada Y (2018): Disaster Nursing Knowledge and Competencies Among Nursing University Students Participated in Relief Activities Following the 2016 Kumamoto Earthquakes. *SAGE Open Nursing* 4, 1-9. (JPN)
- Siemon M, Hackwirth J, Monson K (2019): Development of a Disaster Nursing Competencies Assessment Instrument for Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 58(4), 229-239. (USA)
- Sonneborn O, Miller C, Head L, Cross R (2018): Disaster Education and Preparedness in the Acute Care Setting: A Cross Sectional Survey of Operating Theatre Nurse's Disaster Knowledge and Education. *Nurse Education Today* 65(1), 23-29. (AUS)
- Stergachis A, Garberson L, Lien O, D'Ambrosio L, Sangaré L, Dold C (2011): Health Care Workers' Ability and Willingness to Report to Work During Public Health Emergencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 5(4), 300-308. (USA)
- Sultan M, Løwe Sørensen J, Carlström E, Mortelmans L, Khorram-Manesh A (2020): Emergency Healthcare Providers' Perceptions of Preparedness and Willingness to Work during Disasters and Public Health Emergencies. *Healthcare* 8(4), 442, doi: 10.3390/healthcare8040442. (SAU, SWE, NOR, BEL)
- Sultan MAS, Khorram-Manesh A, Carlström E, Sørensen JL, Sulayyim HJA, Taube F (2020): Nurses' Readiness for Emergencies and Public Health Challenges – The Case of Saudi Arabia. *Sustainability* 12(19), 7874, doi: 10.3390/su12197874. (SAU, SWE, NOR)
- Tavan H, Menati W, Azadi A, Sayehmiri K, Sahebi A (2016): Development and Validation of a Questionnaire to Measure Iranian Nurses' Knowledge, Attitude and Practice Regarding Disaster Preparedness. *Journal of Clinical Diagnostic Research for Doctors* 10(8), IC06-IC09. (IRN)
- Usher K, Mills J, West C, Casella E, Dorji P, Guo A, Koy V, Pego G, Phanpaseuth S, Phouthavong O, Sayami J, Lak MS, Sio A, Ullah MM, Sheng Y, Zang Y, Buettner P, Woods C (2015): Cross-sectional Survey of the Disaster Preparedness of Nurses across the Asia-Pacific Region. *Nursing & Health Sciences* 17(4), 434-443. (AUS/BTN/CHN/KHM/SLB/PAK/LAO/NPL/BGD)
- Wang J, Li C, Zou S, Chen H, Xiang J, Hu Y, Huang H, Tan Y (2020): Psychometric evaluation of undergraduate student nurses' learning perceived needs in disaster nursing: Two cross-sectional studies. *Nurse Education Today* 84, e-first, doi: 10.1016/j.nedt.2019.104208. (CHN)

- Wenji Z, Turale S, Stone TE, Petrini MA (2015): Chinese nurses' relief experiences following two earthquakes: Implications for disaster education and policy development. *Nurse Education in Practice* 15(1), 75-81. (CHN/THA/JPN)
- Wisniewski R, Dennik-Champion G, Peltier JW (2004): Emergency preparedness competencies: assessing nurses' educational needs. *Journal of Nursing Administration* 34(10), 475-480. (USA)
- Xia R, Li S, Chen B, Jin Y, Zhang Z (2019): Evaluating the effectiveness of a disaster preparedness nursing education program in Chengdu, China. *Public Health Nursing* 37, 287-294. (CHN)
- Yan YE, Turale S, Stone T, Petrini M (2015): Disaster nursing skills, knowledge and attitudes required in earthquake relief: Implications for nursing education. *International Nursing Review* 62, 351-359. (CHN/JPN/KOR)
- Zhang D, Zhu X, Zhou Z, Xu X, Ji X, Gong A (2020): Research on Disaster Literacy and Affecting Factors of College Students in Central China. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-7, e-first. (CHN)

#### Deutschsprachige Literatur

- Klewer J (2017): Persönliche Notfallvorsorge bei angehenden akademischen Leitungskräften im Pflege- und Gesundheitswesen. *Heilberufe Science* 8(1), 23-32.

### **3. Bildungsprogramme**

#### **3.1 Ausbildung**

#### Englischsprachige Literatur

- Achora S, Kamanyire JK (2016): Disaster Preparedness. Need for inclusion in undergraduate nursing education. *Sultan Qaboos University Medicine Journal* 16(1), e15-e19. (OMN)
- ACSQHC – The Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005): National Patient Safety Education Framework. <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/framework0705.pdf> (Aufgerufen: 01.12.2020). (AUS)
- Alkhalaleh M (2020): Attitude of Jordanian Nursing Educators Toward Integration of Disaster Management in Nursing Curricula. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-6, e-first. (JOR)
- Aluisio AR, Daniel P, Grock A, Freedman J, Singh A, Papanagnou D, Arquilla B (2016): Case-based Learning Outperformed Simulation Exercises in Disaster Preparedness Education Among Nursing Trainees in India: A Randomized Controlled Trial. *Prehospital and Disaster Medicine* 31(5), 516-523. (USA/IND)
- Carter MR, Gaskins SW (2010): Incorporating Bioterrorism Content in the Nursing Curriculum: A Creative Approach. *Journal of Nursing Education* 49(7), 406-409. (USA)
- CORDIS – Plattform für Forschungsergebnisse der EU (2016): Disaster Training Curriculum. <https://cordis.europa.eu/project/id/285036/de> (Aufgerufen: 14.12.2020). (europäische Länder)
- Glauberma GHR, Wong LCK, Bray ML, Katz AR (2020): Disaster Aftermath Interprofessional Simulation: Promoting Nursing Students' Preparedness for Interprofessional Teamwork. *Journal of Nursing Education* 59(6), 353-356. (USA)
- Gu M, Kim R, Lee H, Sok S (2019): Factors Influencing Disaster-Incident-Related Impacts on Korean Nursing Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(24), Art. 5111. (KOR)
- Ingrassia PL, Pigozzi L, Bono M, Ragazzoni L, Corte FD (2020): Use of Simulated Patients in Disaster Medicine Training: A Systematic Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-6, e-first. (ITA)
- Jennings-Sanders A (2004): Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice* 4(1), 69-76. (USA)
- Jennings-Sanders A, Frisch N, Wing S (2005): Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing. *Disaster Management & Response* 3(3), 80-85. (USA)

- Kako M, Mitani S, Arbon P (2012): Literature Review of Disaster Health Research in Japan: Focusing on Disaster Nursing Education. *Prehospital and Disaster Medicine* 27(2), 178-183. (AUS/JPN)
- Kalanlar B (2019): The Challenges and Opportunities in Disaster Nursing Education in Turkey. *Journal of Trauma Nursing* 26(3), 164-170. (TUR)
- Khorram-Manesh A, Ashkenazi M, Djalali A, Ingrassia PL, Friedl T, von Armin G, Lupesco O, Kaptan K, Arculeo C, Hreckovski B, Komadina R, Fisher P, Voigt S, James J, Gursky E (2015): Education in Disaster Management and Emergencies: Defining a New European Course. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(3), 245–255. (SWE, DEU, ITA, ROU, TUR, GBR, HRV, SVN, USA)
- Khorram-Manesh A, Lupesco O, Friedl T, Armin G, Kaptan K, Djalali A, Folett M, Ingrassia PL, Ashkenazi M, Arculeo C, Fischer P, Hreckovski B, Komadina R, Vogt S, Carlström E, James J (2016): Education in Disaster Management: What Do We Offer and What Do We Need? Proposing a New Global Program. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(6), 854-873. (SWE, ROU, DEU, TUR, ITA, GBR, HRV, SVN, USA)
- Khorram-Manesh A, Ashkenazi M, Djalali A, Ingrassia PL, Friedl T, von Armin G, Lupesco O, Kaptan K, Arculeo C, Hreckovski B, Komadina R, Fisher P, Voigt S, James J, Gursky E, for the Scientific Committee of the DITAC Project (2018): Education in Disaster Management and Emergencies: Defining a New European Course. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 9(3), 245-255. (SWE, DEU, ITA, ROU, TUR, GBR, HRV, SVN, USA)
- Leffers J, McDermott Levy R, Nicholas PK, Sweeney CF (2017): Mandate for the Nursing Profession to Address Climate Change Through Nursing Education. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 669-687. (USA)
- Littleton-Keraney MT, Slepski LA (2008): Directions for Disaster Nursing Education in the United States. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 20(1), 103-109. (USA)
- Mansour MJ, Al Shadafan SF, Abu-Sneinaeh F, Al Amer M (2018): Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. *The Open Nursing Journal* 12, 125-132. (SAU)
- Mariano C (2002): Crisis theory and intervention: A critical component of nursing education. *Journal of the New York State Nurses Association* 33(1), 19-24. (USA)
- Milligan FJ (2007): Establishing a culture for patient safety – The role of education. *Nurse Education Today* 27(2), 95-102. (GBR)
- Neudorf K, Dyck N, Scott D, Dick D (2008): Nursing education: A catalyst for the patient safety movement. *Healthcare Quarterly* 11(1), 35-39. (CAN)
- Owens MP, Buffington C, Frost MP, Waldner RJ (2017): The South Dakota Model: Health Care Professions Student Disaster Preparedness and Deployment Training. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 11(6), 735-740. (USA)
- Pek JH, Kang HM, Anantharaman V (2020): Teaching Disaster Site Medical Support in Indonesia. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 1-6, e-first. (IDN)
- Pesiridis T, Kalokairinou A, Sourtzi P (2013): Nursing student's perceptions of disaster nursing: implications for curricula development. *Nursing Care & Research* 35(7), 63-74. (GRC)
- Rega P (2013): Interdisciplinary Simulation Education in Disaster Medicine. *Public Health Nursing* 30(1), 3-4. (USA)
- Richardson SK, Richardson A, Trip H, Tabakakis K, Josland H, Maskill V, Dolan B, Hickmott B, Houston G, Cowan L, McKay L (2015): The impact of a natural disaster: under- and postgraduate nursing education following the Canterbury, New Zealand, earthquake experiences. *Higher Education Research & Development* 34(5), 986-1000. (NZL)
- Shannon C (2019): Improving Student Engagement in Community Disaster Preparedness. *Nurse Educator* 44(6), 304-307. (USA)
- Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH (2014): Patient safety in nursing education: Context, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Education Today* 34(2), 277-284. (GBR)
- Weiner E, Irwin M, Trangenstein P, Gordon J (2005): Emergency preparedness curriculum in nursing schools in the United States. *Nursing Education Perspectives* 26(6), 334-339. (USA)

- WHO – World Health Organization (2011): Patient Safety Curriculum Guide – Multiprofessional Edition. [https://www.who.int/patientsafety/education/mp\\_curriculum\\_guide/en/](https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/) (Aufgerufen: 21.12.2020). (international)
- Wilkinson A (2015): Nursing education for disaster preparedness and response. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 46(2), 65-73. (USA)
- Yamamoto A (2008): Education and Research on Disaster Nursing in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(1), s6-s7. (JPN)

#### Deutschsprachige Literatur

- APS – Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2016): Patientensicherheit und verwandte Themen in den Ausbildungs- und Approbationsordnungen der Gesundheitsberufe. Ergebnisse einer Recherche der Unterarbeitsgruppe Implementierung (UAG) der AG Bildung und Training des APS. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Bericht\\_PS-in-Berufsordnungen\\_2016\\_08\\_22.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Bericht_PS-in-Berufsordnungen_2016_08_22.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- APS – Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (Hrsg.) (2014): Wege zur Patientensicherheit. Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. [https://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/AGs/EmpfehlungAGBuT\\_Lernzielkatalog\\_Wege\\_2014\\_05\\_14\\_neu.pdf](https://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/AGs/EmpfehlungAGBuT_Lernzielkatalog_Wege_2014_05_14_neu.pdf) (Aufgerufen: 21.12.2020).
- BSFGV Hamburg – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2010): Aus Fehlern lernen. Curriculumbausteine Patientensicherheit. <https://www.pflegendz.de/publikationen-details/aus-fehlern-lernen-curriculumsbausteine-zur-patientensicherheit.html> (Aufgerufen: 21.12.2020).
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.) (2018): Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. [https://igpw.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/m\\_cc01/igpw/Forschung/PAMM/WHO\\_Mustercurriculum\\_Patientensicherheit\\_DEUTSCH\\_2018.pdf](https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Forschung/PAMM/WHO_Mustercurriculum_Patientensicherheit_DEUTSCH_2018.pdf) (Aufgerufen: 09.01.2021).
- Domres B, Gerloff M, Gross W (2012): „Katastrophenmedizin und humanitäre Hilfe“ in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. *Pflegezeitschrift* 65(1), 34-35.
- Fachkommission nach § 53 PflBG (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG – Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. 2., überarb. Auflage. (Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung). Bonn: BIBB. [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Rahmenplaene\\_BARRIEREFREI\\_FINAL.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Rahmenplaene_BARRIEREFREI_FINAL.pdf) (Aufgerufen: 17.12.2020).
- Lehmann Y, Ewers M (2019): Patientensicherheit als Thema der Pflegeausbildung. Ein multiprofessionelles Mustercurriculum der WHO bietet Anregungen. *Padua* 14(5), 313-317.
- Messer Misak K, Mircic E (2018): Potentiale erkennen und Fehlerkultur in der Ausbildung fördern. *PADUA* 13(2), 133-137.
- Rosentreter M (2017): Patientensicherheit lehren. Bedarfsanalyse und Konzeption eines integrierten Lehrprojekts für die medizinische Ausbildung. Berlin: LIT-Verlag.

### **3.2 Weiterbildung**

#### Englischsprachige Literatur

- Alfred D, Chilton, J, Connor D, Deal B, Fountain R, Hensarling J, Klotz L (2015): Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice* 15(1), 82-89. (USA)
- Altman BA, Gulley KH, Rossi C, Strauss-Riggs K, Schor K (2016): Delivering Flexible Education and Training to Health Professionals: Caring for Older Adults in Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 10(4), 633-637. (USA)
- Bistaraki A, Waddington K, Galanis P (2011): The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece *International Nursing Review* 58, 341-346. (GBR)

- Chen I-H, Chang S-C, Feng J-Y, Lin S-J, Chen L-C, Lee C-L, Lai F-C (2017): Nurse Participation in Continuing Education in Disaster Nursing in Taiwan. *Journal of Emergency Nursing* 43(3), 197-201. (TWN)
- Greco S, Lewis EJ, Sanford J, Metzler Sawin E, Ames A (2019): Ethical Reasoning Debriefing in Disaster Simulations. *Journal of Professional Nursing* 35, 124-132. (USA)
- Ireland M, Ea E, Kontzamanis E, Michel C (2006): Integrating Disaster Preparedness Into a Community Health Nursing Course: One Schools' Experience. *Disaster Management & Response* 4(3), 72-76. (USA)
- Jung D, Carman M, Aga R, Burnett A (2016): Disaster Preparedness in the Emergency Department Using In Situ Simulation. *Advanced Emergency Nursing Journal* 38(1), 56-68. (USA)
- Kako M, Hammad K, Mitani S, Arbon P (2018): Existing Approaches to Chemical, Biological, Radiological, and Nuclear (CBRN) Education and Training for Health Professionals: Findings from an Integrative Literature Review. *Prehospital and Disaster Medicine* 33(2), 182-190. (AUS/JPN)
- O'Brien C, Selod S, Lamb K (2009): A National Initiative to Train Long-Term Care Staff for Disaster Response and Recovery. *Journal of Public Health Management and Practice* 15(2), S20-S24. (AUS)
- 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. (USA)
- Ranse J, Hammad K, Ranse K (2013): Future considerations for Australian nurses and their disaster educational preparedness: a discussion. *Australian Journal of Emergency Management* 28(4), 49-53. (AUS)
- Ranse J, Shaban RZ, Considine J, Hammad K, Arbon P, Mitchell B, Lenson S (2013): Disaster content in Australian tertiary postgraduate emergency nursing courses: a survey. *AENJ – Australasian Emergency Nursing Journal* 16(2), 58-63. (AUS)
- RCN – Royal College of Nursing (2017): National Curriculum and Competency Framework. *Emergency Nursing (Level 1)*. London RCN. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005883>. (Aufgerufen: 01.12.2020) (GBR)
- Richardson SK, Richardson A, Trip H, Tabakakis K, Josland H, Maskill V, Dolan B, Hickmott B, Houston G, Cowan L, McKay L (2015): The impact of a natural disaster: under- and postgraduate nursing education following the Canterbury, New Zealand, earthquake experiences. *Higher Education Research & Development* 34(5), 986-1000. (NZL)
- Study.com: Emergency and Disaster Nursing: Education and Training Program Info. [https://study.com/articles/Emergency\\_and\\_Disaster\\_Nursing\\_Education\\_and\\_Training\\_Program\\_Info.html](https://study.com/articles/Emergency_and_Disaster_Nursing_Education_and_Training_Program_Info.html) (Aufgerufen: 20.12.2020). (GBR)
- Subbarao I, Lyznicki JM, Hsu EB, Gebbie KM, Markenson D, Barzansky B, Armstrong JH, Cassimatis EG, Coule PL, Dallas CE, King RV, Rubinson L, Sattin R, Swienton RE, Lillibridge S, Burkle FM, Schwartz RB, James JJ (2008): A Consensus-based Educational Framework and Competency Set for the Discipline of Disaster Medicine and Public Health Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2(1), 57-68. (USA)
- Turale S (2014): Disaster training for nurses: a moral and humanitarian imperative. *International Nursing Review* 65(1), 3-4. (AUS)
- Veenema TG, Lavin RP, Griffin A, Gable AR, Couig MP, Dobalian A (2017): Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 688-696. (USA)
- Williams H, Downes E (2017): Development of a Course on Complex Humanitarian Emergencies: Preparation for the Impact of Climate Change. *Journal of Nursing Scholarship* 49(6), 661-669. (USA)

#### Deutschsprachige Literatur

- Akkon Hochschule (2020): Bachelor-Studiengang Internationale Not- und Katastrophenhilfe. <https://www.akkon-hochschule.de/internationale-not-katastrophenhilfe-b-a.html> (Aufgerufen: 01.12.2020).

- AKNZ – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (2019): Jahresprogramm 2020. Bad Neuenahr-Ahrweiler: AKNZ. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/AKNZ/AKNZ\\_Box\\_Jahresprogramm\\_2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/AKNZ/AKNZ_Box_Jahresprogramm_2020.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 20.12.2020).
- BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2015): Pädagogisches Konzept. Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz. Bonn: BBK. [http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/AKNZ/AKNZ\\_Paedagogisches\\_Konzept.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/AKNZ/AKNZ_Paedagogisches_Konzept.pdf?__blob=publicationFile) (Aufgerufen: 20.12.2020).
- Berner Bildungszentrum (2019): Nachdiplomkurs Disaster Nursing – Pflege im Katastrophenfall. <https://www.bzpflege.ch/weiterbildung/weiterbildungsangebote/alle-kurse/nachdiplomkurs-disaster-nursing/downloads> (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Medical School Hamburg (2020): Studiengang Rescue Management (Bachelor of Science), [https://www.medicalschool-hamburg.de/studiengaenge/fakultaet-gesundheitswissenschaften-fachhochschule/bachelorstudiengaenge/rescue-management/#jfmulticontent\\_c20289-1](https://www.medicalschool-hamburg.de/studiengaenge/fakultaet-gesundheitswissenschaften-fachhochschule/bachelorstudiengaenge/rescue-management/#jfmulticontent_c20289-1) (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Universität Bonn (2020): Katastrophenvorsorge und Katastrophenmanagement (Weiterbildender Master). <https://www.uni-bonn.de/studium/vor-dem-studium/faecher/katastrophenvorsorge-und-katastrophenmanagement/katastrophenvorsorge-und-katastrophenmanagement-weiterbildende-master> (Aufgerufen: 01.12.2020).
- Voßschmidt S, Karsten A, Zisgen J, Kleinebrahn A (2019): Resilienzsteigerung durch Ausbildung und Training. In: Voßschmidt S, Karsten A (Hrsg.): Resilienz und Kritische Infrastruktur. Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen im Krisenfall. Stuttgart: Kohlhammer, 187-219. [Kapitel 6.1 von Zisgen J, Kapitel 6.2 von Kleinebrahn A].





**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