



Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Pflegeökonomische Machbarkeitsstudie zur Vorbereitung ambulanter Pflegedienste auf Krisensituationen

Jörg Hallensleben

Working Paper No. 23-01
Berlin, Juni 2023

Zitierhinweis

Hallensleben J (2023):
Pflegeökonomische Machbarkeitsstudie zur
Vorbereitung ambulanter Pflegedienste
auf Krisensituationen
Working Paper No. 23-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin
<https://doi.org/10.17169/refubium-39311>

Impressum

Working Paper No. 23-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Juni 2023

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Abstract

Unter dem Eindruck gestiegener Katastrophenrisiken hat der Gesetzgeber im GVWG festgelegt, dass sich ambulante Pflegedienste auf Krisensituationen vorbereiten müssen (§ 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung (MuG) vom 9.11.2022 sind Anforderungen definiert. Umsetzungsempfehlungen dazu sind im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten AUPIK-Projektes entwickelt worden.

Ziel der hier vorgelegten pflegeökonomischen Machbarkeitsstudie ist die Ermittlung und Bewertung der Kosten, die den ambulanten Pflegediensten im Hinblick auf die Katastrophenvorsorge im Zuge der Umsetzung der Empfehlungen des AUPIK-Projektes entstehen.

Die Ermittlung der Mengengerüste (Personal, Sachmittel) erfolgte nach Möglichkeit auf der Basis hinreichend konkreter Empfehlungen aus der AUPIK-Sollkonzeption und/oder auf der Basis von leitfadengestützten Experteninterviews (n = 8) mit Geschäftsführer*innen und anderen Leitungspersonen aus Pflegediensten mit Bezug zur Modellregion Magdeburg (Sachsen-Anhalt). Soweit die Mengengerüste auf keinem dieser beiden Wege ermittelt werden konnten, wurden sie geschätzt. Die Ermittlung der Preise für Sachmittel erfolgte per Internetrecherche (drei exemplarische Preise pro Produktgruppe). Als Multiplikator zur Berechnung der Personalkosten wurde ein per Faustformel berechneter Stundensatz verwendet, dessen Ausgangspunkt die Grundvergütung von Pflegefachkräften (Qualitätsniveau C) ist. Dieser Ausgangspunkt bietet sich an, weil hierfür in Gestalt der sog. regionalen Entgelthöhen validierte Daten vorliegen. Zur Veranschaulichung wurden drei Fallvignetten gebildet: A = inhabergeführter kleiner privater Pflegedienst; B = auf häusliche Intensivpflege spezialisiertes, überregional agierendes privates Pflegeunternehmen; C = Pflegedienstabteilung eines „großen“ freigemeinnützigen Trägers. Obwohl der engere Auftrag des APOLLON-Teilprojekts auf der betrieblichen Ebene angesiedelt ist, werden auch makroökonomische Berechnungen vorgenommen, nicht zuletzt, um auf diese Weise eine Grundlage für die sich aufdrängende Frage nach der Re-Finanzierung zu schaffen.

Der auf den Empfehlungen der AUPIK-Sollkonzeption beruhende Aufwand für die Katastrophenvorsorge beträgt rechnerisch im Durchschnitt 22.467 Euro pro Pflegedienst in Sachsen-Anhalt und 27.767 Euro pro Pflegedienst in Deutschland – bei großen Unterschieden zwischen den einzelnen Diensten. Pflegedienste müssen damit rechnen, mindestens 1% des Umsatzes für Zwecke der Katastrophenvorsorge aufbringen zu müssen. Erhalten sie hierfür keine Re-Finanzierung werden sie dieser Aufgabe nicht im gebotenen Umfang nachkommen. Für diese Schlussfolgerung liefert nicht zuletzt die Expertenbefragung deutliche Hinweise.

Das Projekt zur „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 März 2020 bis Juni 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 ambulanter 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 AUIK-Projekts 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 AUIK 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.

AUIK wird von März 2020 bis Juni 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 verschränkte Teilprojekte (TP), wobei sie ihre jeweiligen disziplinären und professionellen Perspektiven in die Forschung und Entwicklung einbringen:

TP 1 Sicherheit, Recht und Ethik

Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen

TP 2 Sicherheit und Katastrophenschutz

Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat (DRK), Berlin

TP 3 Sicherheit und Pflege

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

TP 4 Medienentwicklung, Information, Schulung

Vincentz 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“ (TP 3)

Kurzbeschreibung – Teilprojekt

Das vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin verantwortete Teilprojekt 3 (TP 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 (TP1), mit Fragen des Katastrophenschutzes (TP2) sowie mit der Entwicklung von Medien zur Information und Schulung (TP4) zu dem gemeinsam bearbeiteten Thema der Resilienzförderung ambulanter Pflegeinfrastrukturen ergänzt werden.

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

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

Vorwort

Michael Ewers

Um die dezentrale häusliche Versorgung pflegebedürftiger Personen auch angesichts von Notfällen, Krisen und Katastrophen möglichst lange aufrechterhalten und dabei sowohl deren Sicherheit wie auch die von An- und Zugehörigen oder Mitarbeitenden gewährleisten zu können, müssen ambulante Pflegedienste gut vorbereitet sein. Sie müssen ein Problembewusstsein für die Auswirkungen der verschiedenen natürlichen und von Menschen verursachten Gefahren entwickeln, denen auch sie künftig vermehrt ausgesetzt sein können. Extremwetterereignisse wie Starkregen, Stürme, Hochwasser oder Hitzeperioden können sie in der Ausübung ihrer Tätigkeiten ebenso beeinträchtigen wie Krisen der öffentlichen Gesundheit (z. B. die COVID-19 Pandemie, Mangel an Medikamenten oder Hilfsmitteln), Störungen der Strom-, Gas-, Wasser- oder Treibstoffversorgung, Cyberkriminalität, Terrorakte oder gewaltsame Auseinandersetzungen und ihre Folgen. Darüber hinaus müssen sie vorausschauende organisatorische Maßnahmen ergreifen, ihre Strukturen und Prozessen anpassen, Katastrophenschutzpläne entwickeln, ihre Mitarbeitenden informieren und qualifizieren und sich insgesamt widerstandsfähiger gegenüber künftigen Alltagsstörungen aufstellen. Auch die Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen, mit Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben in der Region oder Kommune verlangt ihre Aufmerksamkeit.

Angesichts der aktuellen Situation ambulanter Pflegedienste und der ihnen zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen stellt dies kein einfaches Unterfangen dar. Schon heute – dies haben auch die im Rahmen des AUIK-Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ durchgeführten Erhebungen gezeigt – arbeiten ambulante Pflegedienste häufig am Rande ihrer Kapazitäten. Einerseits sehen sie sich in einer alternden Gesellschaft mit quantitativ wachsenden, z. T. auch mit qualitativ anspruchsvolleren Aufgaben konfrontiert. Sie unterstützen nicht nur eine überwiegend von Angehörigen durchgeführte häusliche Pflege und übernehmen selbst viele alltagsnahe Pflege- und Versorgungstätigkeiten bei vorwiegend älteren und hochaltrigen Menschen. Immer öfter gewährleisten sie auch die häusliche Versorgung schwer kranker Menschen jeden Lebensalters mit Bedarf an therapeutisch-technischer und fachpflegerischer Unterstützung, Alleinlebende oder Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen, Personen am Lebensende oder mit komplexen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen. Andererseits aber bleiben die ambulanten Pflegedienste in gesundheits- und sicherheitspolitischen Debatten häufig unbeachtet, die öffentliche Aufmerksamkeit richtet sie eher auf stationäre Einrichtungen – Krankenhäuser oder Pflegeheime – und allenfalls auf Arztpraxen. Die wichtige Funktion zugehender Pflege und ihre Rolle bei der Sicherstellung der Gesundheits- und Sozialversorgung wird selten gewürdigt. Zudem fehlt es den ambulanten Diensten an Mitarbeitenden, insbesondere solchen mit einer den wachsenden Anforderungen entsprechenden Qualifikation. Die nach wie vor kleinteilige Struktur der Pflegedienste und ihre wenig differenzierten Managementstrukturen erschweren die Situation zusätzlich. Vor allem aber – so wird von Seiten der ambulanten Pflegedienste selbst immer wieder angeführt – fehlt es ihnen an den notwendigen finanziellen Ressourcen, um sich vorausschauend auf Ereignisse einzustellen, die für sie in ihren Auswirkungen auf den Pflege- und Versorgungsalltag nur schwer vorstellbar sind und deren Eintrittswahrscheinlichkeit sie als eher gering ansehen.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des AUIK-Teilprojekts 3 „Sicherheit und Pflege“ u. a. Überlegungen zu organisatorischen Maßnahmen angestellt, mit deren Hilfe sich ambulante Pflegedienste besser auf Notfälle, Krisen und Katastrophen vorbereiten können. Eng damit verbunden war die Frage, welche Belastungen auf ambulante Pflegedienste zukommen, die diese Maßnahmen umsetzen wollen. Hierfür wurde eine pflegeökonomische Machbarkeitsstudie bei der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen in Auftrag gegeben. Deren Ergebnisse werden hiermit vorgelegt. Die Träger ambulanter Pflegedienste, deren Verhandlungspartner (z. B. Kranken- und Pflegekassen) wie auch andere Entscheidungsträger in den Kommunen, den Ländern und dem Bund können diese Informationen nutzen, um sich ein Bild von dem Aufwand zu verschaffen, der in diesem Versorgungsbereich für eine bessere Vorbereitung auf Krisen, Notfälle und Katastrophen betrieben werden muss. Zugleich können sie auf dieser Grundlage womöglich in Verhandlungen darüber eintreten, wie die notwendigen wirtschaftlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden können, dass ambulante Pflegedienste widerstandsfähiger gegenüber Alltagsstörungen werden und dadurch verantwortlich an der Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements bei Notfällen, Krisen und Katastrophen jedweder Art mitwirken können.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis	11
I Hintergrund, Fragestellung(en) und Zielsetzung(en).....	13
II Methodisches Vorgehen	15
1. Forschungsdesign ökonomische Berechnungen	15
1.1 Personalaufwand pro Maßnahme	15
1.2 Sachaufwand pro Beschaffungsmaßnahme	19
1.3 Mikroebene: Fallbeispiele (Fallvignetten).....	20
1.4 Makroebene.....	21
2. Forschungsdesign Experteninterviews	21
2.1 Interviews – Planung und Umsetzung	21
2.2 Leitfadenkonstruktion	23
2.3 Forschungsethische Aspekte und Datenschutz	25
2.4 Allgemeine Hinweise zur Dokumentation der Interviews	26
2.5 Vorgehen bei der Auswertung mit MAXQDA	26
III Ergebnisse.....	29
1. Management der betrieblichen Katastrophenvorsorge	29
1.1 Ergebnisse der Experteninterviews	29
1.2 Exkurs: Krisenstab.....	30
2. Krisenkonzept (betrieblicher Katastrophenschutzplan).....	31
2.1 Ergebnisse der Experteninterviews	32
2.2 Kostenabschätzung Mikroebene	34
2.3 Kostenabschätzung Makroebene	35
3. Vorhaltung materieller Ressourcen.....	35
3.1 Notstromversorgung	35
3.2 Mitarbeiterschutz (Hygiene).....	36
3.3 Mitarbeiterschutz (Witterung)	37
3.3.1 Schlafsäcke (Luftmatratzen und Decken).....	37
3.3.2 Gummistiefel	38
3.3.3 Wechselkleidung und Beschäftigungsmaterialien.....	38
3.3.4 Teelichter.....	38
3.4 Lebensmittel- und Trinkwasservorrat	39
3.4.1 Mineralwasser	39
3.4.2 Grundvorrat Lebensmittel.....	39
3.4.3 Gaskocher inkl. Zubehör	40
3.5 Kommunikationsgeräte.....	41
3.5.1 Funkgeräte	41
3.5.2 Notfall-Radios	42
3.6 Medikamente und medizinisch-technische Gerätschaften.....	42
3.7 Transport, Transportsicherheit	43
3.7.1 Benzinkanister	43
3.7.2 Klappspaten	44
3.7.3 Schneeketten	45
3.8 Lagerung.....	45
3.8.1 Miete für Lagerungsräume	45
3.8.2 Notfallschrank.....	46
3.8.3 Lagerungsregale	47
4. Qualifizierung	47
4.1 Basisfortbildungen	47
4.1.1 Ergebnisse der Experteninterviews.....	47
4.1.2 Obligatorische Online-Fortbildung á 45 Minuten.....	49
4.1.3 Obligatorische Präsenz-Fortbildung á 90 Minuten.....	50

4.2	Qualifizierung der Funktionsträger*innen.....	51
4.2.1	Ergebnisse der Experteninterviews	51
4.2.2	Personalaufwand auf der Mikroebene	51
4.2.3	Kostenabschätzung Makroebene	52
5.	Personalaufwand für neue Routinen	52
5.1	Personalaufwand für die Patientenklassifikation (Notfallversorgungsplan)	52
5.1.1	Ergebnisse der Experteninterviews	53
5.1.2	Mikroebene	53
5.1.3	Makroebene	54
5.2	Personalaufwand für Materiallogistik und -verwaltung.....	54
5.2.1	Ergebnisse der Experteninterviews	54
5.2.2	Mikroebene	55
5.2.3	Makroebene	55
6.	Vernetzung und Absprachen	56
6.1	Teilnahme an kommunalen Katastrophenschutzveranstaltungen und -übungen.....	56
6.1.1	Ergebnisse der Experteninterviews	56
6.1.2	Personalaufwand auf der Mikroebene	57
6.1.3	Personalaufwand auf der Makroebene	57
6.2	Meldung von Ressourcen an die Kommune	58
6.2.1	Ergebnisse der Experteninterviews	58
6.2.2	Personalaufwand auf der Mikroebene	59
6.2.3	Personalaufwand auf der Makroebene	60
6.3	Zusatzaufwand für Vernetzung und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen	60
6.3.1	Ergebnisse der Experteninterviews	61
6.3.2	Personalaufwand auf der Mikroebene	61
6.3.3	Personalaufwand auf der Makroebene	62
7.	Krisenvorsorgeberatung.....	63
7.1	Ergebnisse der Experteninterviews.....	63
7.2	Personalaufwand für die Katastrophenvorsorgeberatung	64
8.	Berechnung des Gesamtaufwandes.....	65
8.1	Mikroebene.....	65
8.2	Makroebene	66
IV	Diskussion.....	69
1.	Re-Finanzierung.....	69
2.	Methodische Limitationen	71
V	Anhänge	73
1.	Literatur- und Quellenverzeichnis	73
2.	Rechtsquellenverzeichnis	76
3.	Erhebungsinstrumente.....	77
3.1	Anschreiben	77
3.1.1	Unpersönliche Version	77
3.1.2	Mail-Version für Teilnehmer an der ersten AUPIK-Erhebung 2020.....	78
3.1.3	Mail-Version für DRK-Pflegedienste	78
3.2	Interviewleitfaden – Experteninterviews mit Leitungspersonen in Pflegediensten	79
3.3	Hinweise zum Datenschutz.....	83
3.4	Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten für wissenschaftliche Zwecke.....	84
4.	Dokumentation der Experteninterviews	85
5.	Konstruktion der Fallvignetten	85
6.	Ermittlung des Personal- und Sachaufwandes.....	85
7.	Preisermittlungen diverser Artikel	85
8.	Hinweise zu den Autor*innen.....	89

Abkürzungsverzeichnis

bkk	Betriebskrankenkasse
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
freigem.	freigemeinnützig
GF	Geschäftsführung; Geschäftsführer:in
IGPW	Charité – Universitätsmedizin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
IT	Informationstechnik
IZEW	Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen
KatS	Katastrophenschutz
MA	Mitarbeiter*in (auch abgekürzt als Mitarb.)
MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI
PDL	Pflegedienstleitung
PfID	Pflegedienst
PFK	Pflegefachkraft
PK	Pflegekraft
QM	Qualitätsmanagement
QN	Qualitätsniveau
QPR	Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI
SGB	Sozialgesetzbuch
StatBA	Statistisches Bundesamt

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Forschungsdesign für die ökonomischen Berechnungen und Schätzungen	15
Abb. 2: Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse	26

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Regional übliches Entgeltniveau in Sachsen-Anhalt und Bayern.....	18
Tab. 2:	Personal nach Tätigkeitsbereich und Qualifikationsniveau in Sachsen-Anhalt und Bayern.....	19
Tab. 3:	Fallvignetten – Patient*innen sowie Personal nach Tätigkeitsbereich und Qualifikationsniveau.....	20
Tab. 4:	Informationen zu den Interviews, Interviewpartner*innen und zu den ambulanten Diensten.....	23
Tab. 5:	Kalk. Personalaufwand für die Erstellung des Krisenvorsorgekonzepts, Fallvignetten....	34
Tab. 6:	Kalk. Personalaufwand für die Erstellung des Krisenvorsorgekonzepts auf Makroebene.....	35
Tab. 7:	Sachausgaben für Mitarbeiterschutzhilfen (Hygiene), Fallbeispiele Mikroebene.....	37
Tab. 8:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für persönliche Hygiene á 5 €.....	37
Tab. 9:	Sachausgaben für Schlafsäcke (á 50 €), Fallbeispiele Mikroebene.....	37
Tab. 10:	Sachausgaben für Schlafsäcke (á 50 € pro MA), Makroebene.....	38
Tab. 11:	Sachausgaben für Gummistiefel (1 Paar á 40 € für rund ein Drittel der Beschäftigten), Fallbeispiele Mikroebene.....	38
Tab. 12:	Sachausgaben für Gummistiefel (1 Paar á 40 € für rund ein Drittel der Beschäftigten), Makroebene (Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5).....	38
Tab. 13:	Sachausgaben für Teelichter (5 Packungen á 5,50 € pro Pflegedienst), Fallbeispiele Mikroebene.....	39
Tab. 14:	Sachausgaben für Teelichter (5 Packungen á 5,50 € pro Pflegedienst), Makroebene....	39
Tab. 15:	Sachausgaben für Mineralwasser (18 Liter á 0,60 € pro MA), Fallbeispiele Mikroebene.....	39
Tab. 16:	Sachausgaben für Mineralwasser (18 Liter á 0,60 € pro MA), Makroebene.....	39
Tab. 17:	Sachausgaben für Lebensmittel (Ansatz 40 € pro MA), Fallbeispiele Mikroebene.....	40
Tab. 18:	Sachausgaben für Lebensmittel (Ansatz 40 € pro MA), Makroebene.....	40
Tab. 19:	Gaskocher inkl. Zubehör (50 € pro Pflegedienst), Fallbeispiele Mikroebene.....	40
Tab. 20:	Sachausgaben für Gaskocher inkl. Zubehör (50 € pro Pflegedienst), Makroebene.....	40
Tab. 21:	Sachausgaben für Funkgeräte, Fallbeispiele Mikroebene.....	41
Tab. 22:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Funkgeräte á 350 Euro.....	42
Tab. 23:	Sachausgaben für Notfallradios, Fallbeispiele Mikroebene.....	42
Tab. 24:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Notfallradios á 50 Euro.....	42
Tab. 25:	Sachausgaben für INR-Messgeräte inkl. Zubehör, Fallbeispiele Mikroebene.....	43
Tab. 26:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für INR-Messgeräte inkl. Zubehör.....	43
Tab. 27:	Sachausgaben für gefüllte 5-Liter-Benzinkanister á 39,50 Euro, Fallbeispiele Mikroebene.....	44
Tab. 28:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für gefüllte 5-Liter-Benzinkanister.....	44
Tab. 29:	Sachausgaben für Klappspaten á 25 €, Fallbeispiele Mikroebene.....	44
Tab. 30:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Klappspaten (5 € pro Dienst).....	45
Tab. 31:	Sachausgaben für Schneeketten á 40 €, Fallbeispiele Mikroebene.....	45
Tab. 32:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Schneeketten (5 € pro Dienst).....	45
Tab. 33:	Mietpreise für die Lagerung von Materialien in Magdeburg.....	46
Tab. 34:	Sachausgaben für Stahlschränke á 300 Euro, Fallbeispiele Mikroebene.....	46
Tab. 35:	Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Stahlschränke.....	46
Tab. 36:	Sachausgaben für „Kellerregal“, Fallbeispiele Mikroebene.....	47

Tab. 37: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für „Kellerregale“	47
Tab. 38: Fallvignetten: Kostenaufwand für obligatorische Online-Fortbildungen á 45 Minuten.....	49
Tab. 39: Obligatorische Online-Fortbildungen á 45 Minuten, Personalkostenaufwand auf Makroebene	49
Tab. 40: Fallvignetten - Kostenaufwand für obligatorische Präsenz-Fortbildungen á 90 Minuten..	50
Tab. 41: Kostenaufwand für obligatorische Präsenz-Fortbildungen á 90 Minuten, Makroebene ...	51
Tab. 42: Fallvignetten - Kostenaufwand für Qualifizierung von Multiplikator*innen	52
Tab. 43: Kostenaufwand Multiplikatorenqualifizierung, Makroebene.....	52
Tab. 44: Fallvignetten - Personalaufwand für die Patientenklassifikation	54
Tab. 45: Personalaufwand für die Patientenklassifikation, Makroebene	54
Tab. 46: Fallvignetten - Personalaufwand für die Materiallogistik und -verwaltung	55
Tab. 47: Personalaufwand für Materiallogistik und -verwaltung, Makroebene	55
Tab. 48: Kalk. Personalaufwand für Katastrophenschutzveranstaltungen und Übungen, Fallvignetten	57
Tab. 49: Kalk. Personalaufwand für Katastrophenschutzveranstaltungen und Übungen auf Makroebene	58
Tab. 50: Fallvignetten - Personalaufwand Ressourcenmeldungen	60
Tab. 51: Personalaufwand für die Patientenklassifikation, Makroebene	60
Tab. 52: Zeitaufwand für zusätzliche Networking-Aktivitäten pro Pflegedienst/Sozialraum	62
Tab. 53: Fallvignetten - Zusatzaufwand für Vernetzung und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen	62
Tab. 54: Zusatzaufwand für Vernetzung und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, Makroebene	63
Tab. 55: Mindestbedarf für die Beratung (pro beratungsbedürftiger Person/Familie).....	64
Tab. 56: Beratungsbedarf in Stunden auf der Makroebene	64
Tab. 57: Ausgaben für die pflegerische Katastrophenvorsorgeberatung, Makroebene	64
Tab. 58: Personalaufwand auf der Mikroebene	65
Tab. 59: Sachaufwand auf der Mikroebene	65
Tab. 60: Gesamtaufwand auf der Mikroebene	66
Tab. 61: Personalaufwand auf der Makroebene	66
Tab. 62: Sachaufwand auf der Makroebene	67
Tab. 63: Gesamtaufwand auf der Makroebene.....	67

I Hintergrund, Fragestellung(en) und Zielsetzung(en)

Das Risiko lokaler Starkregenfälle mit katastrophalen Überschwemmungen (wie 2021 im Ahrtal) hat als Folge des Klimawandels erkennbar zugenommen. Drastisch gestiegen ist auch die Gefahr eines mehrtägigen Stromausfalls aufgrund von Energieengpässen oder gezielter Cyberattacken im Zuge des neuen „kalten Krieges“, den Russland durch seinen Angriff auf die Ukraine am 24. Februar 2022 ausgelöst hat. Vor diesem Hintergrund stellt sich immer dringlicher die Frage, wie im Krisen-, Not- und Katastrophenfall eine angemessene Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gewährleistet werden kann, die dezentral in Privathaushalten oder Wohngemeinschaften betreut werden. Dieser Frage geht das Projekt AUPIK – Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen – nach. Ziel des Projekts ist es, die Resilienz ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisen und Katastrophensituationen zu stärken. Ein zentraler Ansatzpunkt ist dabei die Schnittstelle zwischen ambulanten Pflegediensten und Katastrophenschutzstrukturen.

Das AUPIK-Projekt wird unter der Konsortialleitung des Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen (IZEW) in Kooperation mit dem Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), sowie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Pflegewissenschaft durchgeführt. Konsortialpartner für die Semination der Forschungsergebnisse ist die Vincentz Network GmbH & Co.KG.

Das AUPIK-Gesamtprojekt besteht aus den vier nachfolgend aufgezählten Teilprojekten:

- **Teilprojekt 1 „Sicherheit, Recht und Ethik“**
IZEW – Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Univ. Tübingen
- **Teilprojekt 2 „Sicherheit und Katastrophenschutz“**
DRK – Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Berlin
- **Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“**
IGPW – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin
- **Teilprojekt 4 „Medienentwicklung, Information, Schulung“**
Vincentz Network GmbH & Co KG, Hannover

Aufbauend u. a. auf Befragungsergebnisse zum IST-Zustand (vgl. Lehmann et al., 2021) sowie auf Delphi-Runden, wurden im **Teilprojekt 3 „Sicherheit und Pflege“** acht Ansatzpunkte zur Vorbereitung auf den Krisenfall entwickelt (vgl. Ewers et al, 2022).

Diese acht Ansatzpunkte sind (vgl. ebd., S. 8 ff.):

1. Problemwahrnehmung und Risikobewusstsein stärken
2. Förderung der Katastrophenvorsorge auf organisatorischer Ebene
3. Vorausschauendes Ressourcenmanagement betreiben
4. Individuelle Disaster Literacy und Katastrophenvorsorge fördern
5. Bildungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen angehen
6. Sozialräumliche Perspektiven und lokale Vernetzung ausbauen
7. Komplexe Probleme mit spezifischen Konzepten und Kompetenzen beantworten
8. Begegnungsräume schaffen für Pflege, Rettungsdienste und Katastrophenschutz

Die von der Charité-IGPW-Forschungsgruppe entwickelten projektbezogenen Maßnahmen (Soll-Konzeption) sind für die partizipierenden Pflegeeinrichtungen teils mit Sach-, teils mit Personalaufwand verbunden; ihnen entstehen direkte und indirekte Kosten.

Hauptziel der vorliegenden, von der APOLLON Hochschule verantworteten pflegeökonomischen Machbarkeitsstudie ist die Ermittlung und Bewertung der Kosten, die den ambulanten Pflegediensten im Zuge der Umsetzung der AUPIK-Soll-Konzeption für die Katastrophenvorsorge entstehen. Auftragsgemäß liegt dabei der Fokus der Betrachtung auf den Personalkosten; es werden aber durchaus auch Aussagen zu Sachkosten getroffen (→ Kapitel III).

Derzeit ist weder die Re-Finanzierung von Personal- noch von Sachaufwendungen für Zwecke des Katastrophenschutzes gesichert. Obwohl der engere Auftrag des APOLLON-Teilprojekts auf der betrieblichen Ebene angesiedelt ist, werden auch makroökonomische Berechnungen vorgenommen, nicht zuletzt, um auf diese Weise eine Grundlage für die sich aufdrängende Frage nach der Re-Finanzierung zu schaffen.

II Methodisches Vorgehen

Die von der Charité-Forschungsgruppe entwickelte Soll-Konzeption selbst ist an der Schnittstelle von ziviler Sicherheitsforschung und Versorgungsforschung angesiedelt (vgl. Ewers et al., 2021, S. 13). Die vorliegende Machbarkeitsstudie ist als „pflegeökonomisch“ zu charakterisieren, da sie Wissen aus der Ökonomie mit Erkenntnissen der Pflegewissenschaft (vgl. Wessels, 2019) verknüpft. Die ökonomischen Berechnungen basieren teilweise auf Parametern, die durch Experteninterviews eruiert wurden.

1. Forschungsdesign ökonomische Berechnungen

Einen Überblick über das Forschungsdesign für die ökonomischen Berechnungen soll die nachstehende Abbildung 1 vermitteln. Die einzelnen Parameter bzw. Elemente werden in den nachfolgenden Unterkapiteln näher erläutert.

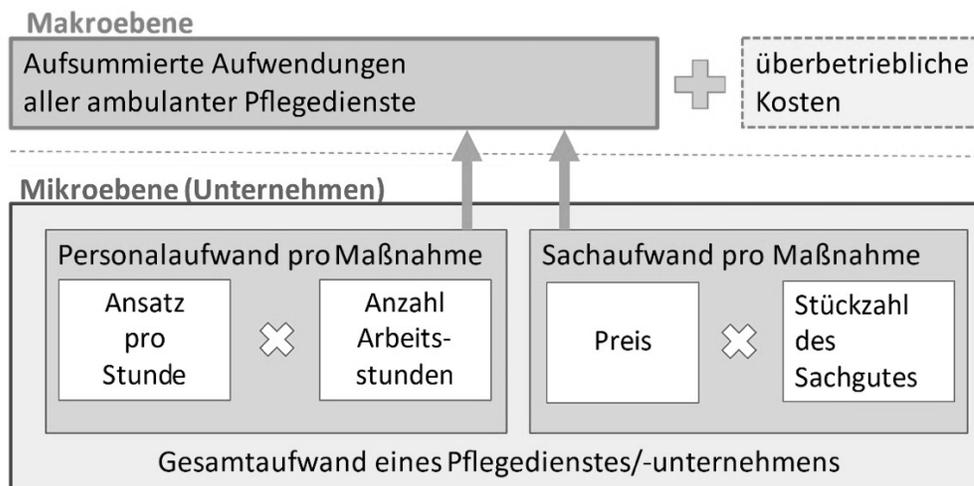


Abb. 1: Forschungsdesign für die ökonomischen Berechnungen und Schätzungen

1.1 Personalaufwand pro Maßnahme

Der Personalaufwand einer Katastrophenvorsorgemaßnahme errechnet sich grundsätzlich durch Multiplikation des Stundensatzes mit der Anzahl der als notwendig und/oder realistisch erachteten Arbeitsstunden.

Anzahl der Arbeitsstunden. Ausgangspunkt der Berechnungen sind die bisher vorliegenden Veröffentlichungen und Arbeitsunterlagen zur Soll-Konzeption. An- oder Vorgaben zur Arbeitsmenge (in Stunden) enthält die Soll-Konzeption allerdings keine. Ersatzweise stützt sich die vorliegende Studie auf eigene, genau zu diesem Zweck durchgeführte Experteninterviews (→ Kapitel 2). Allerdings konnten die Expert*innen nicht zu allen Aspekten befragt werden. Die Lücken musste der feld- und fachkundige Hauptverfasser mit seiner eigenen Expertise schließen.

Auch bei dem zweiten Parameter für die Berechnung des Personalaufwandes, dem **Ansatz pro Stunde**, konnte nicht auf Schätzungen verzichtet werden.

Auf den einschlägigen Veröffentlichungsplattformen der Pflegekassen (z. B. AOK-Pflegemonitor, bkk-Pflegefinder, oder vdek-Pflegelotse) waren im Erhebungszeitraum keine Preisangaben verfügbar. Selbst wenn die Preise, wie in der Vergangenheit, auf den besagten Plattformen abrufbar gewesen wären, hätte sich allerdings aus der Summe der Preise nicht einfach ein Durchschnittspreis errechnen lassen, der dann als durchschnittlicher Stundenansatz für die Kalkulation der Katastrophenvorsorgemaßnahmen hätte dienen können. Denn diese (in der Vergangenheit abrufbaren) Preise bezogen sich ausschließlich auf die Leistungen nach dem SGB XI. Ambulante Pflegedienste erbringen aber bekanntlich nicht nur Leistungen nach dem SGB XI, sondern auch nach den Sozialgesetzbüchern V und XII sowie frei kalkulierte Privatzahlungsleistungen (vgl. Heiber, 2017, 2020). Aus diesem Grunde spielt in den Vergütungsverhandlungen für die ambulante Pflege der externe Preisvergleich mit anderen Pflegeeinrichtungen gemäß § 84 Abs. 2 Satz 9 SGB XI (vgl.

Schütze, 2018, RN 35, S. 606) nur eine geringe Rolle – anders als in den Vergütungsverhandlungen für die vollstationäre Pflege.

Die Verhandlungsexpert*innen der AOK für die Pflegevergütungen wenden zur ersten überschlägigen Kalkulation des Stundensatzes folgende **Faustformel** an:

1. Die Gesamtkosten der Pflegeeinrichtungen werden durch die Gesamtheit aller Stellen dividiert; dabei wird nicht nach Qualifikation differenziert.
2. Die Kosten pro Stelle werden dann durch 1.560 Stunden dividiert.¹

Die Anwendung dieser Faustformel setzt allerdings sowohl die Kenntnis der Gesamtkosten als auch der Stellenanzahl einer Pflegeeinrichtung voraus. Sie ist von daher für die hiesigen Zwecke *ungeeignet*.

Mangels besserer Alternativen wird daher auf eine eigene **Faustformel** abgestellt. Diese wurde über die Leitung des Geschäftsbereich Pflege der AOK Sachsen-Anhalt, den dortigen Verhandlungsexpert*innen für die Pflegevergütungen, zur Kenntnis gebracht und von diesen nicht zurückgewiesen.² Die AOK Sachsen-Anhalt ist für 864 Pflegeeinrichtungen von gesamt 1.491 Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt nach dem Federführungsprinzip verantwortlich ist (vgl. Müller 2022, S. 2).

Die nachstehend erläuterte **Faustformel** greift einen Ansatz auf, der von Block in seinem Lehrbuch zur Betriebswirtschaft für Pflegedienstbetreiber entwickelt wurde (vgl. Block, 2007, S. 92). Ausgangspunkt unserer Faustformel ist die Grundvergütung, also das Arbeitnehmerbruttoentgelt ohne variable pflegetypische Zuschläge. Dieser Ausgangspunkt bietet sich an, weil hierfür in Gestalt der sog. *regionalen Entgelthöhen* validierte Daten vorliegen (zwar nicht für alle Beschäftigungsgruppen eines ambulanten Pflegedienstes, so immerhin für diejenigen, die Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen, vgl. AOK-Bundesverband, 2022).

Faustformel:

1. **Arbeitnehmerbruttoentgelt** ohne variable pflegetypische Zuschläge.
2. **50%-Aufschlag** für Arbeitgeberleistungen zugunsten des leistungserbringenden Personals (Beschäftigte aus den Bereichen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft). In diesem ersten Aufschlag enthalten sind:

- Die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung

7,300 %	Krankenversicherung
0,800 %	Zusatzbetrag Durchschnitt 1,3 ./ 2
1,525 %	Pflegeversicherung
9,300 %	Rentenversicherung
1,300 %	Arbeitslosenversicherung
1,600 %	Unfallversicherung
3,000 %	U1 - Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (AOK Sachsen-Anhalt, 50% Erstattung)
0,320 %	U2 - Mutterschaftsaufwendungen
0,060 %	U3 - Insolvenzumlage
25,205 %	

- Zulagen für Samstags-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit, Schicht- und Wechsel-
scharbeit, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft, Flexibilitätszuschlag
- Weihnachtsgratifikation und/oder Urlaubsgeld, Sonderzahlungen

¹ Lt. Auskunft Britta Müller, Leiterin Geschäftsbereich Pflege der AOK Sachsen-Anhalt, E-Mail-Antwort auf eine E-Mail-Anfrage vom 26.10.2022.

² Ebd.

- Betriebliche Altersvorsorge und/oder Vermögensbildung
- Fahrtkostenzuschüsse, Job-Ticket u.a.m.
- Fortbildungskosten
- Betriebsärztlicher Dienst u.a.m.

3. **100%-Aufschlag für alle sonstigen Aufwendungen**

Enthalten in diesem zweiten Aufschlag sind die Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung, insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung, IT-Kosten, Fuhrpark einschließlich der dazugehörigen Sachkosten, Versicherungen, Aufwendungen für Fremddienstleistungen, ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sowie eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals.

Außerdem enthalten ist der Personaloverhead für angestellte Geschäftsführung, für pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrparkmanagement.

Die **Faustformel** kann ohne weitere Hilfsannahmen zur Personalkostenermittlung solcher Katastrophenvorsorgemaßnahmen verwendet werden, die (wie z. B. die Basisfortbildungen → Kapitel III.4.1) ausschließlich oder jedenfalls zum allergrößten Teil auf das leistungserbringende Personal abstellen. Logisch nicht anwendbar ist die Faustformel zur Bepreisung von Maßnahmen die ausschließlich oder vor allem von Leitungs-, Qualitätsmanagement- und Verwaltungskräften durchgeführt werden sollen, wie z.B. die Erstellung eines Katastrophenvorsorgekonzeptes (→ Kapitel III.2).

Wie schon erwähnt, wird hinsichtlich der **Personalkosten pro Stunde** abgestellt auf die regional üblichen Entgeltniveaus für das Pflege- und Betreuungspersonal (gemäß § 3 Pflegevergütungsrichtlinien, GKV-Spitzenverband, 2022). Nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen können der seit dem 1. September 2022 bestehenden gesetzlichen Verpflichtung zur Zahlung mindestens örtlicher Vergütungen Genüge tun, indem sie ihr Pflegepersonal mindestens in der Höhe des regional üblichen Entlohnungsniveaus (Mittelwerte) sowie des regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge entlohnen (vgl. § 72 Abs. 3b SGB XI). In Sachsen-Anhalt hat sich die Mehrzahl der Pflegedienste (59%) für diese Entlohnungsform entschieden (vgl. Müller 2022, S. 2).

Dabei wird zwischen drei *Qualifikationsniveaus (QN)* unterschieden (vgl. § 4 Pflegevergütungsrichtlinien, GKV-Spitzenverband, 2022):³

- Zur *Beschäftigtengruppe A* (= QN A) zählen alle Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige einschlägige Berufsausbildung (= QN 1 und QN 2 nach Deutschen Qualifikationsrahmens, vgl. DQR, 2022)
- Zur *Beschäftigtengruppe B* (= QN B) zählen alle Personen, die eine mindestens einjährige Pflegehelferausbildung in der Altenpflege, der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege absolviert haben (= QN 3 nach dem Deutschen Qualifikationsrahmens, vgl. Arbeits- und Sozialministerkonferenz, 2012)
- Zur *Beschäftigtengruppe C* (= QN C) zählen alle dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte (= QN 4 und höher nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen, DQR, 2022)

Das Entgeltniveau wird in der Regel für jeweils ein Bundesland ermittelt. In der nachstehenden Tabelle sind die Entgeltniveaus aus Sachsen-Anhalt und Bayern dargestellt.

³ Diese Differenzierung entspricht weitgehend derjenigen, die ab 1. Juni 2023 zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI verwendet werden soll (vgl. Rothgang et al, 2020, S. 95 ff.).

Tab. 1: Regional übliches Entgeltniveau in Sachsen-Anhalt und Bayern
(Quelle AOK-Bundesverband, 2022, Stand 28.11.2022)

	Sachsen-Anhalt	Bayern
QN A - Pflegekraft < 1 Jahr Ausbildung	15,01	17,00
QN B - Pflegehilfskraft ≥ 1 Jahr Ausbildung	16,35	19,03
QN C - Pflegefachkraft	19,52	23,20

Angaben in Euro pro Stunde

Nicht für alle Personengruppen, die in der ambulanten Pflege beschäftigt sind, liegen regional üblichen Entgeltniveaus vor; ausgenommen sind Hauswirtschaftskräfte, Geschäftsführung, Verwaltung und Sonstige (z.B. Qualitätsmanagement). Für diese Personengruppen wird hier aus pragmatischen Gründen mit folgenden Annahmen gearbeitet:

- **Hauswirtschaftskräfte:** Angenommen wird, dass das Arbeitnehmerbruttoentgelt einer Hauswirtschaftskraft im Durchschnitt auf dem regional üblichen Entgeltniveau von QN A (Pflegekraft < 1 Jahr Ausbildung) liegt. Begründung: Hauswirtschaftliche Leistungen werden teilweise auch von Pflegekräften erbracht. Insbesondere bei Betreuungsleistungen, die von Pflegekräften mit QN A erbracht werden, findet keine klare Trennung statt (sogar von Pflegefachkräften werden kürzere hauswirtschaftliche Verrichtungen erbracht, denn bei einer längeren Wegezeit wäre der Einsatz einer zweiten Person, die ausschließlich hauswirtschaftliche Leistungen erbringt, nicht wirtschaftlich). Tendenziell liegt der Verdienst der Hauswirtschaftskräfte allerdings unter dem Verdienst einer Pflegekraft.
- **Leitungs-, QM- und Verwaltungskräfte** werden in einer Gruppe zusammengefasst. Insgesamt wird dann bei dieser Gruppe mit dem Stundensatz einer Pflegefachkraft (QN C) gerechnet. Eine Leitungskraft verdient sicherlich mehr (in der Regel sogar deutlich mehr), Büroangestellte hingegen weniger.

Wie schon erläutert: Der Personalaufwand einer Katastrophenvorsorgemaßnahme errechnet sich grundsätzlich durch Multiplikation des Stundensatzes mit der Anzahl der als notwendig und/oder realistisch erachteten Arbeitsstunden.

Wie eben gezeigt, muss hinsichtlich des ersten Faktors, des Stundensatzes teilweise mit Annahmen gearbeitet werden. Ebenso ist es bei dem zweiten Faktor, der Mengenkompone

ntente. So ist zwar grundsätzlich bekannt, wie viele Pflegefachkräfte (Altenpfleger*innen etc.) bzw. Pflegehilfskräfte (Altenpflegehelfer*innen etc.) in Pflegediensten beschäftigt sind (vgl. Tab. 2). Unbekannt ist, wie viele Personen entsprechend ihrer Qualifikation in der körperbezogenen Pflege und Betreuung tatsächlich eingesetzt werden. Hier wird davon ausgegangen (vgl. Lfd. Nr. 9 und 10 in Tab. 2), dass alle Pflegefachkräfte und einjährigen Pflegehilfskräfte entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt sind, also in der körperbezogenen Pflege und in der Betreuung (und nicht etwa in der Verwaltung oder Hauswirtschaft) – bzw. Pflegefachkräfte auch als PDL/verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des § 71 Abs. 3 SGB XI (vgl. Lfd. Nr. 15 in Tab. 2). Diese Annahme stellt bei aller Plausibilität doch eine Vereinfachung dar.

Tab. 2: Personal nach Tätigkeitsbereich und Qualifikationsniveau in Sachsen-Anhalt und Bayern

(Quelle für Angaben aus 2021: Destatis, 2022b, Tab. 1.7) Quellen für Angaben aus 2019: Deutschland: Destatis, 2020, S. 26 f. | Sachsen-Anhalt - Statistisches Landesamt (2021, S. 21) | Bayerisches Landesamt für Statistik (2021, S.28)

Lfd. Nr.	Qualifikation	Deutschland		Sachsen-Anhalt		Bayern	
		2021	2019	2021	2019	2021	2019
1	staatl. anerkannt. Altenpfleger/in	101.534	98.976	?	4.602	?	13.137
2	Staatl. anerker. Altenpflegehelfer/in	22.167	21.831	?	1.221	?	2.867
3	Pflegefachfrau/-mann	1.413	o. A.	?	o. A.		o. A.
4	Gesundheit- u. Krankenpfleger/in	73.786	78.129	?	1.975	?	14.322
5	Krankenpflegehelfer/in	14.394	14.822	?	263	?	2.207
6	Gesundheit- u. <i>Kinder</i> krankenpfleger/in	6.520	7.056	?	198	?	1.359
7	Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in	1.356	1.405	?	51	?	155
8	QN A [Lfd. Nr. 11 - (Nr.9 + Nr. 10)]	119.034	102.508	2.537		8.447	
9	QN B [Lfd. Nr. 2 + 4]	36.561	36.653	1.484		5.074	
10	QN C (ohne PDL) [Lfd. Nr. 1 + 3 + 5 +7 -15]	163.332	165.186	6.775		28.818	
11	„Pflege“ Summe [Lfd. Nr. 12 + 13]	318.927	304.347	11.628	10.796	42.339	42.339
12	Tätigkeitsbereich körperbezogene Pflege	299.905	285.868	11.076	10.276	39.373	39.922
13	Tätigkeitsbereich Betreuung	19.022	18.479	552	520	2.709	2.417
14	Haushaltsführung	59.345	56.267	1.379	1.159	6.521	6.372
15	„Overhead“ [Lfd. Nr. 16 bis 18]	64.588	60.936	2.169	1.963	8.089	7.455
16	Pflegedienstleitung (PDL)	21.277	20.380	895	859	2.720	2.716
17	Verwaltung, GF	22.017	19.913	709	611	2.834	2.679
18	Sonstige Bereiche	21.294	20.643	565	493	2.535	2.060
	Personal insgesamt	442.860	421.550	15.176	13.918	56.992	56.166

Eine zweite Fehlerquelle weist die Berechnung der (unbekannten) Anzahl der Beschäftigten mit Qualitätsniveau (QN) 8 in Zeile Lfd. Nr. 8 in Abb. 2 auf. Ermittelt wird diese Anzahl hier wie folgt: Summe aller Beschäftigten in Pflege und Betreuung (Lfd. Nr. 12 und 13) abzüglich Summe der Beschäftigten mit QN B oder QN C (Lfd. Nr. 9 und 10). Bezogen auf Deutschland liegen aktuelle Daten für diese Berechnung vor. (Erhebungszeitpunkt 15.12.2021, vgl. Destatis, 2022a, Tab. 2.5 bzw. Destatis (o.J./2023, 22411-0014). Nicht so allerdings für Bayern und Sachsen. Hier existieren zwar aktuelle Daten (Stichtag (15.12.2021), die jüngsten verfügbare Angaben zur Personalqualifikation in Bayern und Sachsen-Anhalt (Lfd. Nr. 12 und 13) datieren aber aus dem Jahr 2019.

Wir haben uns entschlossen, die jeweils aktuellen Daten zu verwenden, also Daten aus zwei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten. Dies wirkt sich dergestalt aus, dass der gesamte Personalzuwachs zwischen 2019 und 2021 hier dem Qualitätsniveau A zugeordnet wird. Das ist einerseits offensichtlich unrichtig, allerdings zugleich auch ein Korrektiv für die oben beschriebene erste Annahme, dass alle Pflegefachkräfte und einjährigen Pflegehilfskräfte entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt würden. Da die fehlerhaften Auswirkungen der beiden Annahmen gegenläufig sind, egalisieren sie sich tendenziell.

Bei aller Unschärfe der hier verwendeten Angaben reicht der Genauigkeitsgrad aus, um die Katastrophenschutzauflagen annäherungsweise zu ermitteln.

1.2 Sachaufwand pro Beschaffungsmaßnahme

Die Soll-Konzeption schlägt die Bevorratung einer Reihe von Materialien vor; siehe insbesondere die „Material-Liste für Büro und Dienstwagen“ (Lessinnes et al., 2022b, S. 23f.). Der Sachaufwand pro Beschaffungsmaßnahme bzw. ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation von Preis und benötigter Stückzahl pro Material/Sachgut bzw. Materialgruppe.

Zur benötigten **Stückzahl** sind der Soll-Konzeption nur wenige Anhaltspunkte zu entnehmen, etwa der Hinweis, dass die zu lagernde Trinkwassermenge mindestens 5 Liter pro Mitarbeiter*in umfas-

sen sollte (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Da die knapp bemessene Interviewzeit in den Experteninterviews für entsprechende Fragen nicht ausgereicht hätte, erfolgt eine tentative Schätzung, die dem Grundsatz folgt, im Zweifel eher zu niedrig zu liegen als zu hoch.

Zweck der **Preisrecherchen** war es, eine ungefähre Vorstellung zum Ausgabenvolumen zu entwickeln. Es ging nicht darum, das für die jeweilige Produktgruppe beste Produkt im Sinne des Preis-Leistungsverhältnisses zu identifizieren. Auch angesichts der großen Unschärfen hinsichtlich der Stückzahl wäre es nicht verhältnismäßig gewesen, die **Preise** für die diversen Materialien umfassend zu ermitteln. Von daher wurde es als ausreichend angesehen, zu jedem Produkt zwei bis fünf Preise einzuholen (vgl. → Anhang 10).

1.3 Mikroebene: Fallbeispiele (Fallvignetten)

Genauso einzigartig wie jeder Pflegedienst, so spezifisch ist auch der Kostenaufwand, der ihm im Zuge der Umsetzung der SOLL-Konzeption zur Katastrophenvorsorge entsteht. Wenn hier aus Gründen der Praktikabilität lediglich auf drei Fallvignetten abgestellt wird, stellt das insofern eine starke Vereinfachung dar. Die konstruierten Fallbeispiele bilden immerhin drei typische Merkmalskombinationen ab, und können insoweit zur Veranschaulichung dienen.

Fallvignetten:

- A Inhabergeführter „kleiner“ privater Pflegedienst ohne Zweigstellen und ohne inhaltliche Spezialisierung
- B Auf häusliche Intensivpflege spezialisiertes, überregional agierendes privates Pflegeunternehmen, mit mehr als einem Pflegedienst im Portfolio (im Fallbeispiel: 10 Pflegedienste)
- C Pflegedienstabteilung eines „großen“ freigemeinnützige Trägers, unter dessen Dach noch weitere Dienste, Einrichtungen und Sparten untergebracht sind.

Diese noch eher grobe Charakterisierung der Fallvignetten wird in einem zweiten Schritt bezüglich der Merkmale Anzahl und Qualifikation des Personals weiter konkretisiert.

Tab. 3: Fallvignetten – Patient*innen sowie Personal nach Tätigkeitsbereich und Qualifikationsniveau

	Fallvignette A		Fallvignette B		Fallvignette C	
Anzahl Patient*innen	100		7		500	
Mitarbeiter*innen	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	22	100%	29	100%	150	100%
QN A – Pflegekraft	4	18,2%			37	24,7%
QN B – Pflegehilfskraft	2	9,1%			13	8,7%
QN C – PFK (ohne PDL)	11	50,0%	21	72,4%	58	38,7%
Haushaltsführung	2	9,1%	4	13,8%	20	13,3%
GF, PDL, Verwaltung, sonst.	3	13,6%	4	13,8%	22	14,7%
10 Pflegedienste			300	100%		
QN A – Pflegekraft						
QN B – Pflegehilfskraft						
QN C – PFK (ohne PDL)			210	70,0%		
Haushaltsführung			40	13,3%		
GF, PDL, Verwaltung, sonst.			50	16,7%		

Die prozentuale Verteilung der verschiedenen Personalgruppen beim Pflegedienst C (vgl. Tab. 3), entspricht der durchschnittlichen Verteilung dieser Gruppen in Deutschland. Abweichungen von dieser Durchschnittsverteilung resultieren beim Pflegedienst A aus dessen geringer Größe und beim Pflegeunternehmen B aus dessen Spezialisierung auf die häusliche Intensivpflege (s. ausführlicher dazu Anlage 8).

1.4 Makroebene

Soweit möglich werden sowohl der sich aus der Soll-Konzeption ableitbare Personalaufwand als auch der Sachaufwand auf der Makroebene überschlägig berechnet. Auch wenn derzeit keineswegs feststeht, wer (Kranken- und Pflegekassen, Bund, Land, Kommunen) welche Kosten übernimmt, ob überhaupt und wenn ja, soll eine Diskussionsgrundlage geschaffen werden

Makroebene meint hier zunächst einmal das Bundesland Sachsen-Anhalt, in welchem die Modellregion Magdeburg liegt. Da allerdings das Entgeltniveau in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu anderen Bundesländern am untersten Ende der Skala angesiedelt ist (vgl. AOK-Bundesverband, 2022), werden zusätzlich auch die Werte für Bayern berechnet.

Das regionale Entgeltniveau in Bayern ist das zweithöchste in Deutschland. Noch höher ist nur das Entgeltniveau in Baden-Württemberg (vgl. ebd.). Baden-Württemberg als Vergleich heranzuziehen war nicht möglich, da für Baden-Württemberg keine Landesstatistik zur Anzahl der in Pflegediensten beschäftigten Personen mit einem bestimmten Qualifikationsniveau (vgl. Baden-Württemberg – Statistisches Landesamt, 2021) vorliegt.⁴

Durchgeführt werden die Berechnungen nicht nur für die Bundesländer Sachsen-Anhalt und Bayern, sondern auch für Deutschland. Allerdings ist für diese Operation ein weiterer Schätzwert notwendig. Denn Daten zum durchschnittlichen Entgeltniveau liegen, wie eigentlich die Bezeichnung „regionales Entgeltniveau“ schon aussagt, nicht für den Bund vor. Die insoweit existierende Leerstelle wird hier dadurch geschlossen; dass der arithmetische Mittelwert zwischen den Entgeltneiveaus der 16 Bundesländer gebildet wird.

2. Forschungsdesign Experteninterviews

Das Forschungsdesign beinhaltet im Kern leitfadengestützte Experteninterviews. Dabei wurden die befragten Personen in Anlehnung an Meuser & Nagel (1991) als Funktionsträger*innen begriffen.

2.1 Interviews – Planung und Umsetzung

Zielgruppe für die Experteninterviews war derselbe Personenkreis, der bereits 2020 von einer Charité-IGPW-Forschungsgruppe befragt worden war, also Geschäftsführer*innen und andere Leitungspersonen aus Pflegediensten (vgl. Lehmann et al, 2022). In Erfüllung eines Gütekriteriums für qualitative Interviews (vgl. Steinke, nach Döring & Bortz, 2016, S. 113) wurde analog zu Lehmann et al (2022, S.22) eine Fallkontrastierung angestrebt; und zwar wie folgt:

- Pflegedienste in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege und der Privatwirtschaft
- Pflegedienste mit Standardangebot und Spezialanbieter für Intensivversorgung
- Pflegedienste in der Stadt Magdeburg und im ländlichen Raum
- Pflegedienste unterschiedlicher Größe

Dabei war von einem schwierigen Zugang zum Untersuchungsfeld auszugehen. In der ersten Erhebungswelle 2020 konnte die angepeilte Mindestteilnahme von acht Leitungspersonen nur mit „erheblichen Anstrengungen“ rekrutiert werden (vgl. Lehmann et al. 2021, S. 22). Als ein zentraler Grund hierfür wurde von Lehmann et al. der Ausbruch der Covid-19-Pandemie gesehen, der mit starken Belastungen der potenziellen Interviewpartner*innen verbunden gewesen ist (vgl. ebd.).

Zwar hatte die Corona-Pandemie bei der Planung der Untersuchung, den Schrecken des Erstausbruchs verloren, aber es war damit zu rechnen, dass im vorgesehenen Untersuchungszeitraum (September 2022) die krankheits- bzw. quarantänebedingten Ausfallraten erneut anziehen würden. Zudem war zum 1. September 2022 das „Tariftreuegesetz“ GVWG mit allen Konsequenzen von den Pflegediensten umzusetzen. Von daher musste mit einer ähnlichen herausfordernden Rekrutierung wie 2020 gerechnet werden. Angestrebt wurde eine Anzahl von zehn Interviews (best case).

⁴ Da das Statistische Bundesamt Statistiken zum Qualifikationsniveau in seinem Bundesvergleich nicht standardmäßig bereitgestellt hat (vgl. StatBA, 2020b), enthalten auch die meisten Landesstatistiken nicht die entsprechenden Informationen (vgl. z.B. Mecklenburg-Vorpommern – Statistisches Amt 2020; Information und Technik NRW, Statistisches Landesamt, 2021; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021).

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, dass der absehbar schwierige Zugang zum Untersuchungsfeld ein wesentliches Argument für die Grundsatzentscheidung zugunsten qualitativer Experteninterviews gewesen ist und die Alternative einer schriftlichen Befragung zu verwerfen. Nach den im Vorfeld gemachten Erfahrungen erschien das Erreichen einer ausreichend großen Rücklaufquote in der Stichprobe ausgeschlossen.

Als wichtiger Motivator und damit Erfolgsfaktor für eine erfolgreiche Rekrutierung wurde die Wertschätzung als Expertin bzw. Experte identifiziert. Diese Wertschätzung sollte nicht nur im Anschreiben ausgedrückt werden, sondern sollte sich in der gesamten Kommunikation widerspiegeln. Zur Wertschätzung gehörte auch, dass den Adressatinnen und Adressaten grundsätzlich mehrere Kanäle angeboten wurden. Als Regelfall wurde eine Videokonferenz (per Zoom) offeriert, angeboten wurde aber auch die Optionen „Persönlicher Besuch vor Ort“ (Magdeburg) sowie Telefoninterview. Die Videointerviewmethode wurde als Regelfall gewählt, weil sie hinsichtlich der Punkte Beziehung und Aufwand den günstigsten Kompromiss darstellte.

Honorare für die Interviewteilnahme waren zunächst nicht vorgesehen, wurden aber als Möglichkeit für den Fall in Reserve gehalten, dass am Ende der ersten Rekrutierungswoche weniger als zehn Interviews fest vereinbart sein sollten. Ausgelobt werden sollte in diesem Fall ein Honorar in Höhe von 60 Euro.

Grundlage der Rekrutierung war eine Liste mit Kontaktdaten von 151 ambulanten Pflegediensten in Magdeburg und den drei angrenzenden Landkreisen (Landkreise Börde, Salzlandkreis und Jerichower Land), die dem APOLLON-Forschungsteam von der Charité-IGPW-Forschungsgruppe zur Verfügung gestellt wurde. Die Kontaktdaten auf dieser Liste wurden in einem ersten Schritt durch Besuche der Homepages der Pflegedienstanbieter verifiziert und ggfs. aktualisiert. Weitere Pflegedienste wurden über die Postleitzahlensuche der Datenbank *bkk-Pflegefinder* gesucht. Das Ergebnis dieser Recherche war eine validierte Liste mit 140 Kontaktdaten.

Alle Pflegedienste erhielten am 21.08.2022 eine E-Mail, mit Informationen zur Befragung und der Bitte um Teilnahme. Nach Möglichkeit war diese E-Mail personalisiert (Ansprechpartner*in) und bezog spezifische Informationen zum jeweiligen Pflegedienst ein (vgl. Anhang, 6.1).

Am 26.08.2022 folgte eine Erinnerungsmail. Da zu diesem Zeitpunkt erst vier Interviews vereinbart waren (und damit deutlich weniger als die angestrebte Anzahl von zehn Interviews), wurde in dieser zweiten Mail die Aufwandsentschädigung von 60 Euro für das Interview in Aussicht gestellt. Außerdem wurde dieser zweiten Mail die inzwischen vorliegende Soll-Konzeption der Charité-IGPW-Forschungsgruppe (Broschüre im pdf-Format) als Anlage angehängt.

Unmittelbar nach dem Versand der ersten E-Mail-Welle begann eine Telefonkampagne, in deren Fokus zum einen die DRK-Pflegedienste standen, zum anderen jene Pflegedienste, die bereits 2020 an der Befragung durch die Charité-IGPW-Forschungsgruppe teilgenommen hatten. Insgesamt wurden 31 Pflegedienste telefonisch kontaktiert, im Regelfall mehrfach.

Aufgrund der E-Mails allein erklärte nur ein einziger Pflegedienstanbieter seine Bereitschaft zur Teilnahme. Erfolgreicher war die Telefonkampagne, wenngleich, wie schon 2020, die meisten Adressaten ein Interview unter Verweis auf ihre große Arbeitsbelastung ablehnten. Zur Illustration ein Auszug aus dem Rekrutierungsprotokoll mit einem Pflegedienst, der an der ersten Erhebungswelle noch teilgenommen hatte.

21.08: Personalisierte Mail | 22.08, 11:30: Anruf, Ansprechpartner nicht erreicht, Bürokräft über Anliegen informiert. Wiederholungsanruf für den Folgetag verabredet

22.08, 15:45 E-Mail „*Wir haben absolut kein Interesse und vor allen Dingen keine Zeit für das Interview. Sie haben offenbar keinen blassen Schimmer, was hier los ist!!! Wir flicken hier nur Löcher im Dienstplan und ärgern uns mit den Kassen ab. Bitte nehmen Sie Abstand uns noch einmal schriftlich oder per Telefon zu kontaktieren.*“ (Adressat 005)

Drei Interviews kamen trotz anfänglicher Bereitschaft letzten Endes doch nicht zustande; darunter die beiden Interviews, die mit Pflegediensten in Trägerschaft des DRK vereinbart waren. In einem Fall wurde ein bereits terminierter Interviewtermin mit einer PDL kurzfristig wegen Arbeitsüberlastung abgesagt.

Mit erheblichem Einsatz konnten neun Personen aus acht Pflegediensten (PD) interviewt werden. Aus Pflegedienst 03 wurden sowohl der Geschäftsführer als auch eine bereits in die Thematik eingearbeitete Pflegefachkraft interviewt.

Tab. 4: Informationen zu den Interviews, Interviewpartner*innen und zu den ambulanten Diensten

PD	Funktion	m/w (d)	Trägerschaft	Anzahl Betreute Personen	Lage: Stadt / Land	Intensivversorgung	WG / Service-Wohnen	Interview-Dauer in Min.
01	GF	m	privat	26-50	S/L	ja	nein	39:49
02	zentr. QM	f	privat	> 100	S/L	Ja	ja	46:03
03	GF	m	privat	26-50	L	ja	nein	36:15
	PFK	m						45:55
04	GF	f	freigem.	> 100	S	nein	nein	36:15
05	GF	m	privat	>100	S/L	(nein)	ja	43:42
06	GF/PDL	f	privat	50-100	L	nein	nein	44:13
07	GF	m	freigem.	>100	S	nein	nein	1:05:42
08	GF	m	privat	26-40	S	nein	nein	31:11

Ein mit der Geschäftsführerin von Pflegedienst 04 geführtes Interview konnte aufgrund technischer Probleme nicht aufgezeichnet werden. Es wurde ein Erinnerungsprotokoll angefertigt, welches durch schriftliche Antworten der Interviewpartnerin, auf einige der Fragen, ergänzt wurde. Außerdem ergab sich zusätzlich noch die Möglichkeit mit ihr in Magdeburg, im Kontext des AUIPK-Workshops am 05. Oktober 2022, noch einmal ein Interview zu führen (gemeinsam mit dem Geschäftsführer und einer Pflegefachkraft von Pflegedienst 03).

Die in Magdeburg geführten Gespräche entsprechen methodisch allerdings keiner „reinen“ Lehre. Die geplante Gruppendiskussion konnte aufgrund der geringen Personenzahl nicht realisiert werden. Die im Vorfeld geführten Interviews konnten jedoch vertieft und vereinzelnde Aspekte beleuchtet werden. Das Gespräch wurde aufgezeichnet und konnte somit im Anschluss, wie bereits die Online-Interviews mit MAXQDA transkribiert und ausgewertet werden.

2.2 Leitfadiskonstruktion

Der im Anhang 1 vorgestellte Interviewleitfaden basiert inhaltlich auf der Soll-Konzeption der Charité-IGPW-Forschungsgruppe methodisch vor allem auf den Empfehlungen von Gläser & Laudel (2004, S. 138 ff.).

Eine inhaltliche Herausforderung bei der Konzeption der Experteninterviews bestand darin, dass die Interviewpartner*innen zu einem von der Charité-IGPW-Forschungsgruppe entwickelten Maßnahmenbündel Stellung beziehen sollten, ohne mit diesem bereits vertraut zu sein. Absehbar war in jedem Fall, dass die Maßnahmen in hohem Maße erläuterungsbedürftig und die Fragen komplex sein würden. Dies wiederum war – neben den bereits erwähnten, absehbaren Zugangsproblemen zum Untersuchungsfeld (vgl. 2.1) – das zweite zentrale Argument für die Grundsatzentscheidung keine schriftliche Befragung durchzuführen.

Die Grundfassung des Leitfadens basierte auf der Ende August 2022 veröffentlichten Broschüre der Charité-IGPW-Forschungsgruppe (Ewers et al., 2022); diese ist der APOLLON-Forschungsgruppe einem Monat vor der Veröffentlichung bekannt gewesen. Das in der Broschüre dargestellte Maßnahmenbündel wurde parallel zur Erhebungsphase von der Charité-IGPW-Forschungsgruppe weiter konkretisiert. Am 05. Oktober 2022 wurden im Rahmen eines Workshops in Magdeburg Entwurfsskizzen für einen betrieblichen Katastrophenschutzplan und ein darauf basierendes Toolkit vorgestellt (vgl. Lessinnes et al., 2022a, 2022b). Auf Basis dieser neuen Informationen sowie der zwischenzeitlich bereits durchgeführten Interviews wurde der Interviewleitfaden noch einmal überarbeitet.

Die Broschüre der Charité-IGPW-Forschungsgruppe (Ewers et al., 2022) wurde im Vorfeld des Interviews verschickt. Allerdings konnte von den Interviewpartner*innen das Studium dieser recht umfangreichen Broschüre nicht unbedingt erwartet, keinesfalls verlangt werden. Von daher er-

schien es geboten, viele Fragen an die Expert*innen erst durch Hintergrundinformationen einzuleiten. Dadurch war absehbar, dass der Redeanteil der Interviewer*innen höher sein würde als bei Experteninterviews üblich.

Der Leitfaden wurde als Kombination aus gesprächsstimulierenden Sequenzen und vorwiegend dirigistischen Sequenzen (Nachfragen) konzipiert. Nach Begrüßung etc. sollte das eigentliche Interview mit folgendem narrativen Erzählimpuls beginnen: „Erzählen Sie bitte, inwieweit Ihr Pflegedienstunternehmen auf Katastrophen, wie z.B. einen mehrtägigen Stromausfall oder eine Überschwemmung, vorbereitet ist, um die Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können.“ Dieser dezidiert narrative Start sollte der Herstellung einer offenen Atmosphäre dienen.

Generell sollte jedes neue Themenfeld mit einer eher offenen Frage eingeleitet werden. Zum Vertiefen und Nachhaken waren dann zumeist geschlossene Fragen vorformuliert (siehe Anhang 6.2).

Nach der narrativen Einstiegsfrage zum Stand der Katastrophenschutzvorbereitungen, sollten folgende sechs Themen angesprochen werden:

1. Organisation der Katastrophenvorsorge im Unternehmen
⇒Nachfragen:
 - Funktionsverantwortung für strategische / operative Aufgaben
 - Option Katastrophenschutzbeauftragte*r
 - Krisenstab
2. Katastrophenvorsorgekonzept/-planung
⇒Nachfragen:
 - Erstellung, freiwillig/proaktiv oder Vorgaben abwartend
 - Verantwortlichkeiten für die Konzeptentwicklung
 - Personalaufwand für die Erstellung des Konzepts
3. Vorhaltung materieller Ressourcen
⇒Nachfragen:
 - Raumkapazität zur Bevorratung der empfohlenen Materialien
 - Personalaufwand Logistik und Verwaltung der Ressourcen
 - Bevorratung von Medikamenten
4. Qualifizierung
⇒Nachfragen:
 - Bereitschaft und Sicherung der Teilnahme an Kurzfortbildungen
 - Qualifizierung zur Funktionsübernahme Katastrophenvorsorge/-schutz
5. Neue Routinen, Fokus Priorisierung
⇒Nachfragen:
 - Dauer der Patientenklassifikation
 - Anzahl der notwendigen Aktualisierungen pro Jahr
6. Vernetzung und Absprachen
⇒Nachfragen:
 - Teilnahme an kommunalen Katastrophenschutzveranstaltungen und -übungen
 - Meldung von Personal für einen kommunalen Krisen-Personalpool: soweit vorhanden: Meldung von Räumen für Evakuierte
 - Absprachen mit dem Katastrophenschutz und Transportunternehmen zur Vorbereitung einer Evakuierung
 - Abschluss von Kooperationsvereinbarungen (Verträge und Absichtserklärungen) mit anderen Akteuren im lokalen Umfeld, z.B. Pflegeeinrichtungen, ärztliche Praxen, Apotheken und Sanitätshäuser

Vorformuliert waren 30 Nachfragen, wobei diese (deduktiv aus der Soll-Konzeption abgeleiteten) Fragen in Übereinstimmung mit dem qualitativen Grundsatz der Offenheit, selbstverständlich keineswegs als abschließend betrachtet werden sollten.

Da die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview mit der Interviewdauer abnimmt, wurde den für ein Interview angefragten Personen eine Dauer von ca. 45 Minuten in Aussicht gestellt. Aufgrund dessen war damit zu rechnen, dass nicht alle Interviewpartner*innen zu sämtlichen Aspekten der Charité-IGPW-Konzeption würden befragt werden können. Die insoweit notwendige Auswahl sollte situativ erfolgen. Um eine „normale“ Gesprächsatmosphäre zu erhalten, sollte der Interviewleitfaden eher als Gedächtnisstütze verwendet werden. In voller Länge ist der Interviewleitfaden in Anhang 6.2 zu finden.

Im Vorfeld des Experteninterviews wurde ein **Fragebogen** mit geschlossenen Fragen zur Person und deren Hintergrund (Fragebogen 1, siehe Anlage 1) bereits verschickt (allerdings NICHT bereits in der ersten Mail). Gegebenenfalls (noch) fehlende Angaben wurden am Ende des mündlichen Interviews vervollständigt.

2.3 Forschungsethische Aspekte und Datenschutz

Als Quintessenz diverser Ethikrichtlinien der einzelnen sozial- und humanwissenschaftlichen Fachdisziplinen sind drei Prinzipien einzuhalten (Döring/Bortz, 2016, S. 123):

1. „Freiwilligkeit und informierte Einwilligung,
2. Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung und
3. Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten“.

Informierte Einwilligung (informed consent) bedeutet: Die beforschte Person muss ausreichend informiert sein

1. über Ziel und Zweck der Studie
2. über die Erwartungen an die Teilnehmenden (auch hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes)
3. darüber, wie mit den gewonnenen Daten verfahren wird
4. ggf. über mögliche Risiken

Die ersten drei Punkte sind berücksichtigt worden. Der vierte Punkt nicht, da die vorliegende Studie keine Forschung *am* Menschen beinhaltet und von daher keine körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen und Schädigungen zu erwarten gewesen sind. Die aus dem Prinzip der Benefizienz abgeleitete Verpflichtung für Forschende, eine Nutzen-Risiko-Analyse durchzuführen, greift hier insoweit nicht.

Die ersten drei Punkte werden in Deutschland von den Vorgaben des **Datenschutzgesetzes** aufgegriffen und konkretisiert. Rechtlich unproblematisch ist Forschung danach in zwei Fällen: (a) mit anonymisierten Daten, die keinen Personenbezug aufweisen, und (b) mit personenbezogenen Daten, wenn eine Einwilligung der Betroffenen vorliegt (Art. 6 DSGVO; ausgeübtes informationelles Selbstbestimmungsrecht BDSG a.F. § 4 Abs.1, vgl. VerbundFDP, 2019).

In der vorliegenden Studie wurde das Prinzip umgesetzt, dass persönliche Daten, sobald es der Forschungszweck erlaubt, zu anonymisieren sind (vgl. VerbundFDP, 2019). Nur für die befristete Nutzung von persönlich zuordenbaren Daten wurde von den Expert*innen Einwilligung erbeten.

Im Einzelnen wurde dabei wie folgt verfahren:

- Die Expert*innen erhielten mindestens einen Tag vor dem angesetzten Interviewtermin ein Anschreiben, in dem u. a. Ziel und Zweck der Forschung erläutert werden sowie ein Merkblatt mit den Datenschutzhinweisen (Anlage 6.3) in das auch die Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten integriert ist (Anlage 6.4). Zu Beginn des Interviews wurden die Expert*innen noch einmal gefragt, ob Sie mit der Durchführung einverstanden sind: „...O.K. dann starte ich jetzt die Aufnahme“.
- Die Interviews wurden regelhaft mittels des Videokonferenzsystems Zoom durchgeführt und aufgezeichnet. Primäre Basis der Analyse waren aber die Transkripte der Interviews, die mittels der Software MAXQDA erstellt wurden – also nicht die Video-Aufzeichnungen oder Sprachaufzeichnungen. Die Video- und Sprachaufzeichnungen liegen zwar – Stand 10.11.2022 – noch vor, sie werden aber Ende des Monats (30.11.) gelöscht. Die anonymisierten und pseudonymisierten Transkripte (nach Mayermann & Porzelt, 2014, S. 10) werden hingegen dauerhaft archiviert.
- Pseudonyme wurden konsistent verwendet, sowohl innerhalb eines Transkripts als auch in allen Transkripten einer Erhebung, innerhalb des Projektteams und in den verschiedenen Publikationen.
- Zu keiner Zeit wurden Name oder sonstige Einzelheiten, die zu einer Identifizierung einer Person führen könnten, an Dritte weitergeben.

Zur Sicherstellung der informierten Teilnahmezustimmung, wurden bereits im Vorfeld des Interviews Informationen zum AUPIK-Projekt versendet. Bereits bei der Anfrage wurde, wie schon erwähnt, auf die Webseite www.aupik.de verwiesen. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme wurden Fragen beantwortet und auf Wunsch weiterführende Erläuterungen gegeben.

2.4 Allgemeine Hinweise zur Dokumentation der Interviews

Wichtigste Quelle für die Transkription war die Sprachaufzeichnung, auf das Videomaterial der Zoom-Meetings wurde nur sehr selten zurückgegriffen, vor allem, um akustisch unverständliche Passagen der Sprachaufzeichnung eruieren zu können.

Zu jedem Interview wurde ein Interviewbericht erstellt. Dieser enthält:

- Name der interviewten und der interviewenden Person den später pseudonymisierten
- Dauer des Interviews
- Art des Kennenlernens
- Anmerkungen zum Interviewverlauf: Interviewatmosphäre, Vorfälle, Erzählbereitschaft, Gespräch vor/nach Beendigung der Aufnahme

Auf der Basis der Transkripte erfolgte eine quantitative, vor allem aber qualitative Auswertung unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA.

2.5 Vorgehen bei der Auswertung mit MAXQDA

Die Auswertung der Transkripte erfolgte gemäß der **inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse** nach Kuckartz (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 132 ff.), unterstützt durch die Software MAXQDA (vgl. MAXQDA, o.J.).

Zur inhaltlichen Strukturierung der Interviews wurde zunächst - ausgehend vom Leitfaden - deduktiv Hauptkategorien und Nebenkategorien gebildet. Beispielsweise die Hauptkategorie „Katastrophenvorsorgeplan“ mit den Sub-Codes 1. Stand der Planung, 2. proaktiv/reaktiv, 3. Ersteller, 4. Arbeitsaufwand (Stunden). Die mittels MAXQDA erstellten Codes erhielten eine erste Erläuterung („Zu codieren bei...“), auch wurde ihnen eine Farbe zugewiesen.

Wie auch bei anderen Formen der qualitativen Inhaltsanalyse wird das zunächst deduktiv entworfene Codesystem auch bei der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker, im Umgang mit den zu analysierenden Texten aus dem Material heraus weiterentwickelt (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 275 ff.). Inhaltstragende Textstellen werden einem der bereits existierenden Codes zugeordnet oder induktiv neu erstellt. Der Gang der Untersuchung lässt sich in mehrere Arbeitsschritte aufgliedern, die allerdings keineswegs in einer linearen Reihenfolge abzuarbeiten sind (vgl. Ablaufschema, Abb. 2)

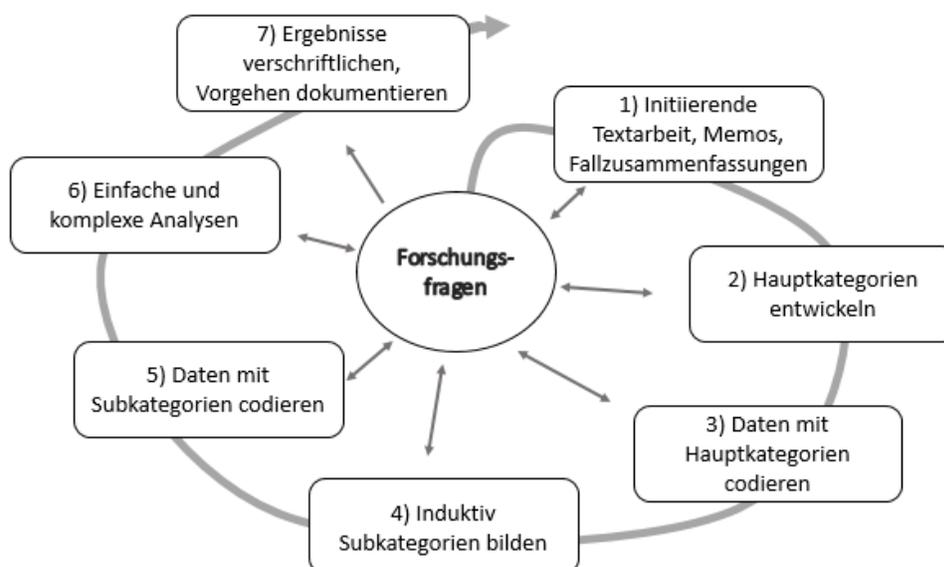


Abb. 2: Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 132)

Nachfolgend werden die Arbeitsschritte skizziert

- **Schritt 1:** Der Text wird intensiv gelesen, zentrale Begriffe und Abschnitte sowie unverständliche Passagen werden farblich im Ausdruck gekennzeichnet (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 121 f.). Bei Bedarf werden **Memos** verfasst. Das Notieren von Gedanken, Ideen, Vermutungen und Hypothesen während des Analyseprozesses ist integraler Bestandteil des gesamten Analyseprozesses mit MAXQDA (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 123).
- **Schritt 2:** Hier werden die Hauptkategorien weiterentwickelt. Die bereits vorhandenen Kategorien erhalten zusätzlich zur theoretischen Beschreibung Anwendungsbeispiele aus dem Material. Gegebenenfalls werden neue Hauptkategorien gebildet (wiederum mit möglichst prägnanter Bezeichnung, inhaltlich-theoretischer Beschreibung, Textbeispielen und ggfs. Abgrenzung zu anderen Kategorien (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 275 ff.)
- **Schritt 3:** Daten mit Hauptkategorien codieren (1. Codierprozess). Den Text sequenziell, d.h. Zeile für Zeile, vom Beginn bis zum Ende durchgehen und Textabschnitte den Kategorien zuweisen. Es werden in der Regel Sinneinheiten codiert, üblicherweise mindestens ein vollständiger Satz. Nicht sinntragende Textsegmente, die für die Forschungsfrage nicht relevant sind, bleiben uncodiert. Wenn die Sinneinheit mehrere Sätze oder Absätze umfasst, werden diese als ein zusammenhängendes Segment codiert. Da selbst ein einziger Satz mehrere Themen enthalten kann, ist auch die Codierung mit mehreren Kategorien am gleichen Textabschnitt möglich. Sofern die einleitende (oder zwischengeschobene) Interviewenden-Frage zum Verständnis erforderlich ist, wird diese ebenfalls mitcodiert.
- **Schritt 4:** Die Bildung und Definition von Subkategorien erfolgten weitgehend analog zu Schritt 2 (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 138). MAXQDA unterstützt den Prozess der induktiven Kategorienbildung, indem jederzeit eine Liste mit den mit einer Kategorie codierten Textstellen erzeugt werden kann.
- **Schritt 5:** Textstellen mit Subkategorien codieren (2. Codierprozess). Der 2. Codierprozess ist ein systematischer Schritt der Analyse, der einen erneuten Durchlauf durch das bereits codierte Material erfordert. Nun werden die ausdifferenzierten Subkategorien den bislang mit der Hauptkategorie codierten Textstellen zugeordnet (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2022, S. 142)
- **Schritt 6:** Einfache und komplexe Analysen.

Die erste Version des Codesystems wurde Anfang August 2022 erstellt. Fast jedes Interview führte zu einer Weiterentwicklung des Codesystems. Im Anschluss an den AUIK-Workshop am 5. Oktober 2022 wurde das Codesystem noch einmal verändert. Daraufhin wurde das gesamte Material noch einmal einem neuen Analysedurchgang unterzogen.

Zur Erfüllung des Gütekriteriums der reflektierten Subjektivität wurde der gesamte Forschungsprozess durch Selbstbeobachtungen begleitet. Antworten, die dem eigenen ausgeprägten Vorverständnis und den eigenen Vorannahmen widersprachen, wurde besondere Aufmerksamkeit gewidmet (vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 111). Der Reflexion der eigenen Subjektivität dienten der Anwendung des beschriebenen, systematischen Verfahrens nach Kuckartz & Rädiker sowie das Vier-Augen-Prinzip (Überprüfung der vorgenommenen Codierungen in den Transkripten durch eine zweite Person aus dem APOLLON-Team).

III Ergebnisse

Vorgestellt in diesem Teil werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews sowie die Kostenabschätzungen auf der Mikro- und Makroebene. Die oberste Gliederungsebene ist aus Gründen der Übersichtlichkeit inhaltlicher Natur.

1. Management der betrieblichen Katastrophenvorsorge (Katastrophenschutzbeauftragte, Krisenstab)

„Katastrophenvorsorgemanagement“ ist ein Wort, das in der ambulanten Pflege bis vor kurzem weitgehend unbekannt gewesen ist. Es existieren daher kaum betriebliche Regelungen (vgl. Abschnitt III.2). Mit der zunehmenden Relevanz des Themas stellt sich aber in den Pflegeunternehmen die Frage, wer welche Verantwortung trägt. In der Soll-Konzeption der Charité-IGPW-Forschungsgruppe wird die „Benennung einer Ansprechperson im ambulanten Pflegedienst, die im Eintrittsfall einer Katastrophe die Koordination übernimmt“ (vgl. Ewers, et al, 2022, S. 20) gefordert.

Von der Verantwortung im Katastrophenfall abzugrenzen ist die Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich der *Katastrophenvorsorge*. Hinsichtlich Letzterer kann unterschieden werden zwischen eher strategischen Aufgaben (z.B. Konzeption des betrieblichen Katastrophenvorsorgekonzepts, Teilnahme an Arbeitskreisen in der Kommune oder auf Verbandsebene) und operativen Aufgaben (wie z.B. Patientenklassifikationen oder Überprüfung des Materials).

Für das Funktionieren der Katastrophenvorsorge verantwortlich ist grundsätzlich die Geschäftsführung. Die Aufgaben sind delegierbar; sie können der normalen Linienhierarchie (an deren Spitze die Pflegedienstleitung steht) überantwortet werden oder an besondere Beauftragte für den Katastrophenschutz (Funktionsstellen). In der Soll-Konzeption der Charité-IGPW-Forschungsgruppe wird die „Etablierung einschlägiger Funktionsstellen“ angeregt (vgl. Ewers et al, 2022, S. 21). Weiter heißt es: „Diese Stellen wären dann auch mit entsprechenden Anreizen auszustatten (z.B. Entlastung von anderen Tätigkeiten, spezifische Vergütung).“ (Ebd., S. 20) Angeregt in der Soll-Konzeption wird außerdem der Aufbau eines Krisenstabes (Lessinnes et al., 2022a, S.4).

Im Zuge des GVWG wurde in § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI verankert, dass zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zwingend auch „Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen gehören“. Konkretisiert wurde dies in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI (abgekürzt: MuG) vom 9.11.2022. Der Träger eines Pflegedienstes ist demnach verpflichtet, „eine oder mehrere Personen (Pflegedienstleitung, Geschäftsführung etc.) sowie deren Vertretung“ zu bestimmen, „die das Krisenmanagement steuern und die Entscheidungen treffen, welche Schritte eingeleitet werden“ (vgl. Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege, 2022, S. 15).

1.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Keiner der Pflegedienste, deren Leitungen interviewt wurden, verfügte zum Zeitpunkt der Experteninterviews (Sept./Okt. 2022) über besondere Beauftragte für die Funktion Katastrophenvorsorge. Die Aufgaben wurden – wenn überhaupt – von bisherigen Funktionsträgern mit übernommen; je nach Organisation von der Geschäftsführung, der Linienhierarchie (Pflegedienstleitung) oder den Qualitätsbeauftragten.

Aufgrund unterschiedlicher Größen, Rechtsformen und Managementphilosophien sind Pflegeunternehmen höchst unterschiedlich organisiert. Die beschriebene Einteilung in drei Fallvignetten bildet die Bandbreite der Möglichkeiten nur ansatzweise ab.

Die Inhaberin eines kleinen, inhabergeführten ambulanten Pflegedienstes (→ Fallvignette A) gab an, dass sie sich selbst um das Thema Katastrophenvorsorge kümmere und auch weiterhin kümmern würde. Falls gegenüber der Kommune oder gegenüber den Pflegekassen eine Ansprechperson benannt werden müsse, sei das selbstverständlich sie selbst.

„Ja natürlich: ich. Ich bin ja auch Sicherheitsbeauftragter und Arbeitsschutzbeauftragter. Also ich hab schon ne ganze Menge Funktionen. Das ist halt auch immer gut, wenn man das selber macht, weil man das dann relativ schnell umsetzen kann.“ (06_Interview 06, Pos. 56)

Wenig spricht dafür, dass kleinere Pflegedienste (→ Fallvignette A) Funktionsstellen für den Katastrophenschutz etablieren werden.

Interviewer: *Könnten Sie sich auch vorstellen, eine Funktionsstelle Katastrophenschutz einzurichten?*

08: *Nein. Da sind wir viel zu klein zu.*

Interviewer: *Haben Sie denn jetzt überhaupt irgendwelche Beauftragte, also Qualitätsbeauftragte oder so was. Oder sind alle Funktionen bei der Leitung angesiedelt?*

08: *Das ist im Moment bei der Leitung. (08_Interview, Pos. 10-13)*

Soweit auf Einrichtungsebene ganz oder teilweise von der Pflege freigestellte Qualitätsbeauftragte existieren, erscheint es allerdings naheliegend, ihnen zumindest einen Teil der Aufgaben im Zusammenhang mit der Katastrophenvorsorge zu übertragen:

Für mich ist das auch ein Teil des Qualitätsmanagements ... Das heißt, da würde ich es auch ansiedeln wollen, im Prinzip. (07_Interview, Pos. 164, 165, siehe auch 07_Interview, Pos. 167, 169)

Der besagte Geschäftsführer würde sich auf alle Fälle bemühen, die Pflegedienstleitungen nicht mit zusätzlichen Aufgaben zu belasten, wie im folgenden Zitat zum Ausdruck kommt:

Meine Aufgabe als Geschäftsführer in der Verwaltung ist es, meinen Pflegedienstleitungen den Rücken freizuhalten, damit sie ihr Tagesgeschäft machen können. (07_Interview, Pos. 35)

Bei einem deutschlandweit agierenden Anbieter zahlreicher Intensivpflegedienste (→ Fallvignette B), antwortet die Interviewpartnerin auf die Frage, wie Ihr Unternehmen die Katastrophenvorsorge organisieren würde.

Wie bei anderen Themen auch. Bei uns im Konzern ist wirklich alles zentral geregelt. Das heißt, wir haben zentrale Experten für alle möglichen Themen, etwa für Hygiene, Datenschutz oder das Medizinproduktegesetz [MPG] [...] In den Einrichtungen selber [...] haben wir eigentlich keine Beauftragten. (02_Interview, Pos. 26, 27)

In diesem Unternehmen sind auf der Einrichtungsebene die Pflegedienstleitungen für die betriebliche Anpassung und Erstellung zentraler Konzepte sowie für deren Umsetzung verantwortlich; so wäre das auch beim Thema Katastrophenvorsorge (vgl. 02_Interview, Pos. 12). Auch in einem zweiten überregional tätigen Unternehmen, dessen Pflegedienste Intensivpatienten-Pflege-WGs in betriebseigenen Immobilien versorgen, wäre es so (vgl. 05_Interview, Pos. 18, 20).

Die Befürwortung von zusätzlichen Strukturen für die Katastrophenvorsorge hängt nicht nur von der Größe der Unternehmender ab, sondern auch von der Einschätzung, welche bzw. wie viele Maßnahmen zur Katastrophenvorsorge überhaupt notwendig und sinnvoll sind. Dies wird im folgenden Zitat zum Ausdruck gebracht, in dem auf Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie abgestellt wird; da habe sich gezeigt:

(...) dass stabile Teamstrukturen solche Situation auch relativ spontan auffangen können. Was heißt: dafür brauche ich eigentlich nicht so sehr einen geplanten Katastrophenschutz, der mit relativ viel Aufwand vorab Energien bindet, sondern wir brauchen handlungsfähige Managementstrukturen. (07_Interview, Pos. 32)

1.2 Exkurs: Krisenstab

Laut Soll-Konzeption soll der Krisenstab nicht erst im Krisenfall in Aktion treten, sondern bereits vor einer Katastrophe im Rahmen der Katastrophenvorsorge eine zentrale Rolle spielen. So soll er eine Gefährdungsbeurteilung vornehmen, notwendige Maßnahmen formulieren, koordinieren und das Personal adäquat instruieren (vgl. Lessinnes, 2022b, S. 4). Dementsprechend soll sich der Krisenstab schon vor dem Ausbruch einer Krise „in regelmäßigen Abständen (mindestens aber einmal jährlich)“ treffen (ebd.; S. 5).

Die Forderung nach einem „Krisenstab“ wurde in den meisten Experteninterviews nicht thematisiert, da sie erst im Rahmen des AUIK-Workshops am 05. Oktober 2020 auf die Agenda gesetzt wurde. Der zeitliche Aufwand für einen Krisenstab kann von daher nur geschätzt werden. Hier wird

davon ausgegangen, dass der zu bestimmende Krisenstab vor allem damit beschäftigt sein dürfte, den betrieblichen Katastrophenplan zu erstellen. Bei der Ermittlung des Zeitaufwandes fällt also der Aufwand für den Krisenstab weitgehend mit dem Aufwand für die Erstellung des Krisenkonzeptes zusammen (→ Kap. III.2).

2. Krisenkonzept (betrieblicher Katastrophenschutzplan)

In der Soll-Konzeption wird den Kommunen mit Blick auf die Katastrophenvorsorge eine Schlüsselrolle zugesprochen. Ein Ansatzpunkt dabei ist die Erstellung „übergeordneter (Kommunikations-) Pläne“ (Ewers et al., 2022, S. 24). Von den ambulanten Pflegediensten wird erwartet, dass sie an der kommunalen Katastrophenschutzplanung mitwirken (vgl. ebd., S. 11). Das betriebliche Pendant zum übergeordneten (kommunalen) Katastrophenschutzplan ist ein betriebliches Krisenkonzept (*Disaster Preparedness Plan*). Das Krisenkonzept wird in den *Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI* wie folgt näher definiert (Ziff. 6, MuG):

„Für den Fall akuter Krisensituationen, wie Pandemien oder Unwetter/Naturkatastrophen, die Einfluss auf die Versorgung haben, hält der Träger eines ambulanten Pflegedienstes in Absprache mit den Gefahrenabwehrbehörden seiner Kommune ein Krisenkonzept vor. Für den Fall von anhaltenden Stromausfällen sind Regelungen zur Aufrechterhaltung der Erreichbarkeit und internen Kommunikation vorzunehmen. Das Krisenkonzept soll die grundsätzliche strukturelle Handlungs- und Arbeitsfähigkeit des Pflegedienstes sicherstellen. Der Träger hält einen Pandemieplan entsprechend den Vorgaben der Gesundheitsbehörde vor.“

Der Träger ist im Rahmen des internen Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen festzulegen, im Rahmen der zur Verfügung gestellten Ressourcen durchzuführen, in ihrer Wirkung zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Die Maßnahmen müssen anpassungsfähig sein, damit jederzeit auf die Dynamik einer Krise reagiert werden kann. Die Erstellung und Umsetzung von Krisenkonzepten stellen eine Weiterentwicklung vorangegangener Normsetzungsverträge dar und gehen gegebenenfalls mit zusätzlichen Ressourcen einher.

Die Maßnahmen sind darauf auszurichten, dass im Fall einer Krise die vertraglich vereinbarten Leistungen erfüllt werden können. Dabei sind elementare körperliche und psychische Grundbedürfnisse prioritär zu berücksichtigen.

Der ambulante Pflegedienst verfügt über ein Krisenkonzept, in dem Maßnahmen zur grundsätzlichen Bewältigung der einzelnen Krisensituationen beschrieben sind. Sofern der Pflegedienst Betreiber einer trägerorganisierten Wohngemeinschaft ist, bezieht sich das Krisenkonzept auch auf diesen Bereich. Notwendige Bestandteile des Konzepts sind:

- die Festlegung einer oder mehrerer Personen (Pflegedienstleitung, Geschäftsführung etc.) sowie deren Vertretung, die das Krisenmanagement steuern und die Entscheidungen treffen, welche Schritte eingeleitet werden
- Festlegungen der unbedingt erforderlichen innerbetrieblichen Maßnahmen für die jeweilige Krisensituation
- Festlegungen zur Aufrechterhaltung der innerbetrieblichen Kommunikation und Kommunikationswege für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Festlegungen zur Kommunikation, Abstimmung und Zusammenarbeit, insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, zuständigen Behörden, wie der Gefahrenabwehrbehörde der Kommunen und weiteren Organisationen
- Festlegung der Kommunikation mit den für die Versorgung notwendigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern (z. B. An- und Zugehörige, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) zu den Aufgaben des Krisenmanagements

Da sowohl internationale Erfahrungen (vgl. Ewers & Lehmann, 2021) als auch die Ergebnisse der Ist-Erhebung (vgl. Ewers et al, 2021, S. 99) nahelegen, dass die Leitungspersonen, dabei der Unterstützung bedürfen, hat die Charité-IGPW-Forschungsgruppe hierfür ein „Toolkit“ (Lessinnes, 2022b) entwickelt.

Das „Toolkit“ enthält u.a. eine Gefährdungsanalyse (*Hazard Vulnerability Analysis tool – HVA*), Materiallisten sowie eine Checkliste zur Evaluation des Katastrophenmanagements (vgl. Lessinnes, 2022b). Ein weiteres Element im Toolkit sind Maßnahmen zur Evaluation. Vorgeschlagen werden „Papier-Überprüfungen, Lehren (ziehen) aus realen Ereignissen und Lernen aus Übungen (Drill), etwa Übung der Telefonketten oder der Befehlswege“ (vgl. Lessinnes, 2022b 2, 2022, S. 27f.).

2.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Obwohl die Interviewpartner*innen allein schon durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einem Experteninterview überdurchschnittliches Interesse am Thema demonstriert haben (die Stichprobe ist diesbezüglich nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit), stehen sie mit ihren Planungen eher am Anfang. Auf die Frage nach den betrieblichen Planungsständen, gaben alle Interviewpartner*innen an, sich bereits Gedanken zum Katastrophenschutz gemacht zu haben und bereits erste Maßnahmen ergriffen sowie schriftlich geregelt zu haben (vgl. 02_Interview, Pos. 02). Allerdings existierte zum Zeitpunkt der Interviews (Sept./Okt. 2022) noch in keinem der befragten Unternehmen ein umfassendes Gesamtkonzept im Sinne der MuG bzw. des „Toolkits“ (vgl. z.B. 01_Interview, Pos. 5; 03/PFK_Interview, Pos. 4; 04_Gedächtnisprotokoll, Pos. 3).

Da zum Zeitpunkt der Experteninterviews auch die aus dem neu formulierten § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI erwachsenen Verpflichtungen noch nicht absehbar waren, wurden die Expert*innen gefragt, ob sie ein betriebliches Katastrophenschutzkonzept voraussichtlich proaktiv erarbeiten würden. Das nachstehende Zitat stellt eine typische Antwort dar.

„Nein, jetzt würde ich nicht anfangen, weil wir so viele verschiedene Auflagen im Moment erfüllen müssen, dass ich das im Moment nicht machen würde. Schon aus zeitlichen Gründen nicht.“ (08_Interview, Pos. 18)

Bevor die Interviewpartner*innen gebeten wurden, den Arbeitsaufwand für die Erstellung eines Krisenkonzeptes abzuschätzen, wurde zunächst erfragt, *von wem* ein solcher betrieblicher Katastrophenplan im jeweiligen Pflegeunternehmen erstellt werden würde. Hier fielen die Antworten erwartungsgemäß unterschiedlich aus.

Der geschäftsführende Inhaber aus dem kleineren Pflegedienst 08 (→ Fallvignette A) würde das betriebliche Krisenkonzept zusammen mit einer Büromitarbeiterin erarbeiten. *„Das ginge auch am schnellsten so.“* (vgl. 08_Interview, Pos. 19). Die geschäftsführende Inhaberin des Pflegedienstes 06 (ebenfalls → Fallvignette A) hat bereits einige Arbeitsanweisungen zum Thema verfasst und würde sicherlich, wenn gefordert, auch einen Gesamtplan erstellen (vgl. 06_Interview, Pos. 77, 91).

Die Interviewpersonen aus größeren Einrichtungen sehen die Verantwortung für diese Aufgabe vor allem bei der zentralen Qualitätsabteilung, teilweise aber auch bei den Pflegedienstleistungen. Bei Einrichtungen mit einem zentralen Qualitätsmanagement (02_Interview → Fallvignette B) würden die grundlegenden Regelungen zentral erstellt werden, während es den Pflegedienstleitungen obliegen würde, Details aus der Einrichtung beizutragen:

Also angenommen, es gebe jetzt so ein Angebot [Muster-Katastrophenplan zum Download]. Dann würde die QM-Abteilung sich den runterladen oder anderweitig besorgen und würde das in Kleinst-Arbeitsgruppen, überwiegend nur zu zweit, Bundesland für Bundesland bearbeiten... Man schaut halt nochmal, was gibt es für spezielle bundeslandrechtliche Bedingungen? Und dann wird es pro Pflegedienst angepasst. Diese pflegedienstspezifische Anpassung macht in der Regel sogar die PDL selber. Das wäre vermutlich auch hier so. Es gäbe also eine zentral erstellte Anleitung, und die wird dann von den PDLs angepasst und umgesetzt. (02_Interview, Pos. 12)

Den Stundenaufwand für die Erstellung eines betrieblichen Katastrophenplans abzuschätzen (*„Können Sie abschätzen, wie viele Stunden Sie in Ihrem Pflegedienst für die Verschriftlichung dieses Konzeptes benötigen?“*), fiel den Interviewpartner*innen schwer.

Die Einschätzung halte ich jetzt schon ein bisschen kompliziert. Ich denke nur, dass dieser ja einmalig aufgestellt wird, und dann müsste er ja immer mal wieder auf Aktualität überprüft werden. (01_Interview, Pos. 18)

Es sind ja auch alle Einrichtungen unterschiedlich... Also die Lage ist jeweils unterschiedlich. Die bauliche Aufteilung ist unterschiedlich. Also ich denke, das kann man tatsächlich nicht zentral immer alles über ein Dokument oder ein Konzept abbacken. (02_Interview, Pos. 4)

Da das „Toolkit“ den ersten Interviewpartner*innen noch nicht vorlag und den späteren Interviewpartner*innen nur flüchtig bekannt war, bestanden bei den Expert*innen Unklarheiten bezüglich der Erwartungen. Eine Präzision bezüglich des Zeitaufwands fiel daher schwer. In den Experteninterviews wurde dazu folgender Hinweis gegeben: „Angenommen, Sie könnten sich aus dem Internet einen Muster-Katastrophenschutzplan für Ihren Betrieb kostenlos herunterladen. Dieser müsste also „nur“ noch hinsichtlich der Besonderheiten Ihres Pflegedienstes modifiziert werden.“ Abgeleitet aus Erfahrungen mit anderen Projekten wurde der Aufwand für die (erstmalige) Erstellung eines Pflegedienstkonzeptes „Katastrophenvorsorge“ wie folgt geschätzt:

Wenn das wirklich so schon aufbereitet vorliegt, dass ich quasi eine Checkliste habe, wo ich nur noch Dinge einpflegen muss, ja dann 2 bis 3 Stunden? (02_Interview, Pos. 18)

Während Interviewpartnerin 02 noch keine Kenntnis des „Toolkits“ (Lessinnes, 2022b) besaß, war es dem Geschäftsführer sowie der Pflegefachkraft aus Pflegedienst 03 zumindest in den Grundzügen bekannt (während des AUIK-Workshops am 05. Oktober 2022); auch hatte dieser Personenkreis das „Toolkit“ während des nachfolgend zitierten Interviewmitschnitts als Tischvorlage vorliegen.

- 03/GF: *Also mit dem Toolkit geht das relativ schnell, denke ich. Wir haben das jetzt ja erst überfliegen können. Also keine Details. Aber die Checklisten helfen da sehr.*
- 03/PFK: *Genau, wenn man die Vorlage hat... ich glaube, es dauert definitiv länger, wenn du keine Vorlage hast, wenn du wirklich dir alles alleine erarbeiten musst. Auf vieles, was da steht, wäre ich gar nicht gekommen. Du kannst nicht an alles denken... aber jetzt mit dem, was wir jetzt an die Hand bekommen [Toolkit], mit den Checklisten usw., dann kommst du mit 3 Stunden aus.*
- 03/GF: *Das wird heute eingescannt. Und mit einem PDF-Programm bearbeitet, fertig.*
- 03/PFK: *Ja, wenn du passende Vorlagen hast. Dann 3 Stunden.*
- Interviewer: *Haben Sie da schon die Gefährdungsanalyse mitgerechnet. Schauen Sie mal: Toolkit auf Seite 3.“ <Lesepause> „Wer würde das bei Ihnen machen? Sie beide zusammen?*
- 03/GF: *Das würde ich alleine machen.*
- Interviewer: *Und was schätzen Sie, wie lange würde das dann dauern?*
- 03/GF: *Das ist ja übersichtlich. Höchstens eine Stunde.*

Der notwendige Aufwand für die Erstellung eines toolgestützten Katastrophenvorsorgekonzepts wird in Pflegedienst 03 (→ Fallvignette B) also auf maximal 4 Stunden veranschlagt.

Deutlich höher liegt die Schätzung für den freigemeinnützigen Pflegeanbieter 04 (→ Fallvignette C), deren Geschäftsführerin ebenfalls bei dem AUIK-Workshop zugegen war (04_Schriftlicher Nachtrag, Pos. 7):

<i>Geschäftsführerin</i>	<i>8 Std.</i>
<i>Qualitäts- (Katastrophenschutz)beauftragte:r</i>	<i>6 Std.</i>
<i>Pflege - Beschäftigtengruppe A</i>	<i>2 bis 3 Std.</i>
<i>Pflege - Beschäftigtengruppe B:</i>	<i>2 bis 3 Std.</i>
<i>Pflege - Beschäftigtengruppe C:</i>	<i>2 bis 3 Std.</i>

Diese Unterschiede haben vermutlich nicht nur etwas mit der unterschiedlichen Größe der Unternehmen zu tun (Pflegeunternehmen 04 beschäftigt weitaus mehr Mitarbeiter*innen als Pflegeunternehmen 03), sondern auch mit einer anderen Führungsphilosophie.

Während in einem kleinen inhabergeführten Pflegedienst ein (Qualitäts-)Konzept im Regelfall nur von einer Person erstellt wird, und zwar zumeist von der Inhaberin bzw. dem Inhaber selbst, ist in größeren Unternehmen zumeist eine Mehrzahl von Personen an der Konzepterstellung und -abstimmung beteiligt bzw. involviert. Zum einen, um die im Unternehmen vorhandene Expertise zu nutzen, zum anderen, um Konsens über die Lösung zu erzielen. Auch wenn der von einem großen Unternehmen aufgewendete Gesamtaufwand um ein Vielfaches höher ist als in einem kleinen inhabergeführten Pflegeunternehmen, ist deshalb nicht unbedingt gesagt, dass auch *pro Pflegedienst* ein Mehraufwand entstände. Je größer die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die eine zentrale Qualitätsabteilung mit Konzepten versorgt, desto wirtschaftlicher ist im Regelfall deren Tätigkeit und desto weniger fällt der Zeitaufwand für die notwendigen Abstimmungsprozesse ins Gewicht. Freilich greift dieser Skaleneffekt bei der hier interessierenden Konzeptentwicklung weniger stark als im Regelfall; denn dank des bereits vorliegenden „Toolkits“ (Lessinnes et al, 2022b) ist den Einrichtungen Entwicklungsarbeit abgenommen worden, die in größeren Unternehmen die Qualitätsabteilung geleistet hätte.

2.2 Kostenabschätzung Mikroebene

Auf Grundlage der MuG-Vorgaben sowie der Expertenbefragungen wird hier davon ausgegangen, dass in kleineren inhabergeführten Pflegediensten zwei Personen an der Konzepterstellung beteiligt sind, und jede Person ca. 4 Stunden benötigt (→ Fallvignette A). Um den inhaltlichen Anforderungen aus der Soll-Konzeption dürfte sich diese Zeitspanne zwar an der unteren Grenze des Notwendigen bewegen, mehr wurde allerdings in den Experteninterviews von den Interviewpartner*innen nicht angegeben und dürfte daher realistischerweise auch nicht erwartet werden.

Der benötigte Zeitaufwand (in Std.) ist im nächsten Schritt mit dem dafür erforderlichen Stundensatz zu multiplizieren. Das gilt auch, wenn – wie hier – hauptsächlich Leitungskräfte an dem Projekt beteiligt sind. Zieht man für diesen Personenkreis durchschnittliche Entgelthöhe von Pflegefachkräften, also QN C, heran⁵, errechnet sich dafür ein kalkulatorische Stundensatz von ca. 55 Euro (vgl. Tab 5).

Tab. 5: Kalk. Personalaufwand für die Erstellung des Krisenvorsorgekonzepts, Fallvignetten

	Vignette A		Vignette B				Vignette C	
	22 MA insg.		29 MA pro Dienst		300 MA insg.		150 MA insg.	
	Std.	Betrag in €	Std.	Betrag in €	Std.	Betrag in €	Std.	Betrag in €
Pflegekraft_QN A		0,00		0,00		0,00	3	49,65
Pflegehilfskraft_QN B		0,00		0,00		0,00	3	52,98
PFK_QN C (ohne PDL)		0,00		0,00		0,00	3	64,83
Haushaltsführung		0,00		0,00		0,00		0,00
GF, PDL, Verwalt., Sonstige	8	172,88	6	129,66	70	1.512,70	14	302,54
Σ Bruttolöhne/Std.		172,88		129,66		1.512,70		470,00
Aufschlag 1		86,44		64,83		756,35		235,00
Aufschlag 2		172,88		Betrag		1.512,70		470,00
Kalk. Personalaufwand		432,20		324,15		3.781,75		1.175,00
Preis pro Stunde		54,03		54,03		54,03		46,97

Die dargelegten Angaben/Schätzungen beziehen sich zwar zunächst nur auf die erstmalige Erstellung des Krisenkonzepts. Es spricht allerdings wenig dafür, dass dieser zunächst einmalige Aufwand in den Folgejahren niedriger wird. Denn zum einen soll die in das betriebliche Katastrophenvorsorgekonzept integrierte Gefährdungsbeurteilung auf alle Fälle jährlich stattfinden (vgl. Lessinnes et al., 2022a, S. 5); zum anderen soll auch die gesamte Planung regelmäßig evaluiert werden (vgl. Lessinnes et. al., 2022b, S. 27f.).

2.3 Kostenabschätzung Makroebene

Zum Zwecke der Kostenabschätzung auf der Makroebene muss der durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung geschätzt werden. Angenommen wird hier, dass im Durchschnitt pro Pflegedienst zwei Personen jeweils 4 Stunden (also 8 Stunden insgesamt) beschäftigt sind. Dieser durchschnittliche Zeitaufwand ist zu multiplizieren mit dem – ebenfalls nur schätzbaren – durchschnittlichen Stundensatz sowie der bekannten Anzahl der Pflegedienste.

Auf diese Weise errechnen sich der in Tab. 6 dargestellte Kostenaufwand für Deutschland, Sachsen-Anhalt und Bayern.

Tab. 6: Kalk. Personalaufwand für die Erstellung des Krisenvorsorgekonzepts auf Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Σ Bruttolöhne QN C	2.810.887 €	113.755 €	404.546 €
Aufschlag 1	1.405.443 €	56.878 €	202.273 €
Aufschlag 2	2.810.887 €	113.755 €	404.546 €
Kalk. Personalaufwand	4.216.330 €	170.633 €	606.818 €

3. Vorhaltung materieller Ressourcen

Laut Soll-Konzept der Charité-IGPW-Forschungsgruppe sollen Pflegedienste ihrer Verantwortung bei der Vorbereitung auf den Ereignisfall auch durch Vorhaltung ausreichender materieller Ressourcen nachkommen (vgl. Ewers et al., 2022, S. 14). Zur Unterstützung der Pflegedienste werden zentrale Depots für Schutzausrüstung, Notstrom, Kraftstoff etc. auf kommunaler Ebene, aber auch auf Landes- und Bundesebene vorgeschlagen (vgl. ebd.).

Nicht alle, aber die wichtigsten Vorschläge werden in diesem Kapitel pflegeökonomisch betrachtet.

3.1 Notstromversorgung

Die Abhängigkeit moderner Haushalte von einer funktionierenden Stromversorgung bedarf keiner Erläuterung. Auf Kommunikations- und Unterhaltungselektronik sowie auf die übliche Haushaltstechnik (Herd, Waschmaschine, Wasserkocher etc.) mag man sicherlich einige Zeit verzichten können. Aber je länger ein Stromausfall dauert, desto gravierender sind dessen Auswirkungen. Im Übrigen kann sich bei intensivpflegebedürftigen Menschen selbst ein kurzzeitiger Stromausfall lebensbedrohlich auswirken.

[Bei beatmeten Patienten] „haben wir ungefähr ein Zeitfenster von 2 - bis 4 Stunden, bevor auch die Reserve-Akkus aufgebraucht sind, und dann ist Schluss. (01_Interview 01, Pos. 62)

Zur Sicherstellung der Notstromversorgung ist, wie schon erwähnt, laut Soll-Konzeption eine „zentrale Vorhaltung in Form von kommunalen, aber auch bundes- und landeseinheitlichen Depots“ (Ewers et al., 2022, S. 14f.). Obwohl insoweit die Beschaffung und Bevorratung von Stromgeneratoren zumindest primär als Aufgabe von staatlichen Stellen gesehen wird, sind Pflegedienste doch gefordert, sich mit dieser Frage auseinanderzusetzen.

Mobile Notstromaggregate werden von ambulanten Pflegediensten in aller Regel nicht vorgehalten.

06: *Ich kenne nicht einen ambulanten Dienst außer unseren, der irgendwo einen Strom-Aggregator hätte (...).*

Interviewer: *Sie haben Ihren Generator selbst gekauft?*

06: *Ja, den haben wir selber gekauft, für die Häuslichkeit gekauft. Privat. Wir haben uns ja gefragt, was machen wir denn, wenn alle Stränge reißen.*

Interviewer: *Ist das ein kleiner tragbarer Stromgenerator vom Baumarkt. Oder so ein richtig schweres Gerät?*

06: *Nicht so groß. Den kann man einfach hinfahren.*

Interviewer: *Und wie bzw. wann wird der eingesetzt?*

06: *Eingesetzt wird er nur bei bestimmten Leuten, halt bei Schwerkranken. Zum Beispiel bei Menschen, die auf Wechseldruckmatratzen liegen, weil sie ein hohes Dekubitusrisiko haben...Die müssen natürlich immer laufen. Mit Strom. Ohne Strom geht das nicht lange gut.*

Interviewer: *Haben Sie mehrere [Stromgeneratoren]?*
06: *Nein, einen. (06_Interview, Pos. 47-53)*

Bereits in der ersten Erhebung wurde von Pflegedienstseite die Erwartung geäußert, dass jeder Patientin und jedem Patienten von der Feuerwehr ein Notstromaggregat bereitgestellt würde (vgl. Lehmann et. al., 2021, S. 68). Diese Erwartung wurde bei der jetzigen Erhebung erneut geäußert, wobei eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Tragfähigkeit einer solchen Lösung durchklingt:

Also, wir haben Kontakt zur Feuerwehr und natürlich zur Stadtverwaltung. In kleineren Gemeinden ist das relativ einfach: Da gibt es dann einen oder zwei Klienten, die bekommen dann vor die Haustüre ein Notstromaggregat gestellt, und dann kann das weiterlaufen. Ich sehe Probleme eher in einer größeren Stadt, wie zum Beispiel Magdeburg. Wenn dort zum Beispiel – ich erfinde jetzt eine Zahl: 200 beatmungspflichtige Personen sind – und die sollen alle ein Notstromaggregat bekommen... Erst mal bin ich mir nicht sicher, ob es dann so viele gibt, von diesen Notstromaggregaten. (01_Interview, Pos. 64-65)

Abgesehen von der Sorge, dass die Menge der (bei staatlichen Stellen gelagerten) Notstromaggregate nicht ausreichen könnte, werden auch technische Barrieren gesehen:

In einem zehngeschossigen Magdeburg stellt sich auch die Frage: Wo will man das hinstellen? Die laufen meistens auf Kraftstoffbasis. Und die Abgase müssen ja abgeleitet werden. (01_Interview, Pos. 65)

Tatsächlich dürfen mit Benzin oder Diesel betriebene Notstromaggregate wegen der Abgase nicht in geschlossenen Räumen betrieben werden – es sei denn die Abgase würden mittels Spezialschläuchen sicher nach außen geleitet. Letzteres würde allerdings eine entsprechende fachmännische Montage voraussetzen, die aus Zeitgründen natürlich nicht erst im Notfall erfolgen dürfte. Die mobilen, teilweise für unter 1.000 Euro in Baumärkten angebotenen, benzinbetriebenen Notstromaggregate eignen sich von daher nicht oder jedenfalls nur sehr bedingt für die Sicherung der Stromversorgung in Pflegehaushalten.

Für viele Pflegedienste dürfte es außerdem schwierig werden, die Notstromaggregate und den Kraftstoff zu lagern (selbst kleine Notstromaggregate mit einer Leistung von drei bis fünf Kilowatt Leistung kommen mit einer Tankfüllung von ca. 20 Litern nur drei bis vier Tage aus) (→ siehe Kap. 3.8).

Die beschriebenen Probleme stellen sich weniger bei stationären Pflegeeinrichtungen und Service-wohnanlagen. Interviewpartner 05, dessen Unternehmen Service-Wohnanlagen anbietet, hält das Aufstellen von Stromaggregaten bzw. -generatoren für eine probate Möglichkeit:

Jedenfalls könnte man zwecks Vorsorge für den Katastrophenfall überlegen, wo man vielleicht Generatoren hinstellt oder wer sie wohin liefert... Wir haben an unseren WG-Standorten schon jetzt Garagen, wo Photovoltaikanlagen und Weiteres betrieben werden, also da könnten auch Stromgeneratoren hin. Die Finanzierung ist halt unklar. (05_Interview, Pos. 36)

In der Soll-Konzeption der Charité-IGPW-Forschungsgruppe spielt das Thema Notstrom eine geringere Rolle als das Thema „Evakuierung / Bereitstellung zentraler Notunterkünfte“ (vgl. Ewers et al., 2022, S. 26f., Lessinnes et al., 2022a, 2022b). Es wird *nicht* erwartet, dass ambulante Pflegedienste Notstromaggregate beschaffen und lagern. Vor diesem Hintergrund wird hier darauf verzichtet, eine Abschätzung des Kostenaufwandes vorzunehmen.

3.2 Mitarbeiterschutz (Hygiene)

Die „Material-Liste“ der Charité-IGPW-Forschungsgruppe enthält unter der Überschrift „MA-Schutz-Material (Hygiene)“ einige spezielle Hygieneartikel, nämlich Einmalhandschuhe, Hände-Desinfektionsmittel und FFP2-Masken, die im Zuge der COVID-19-Pandemie von Pflegeeinrichtungen ohnehin in so Menge großen vorgehalten wurden (und werden), dass damit zwei und mehr Wochen überbrückt werden könnten. Zusätzliche Ausgaben für die Katastrophenfallbevorratung fallen insofern nicht an. Bei Toilettenpapier reichen allerdings die derzeit von den meisten Pflegediensten bevorrateten „Haushaltsmengen“ eher nicht aus. Die Material-Liste enthält darüber hinaus außerdem weitere Hygieneartikel, wie Zahnbürsten- und Zahnpasta (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23), die üblicherweise gar nicht von Pflegediensten bevorratet werden.

Aus Vereinfachungsgründen werden hier *5 Euro pro Mitarbeiter*in* angesetzt. Dann ergeben sich rechnerisch für die Beispieelpflegedienste folgende Ausgaben:

Tab. 7: Sachausgaben für Mitarbeiterschutz (Hygiene), Fallbeispiele Mikroebene

Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)				Vignette C	
22	Beschäftigte insg.	29	Beschäftigte insg.	300	Beschäftigte insg.	150	Beschäftigte insg.
	110 €		145 €		1.500 €		750 €

Hochgerechnet auf die Makroebene ergeben sich dann folgende Sachausgaben:

Tab. 8: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für persönliche Hygiene á 5 €

(Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5)

	Anzahl Mitarbeitende	Kosten in €
Bayern	56.992	284.960
Sachsen-Anhalt	15.176	75.880
Deutschland	442.860	2.214.300

3.3 Mitarbeiterschutz (Witterung)

Die AUIK-Materialliste enthält unter der Überschrift „MA-Schutz-(Witterung)“ diverse Artikel, die normalerweise nicht in Pflegeeinrichtungen vorgehalten werden, z.B. Schlafsäcke oder Gummistiefel (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23)

3.3.1 Schlafsäcke (Luftmatratzen und Decken)

Laut AUIK-Materialliste soll je ein Schlafsack pro Mitarbeiter*in vorgehalten werden (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Ob tatsächlich für jede Mitarbeiterin bzw. jeden Mitarbeiter ein Schlafsack gestellt werden muss, könnte diskutiert werden. Sehr wahrscheinlich benötigen bei einer witterungsbedingten Katastrophe (Überflutung, Schnee) nicht alle Mitarbeitenden einen Schlafsack – entweder, weil sie privat einen besitzen (und im Katastrophenfall auch für betriebliche Zwecke nutzen würden) oder weil sie gar nicht in die Pflegestation kommen würden. Andererseits könnte intendiert sein, ggf. überzählige, d.h. von Mitarbeitenden nicht benötigte Schlafsäcke, einigen bedürftige Patientenhaushalten zur Verfügung zu stellen.

Vorgeschlagen (ohne Mengenangaben) werden außerdem Luftmatratzen und Decken (vgl. ebd.). Diese können – ebenso wie die hier nicht gesondert erwähnten Isomatten – als Schlafunterlage Verwendung finden (Weichlagerung, Isolierung gegenüber dem Boden). Es handelt sich dabei allerdings um eine Maßnahme, die eher dem Komfort dient und sicherlich nicht unbedingt überlebensnotwendig ist. Außerdem kann der Bedarf im Katastrophenfall durch Improvisation gedeckt werden (Decken aus Privathaushalten, Pappe etc.). Von daher wird hier davon ausgegangen, dass diese Materialien nicht vom Pflegedienst zu bevorraten sind. Da die Menge der Schlafsäcke eher zu hoch ist, könnte ein Teil des dafür vorgesehenen Budgets auch für diesen Zweck verwendet werden.

Ein Schlafsack in hinreichender Qualität ist ab ca. 50 Euro zu haben (vgl. Anlage 10, zu 3.3.1). Geht man sowohl von diesem Preis als auch von in der Regel 50 Euro pro Mitarbeiter*in, dann errechnen sich für die Fallvignetten folgende Ausgaben:

Tab. 9: Sachausgaben für Schlafsäcke (á 50 €), Fallbeispiele Mikroebene

	Unternehmen A	Unternehmen B		Unternehmen C
	22 MA insg.	29 MA 1 Pflegedienst	300 MA in 10 Pflegediensten	150 MA insg.
Kalk. Gesamtaufwand	1.100 €	1.450 €	15.000 €	7.500,00 €

Ebenfalls ausgehend von der Soll-Vorgabe „1 Schlafsack pro Mitarbeiter*in“ errechnen sich auf der Makroebene folgende Ausgaben:

Tab. 10: Sachausgaben für Schlafsäcke (à 50 € pro MA), Makroebene

(Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5)

	Anzahl MA	Kosten in €
Bayern	56.992	2.849.600
Sachsen-Anhalt	15.176	758.800
Deutschland	442.860	22.143.000

3.3.2 Gummistiefel

Gummistiefel sind bei einer Überschwemmung nützlich. Der AUIPK-Materialliste ist nicht zu entnehmen, wie viele Gummistiefel vorgehalten werden sollen (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Es fragt sich, ob für jede im Pflegedienst beschäftigte Person ein Paar Gummistiefel vorgehalten werden muss; zumal viele Beschäftigte (wenngleich sicherlich nicht alle) private Gummistiefel besitzen, die sie ggf. im Überschwemmungsfall nutzen würden. Hier wird daher davon ausgegangen, dass etwa für ein Drittel der Mitarbeiter*innen Gummistiefel zur Verfügung gestellt werden.

Ein paar Gummistiefel in guter Qualität (mit Fütterung) ist ab ca. 40 Euro zu haben (vgl. Anlage 10, zu 3.3.2). Geht man von diesem Preis aus errechnen sich für die Fallvignetten folgende Ausgaben:

Tab. 11: Sachausgaben für Gummistiefel (1 Paar à 40 € für rund ein Drittel der Beschäftigten), Fallbeispiele Mikroebene

Unternehmen A	Unternehmen B		Unternehmen C
22 Beschäftigte insgesamt	29 Beschäftigte in 1 PflD.	300 Beschäftigte, in 10 PflD.	150 Beschäftigte insg.
8 Paar Stiefel 320 €	10 Paar Stiefel 400 €	100 Paar Stiefel. 4.000 €	50 Paar Stiefel 2.000,00 €

Tab. 12: Sachausgaben für Gummistiefel (1 Paar à 40 € für rund ein Drittel der Beschäftigten), Makroebene (Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5)

	Anzahl MA	Anzahl Stiefel	Kosten in €
Bayern	56.992	18.997	759.893
Sachsen-Anhalt	15.176	5.059	202.347
Deutschland	442.860	147.620	5.904.800

3.3.3 Wechselkleidung und Beschäftigungsmaterialien

In der AUIPK-Materialliste gelistet sind auch Wechselkleidung sowie Beschäftigungsmaterialien, wie Bücher, Zeitschriften oder Gesellschaftsspiele (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Im Katastrophenfall ist es sicherlich wünschenswert, über diese Materialien verfügen zu können. Fraglich ist allerdings, ob Wechselkleidung, Bücher, Spiele etc. neu gekauft und bevorratet werden müssen. Es sollte möglich sein, einen Fundus aus Sammlungen und Spenden anzulegen. Im Übrigen sollten Mitarbeitende selbst im Katastrophenfall noch in der Lage sein, private Kleidung, Bücher, Spiele etc. mit in die Pflegestation zu bringen. Im betriebsinternen Krisenkonzept könnte darauf hingewiesen werden und zu Spenden bzw. Leihgaben aufgerufen werden. Hier wird jedenfalls davon ausgegangen, dass diese Materialien *nicht* gekauft werden.

3.3.4 Teelichter

Auf der AUIPK-Materialliste stehen unter der Rubrik „MA-Schutz Witterung“ auch Teelichter und Feuerzeuge. Mengenangaben werden keine gemacht (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Hier wird davon ausgegangen, dass 1.000 Teelichter pro Pflegedienst bevorratet werden. Einmalfeuerzeuge (Gas) und/oder Streichhölzer müssen ebenfalls bevorratet werden. Als sog. „Pfennigartikel“ (der Preis für ein Gasfeuerzeug liegt bei ca. 30 Cent) fallen diese aber nicht weiter ins Gewicht und werden in den Preis für die Teelichter mitkalkuliert. Eine Packung mit 100 Teelichtern kostet zwischen 5 und 6 Euro. Hier wird ein mittlerer Preis von 5,50 Euro angenommen.

Mangels Aussagen zur benötigten Menge kann der Bedarf nur sehr grob veranschlagt werden. Aus Vereinfachungsgründen wird ein Bedarf von 500 Teelichtern pro Pflegedienst angesetzt.

Tab. 13: Sachausgaben für Teelichter (5 Packungen á 5,50 € pro Pflegedienst), Fallbeispiele Mikroebene

Unternehmen A		Unternehmen B			Unternehmen C		
5	Packungen á 100	5	Packungen á 100	50	Packungen á 100	50	Packungen á 100
	27,50 €		27,50 €		275 €		27,50 €

Ausgehend von den besagten Parametern errechnen sich auf der Makroebene folgende Kosten:

Tab. 14: Sachausgaben für Teelichter (5 Packungen á 5,50 € pro Pflegedienst), Makroebene

(Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	58.850
Sachsen-Anhalt	658	18.095
Deutschland	15.376	422.840

3.4 Lebensmittel- und Trinkwasservorrat

3.4.1 Mineralwasser

Überlebenswichtig im Katastrophenfall ist Trinkwasser. Laut AUIPK-Materialliste sind mindestens 5 Liter pro Mitarbeiter*in gefordert (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Trinkwasser ist hier mit Mineralwasser in Glasflaschen gleichzusetzen. Glasflaschen sind PET-Flaschen vorzuziehen, da länger haltbar. So gibt Gerolsteiner das Mindesthaltbarkeitsdatum seiner Glasflaschen mit 24 Monaten an, bei PET-Flaschen nur mit ca. 12 Monaten. Nach Auskunft des Verbandes Schweizerischer Mineralquellen und Soft-Drink-Produzenten (SMS) ist Mineralwasser in Glasflaschen auch weit über dem angegebenen Mindesthaltbarkeitsdatum ohne relevante Qualitätseinbußen trinkbar und „praktisch unbeschränkt“ haltbar (SMS, o.J.).

Da der Tagesbedarf eines Erwachsenen bei 1,5 Litern liegt, wird den Bürgerinnen und Bürgern in der Tagespresse empfohlen 20 Liter zu bevorraten; das soll dann für 10 Tage reichen (Hanuschke, Guschmidt, 2022, S. 3). Hier werden 18 Liter angesetzt. Zum einen versorgen sich voraussichtlich nicht alle Mitarbeitenden eines Pflegedienstes im Katastrophenfall in der Pflegestation mit Trink- bzw. Mineralwasser. Zum anderen ist nicht gesagt, dass der Wasservorrat für 10 Tage halten muss. 1 Liter (ohne Pfand) ist für ca. 0,60 Euro zu beschaffen (vgl. Anlage 10, zu 3.4.1). Für die Beispielunternehmen ergeben sich dann die in Tab. 15 aufgeführten Ausgaben:

Tab. 15: Sachausgaben für Mineralwasser (18 Liter á 0,60 € pro MA), Fallbeispiele Mikroebene

Unternehmen A		Unternehmen B			Unternehmen C		
22	Beschäftigte	29	Beschäftigte	300	Beschäftigte	150	Beschäftigte
Kosten:	184,80 €	Kosten:	243,60 €	Kosten:	2.520,00 €	Kosten:	1.260,00 €

Ausgehend von den besagten Parametern errechnen sich auf der Makroebene folgende Kosten:

Tab. 16: Sachausgaben für Mineralwasser (18 Liter á 0,60 € pro MA), Makroebene

(Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5)

	Anzahl Mitarbeitende (MA)	Kosten in €
Bayern	56.992	615.514
Sachsen-Anhalt	15.176	163.901
Deutschland	442.860	4.782.888

3.4.2 Grundvorrat Lebensmittel

Neben Trinkwasser sind auch Lebensmittel überlebenswichtig. In der Material-Liste werden Produktgruppen, aber keine Mengen genannt; im Einzelnen: „Konserven mit Suppen/Eintöpfen; kohlenhydratreiche, lagerbare Snacks (z.B. Müsli-Riegel, Studentenfutter, Knäckebrot/Pumpernickel)

(Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Die Auflistung enthält vor allem vergleichsweise kostengünstige Lebensmittel (Konserven), aber auch einige vergleichsweise teure (Nüsse, Studentenfutter).

Analog zum Trinkwasser wird hier davon ausgegangen, dass sich nicht alle Mitarbeitenden eines Pflegedienstes in der Pflegestation mit Lebensmitteln versorgen müssen. Trotzdem ist es sinnvoll der Anzahl der Beschäftigten als Rechengröße heranzuziehen. Da weder die Menge (ausreichend für 3 bis 10 Tage) noch die Art der Lebensmittel vorgegeben sind, kann und muss hier der Preis für das „Lebensmittelpaket“ pro Person ad hoc festgesetzt werden. Angesetzt werden – sicherlich diskussionsfähig – 40 Euro pro Person.

Tab. 17: Sachausgaben für Lebensmittel (Ansatz 40 € pro MA), Fallbeispiele Mikroebene

Unternehmen A		Unternehmen B				Unternehmen C	
22	Beschäftigte	29	Beschäftigte	300	Beschäftigte	150	Beschäftigte
Kosten:	880 €	Kosten:	1.160 €	Kosten:	12.000 €	Kosten:	6.000 €

Ausgehend von den besagten Parametern errechnen sich auf der Makroebene folgende Kosten:

Tab. 18: Sachausgaben für Lebensmittel (Ansatz 40 € pro MA), Makroebene

(Quelle für die Anzahl der Mitarbeitenden: Destatis, 2022b, Tab. 1.5)

	Anzahl Mitarbeitende (MA)	Kosten in €
Bayern	56.992	2.279.680
Sachsen-Anhalt	15.176	607.040
Deutschland	442.860	17.714.400

3.4.3 Gaskocher inkl. Zubehör

Zur Zubereitung von warmen Speisen (aus Konserven etc.) werden Gaskocher nebst Zubehör (wie z.B. Gaskartuschen, Kochutensilien) benötigt; auf der Materialliste sind diese Materialien ohne weitere Erklärung aufgeführt (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Abgestellt wird hier nicht auf Profikochgeräte, sondern auf Campinggaskocher die mit Standard-Gaskartuschen (Butangas: MSF-1a/ES-01) betrieben werden. Mit einem Basissatz von 8 bis 16 Kartuschen Gaskartuschen kosten diese ca. 50 Euro (vgl. Anlage 10, zu 3.4.2). Hier wird davon ausgegangen, dass ein Campinggaskocher pro Pflegedienst angeschafft und bevorratet wird. (Kochtopf und Essbesteck muss nicht gesondert beschafft werden, so die Annahme).

Tab. 19: Gaskocher inkl. Zubehör (50 € pro Pflegedienst), Fallbeispiele Mikroebene

Unternehmen A		Unternehmen B		Unternehmen C	
1	Set	1	Set	10	Sets
	50 €		50 €		500 €
				1	Set
					50 €

Ausgehend von den besagten Parametern errechnen sich auf der Makroebene folgende Kosten:

Tab. 20: Sachausgaben für Gaskocher inkl. Zubehör (50 € pro Pflegedienst), Makroebene

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	107.000
Sachsen-Anhalt	658	32.900
Deutschland	15.376	768.800

3.5 Kommunikationsgeräte

Die „Material-Liste für Büro und Dienstwagen“ (Lessinnes et al., 2022b, S. 23) enthält Kommunikationsgeräte:

- Funkgeräte (Walkie-Talkies)
- Notfall-Radios
- Ferner: Leuchtfeuerwerke (für den Dienstwagen)

Nähere Angaben hierzu werden nicht gemacht.

3.5.1 Funkgeräte

Laut Soll-Konzeption sollten alle Mitarbeiter*innen im Innen- und Außendienst im Krisenfall per Walkie-Talkie kommunizieren können (vgl. Lessinnes et al. 2022b, S. 23). Gemeint sein dürfte die Aufrechterhaltung der Kommunikation zwischen der Pflegedienstzentrale und den sich auf Pflege-tour befindlichen Mitarbeitenden. Gesetzt dies ist der Fall, wird je ein Funkgerät pro gleichzeitig stattfindender Pflegetour benötigt, zusätzlich natürlich ein Funkgerät in der Zentrale.

Um die Kommunikation zwischen der Zentrale und den Pflegekräften „unterwegs“ aufrechtzuerhalten, müssen die Funkgeräte Reichweiten von 10 km und mehr sicher überbrücken können; und zwar auch bei dichter Bebauung (Stadt). Die lizenzfreien, kostengünstigen Funkgeräte, die auf der „Jedermannfunkanwendung“ PMR (genauer: PMR446) kommunizieren, erfüllen diese Bedingung nicht. Die von den Herstellern für PMR-Funkgeräte angegebenen Reichweiten von 10 km beziehen sich auf die Sichtlinie (freies Feld) und werden im Realbetrieb nicht annähernd erreicht, schon gar nicht in der Stadt.

Benötigt werden also professionelle UHF-Funkgeräte, für die eine Lizenz bei der Bundesnetzagentur beantragt werden muss.⁶ Solche Geräte kosten 300 Euro und mehr in der Anschaffung (siehe Anlage 10, zu 3.5.1), angenommen wird hier ein mittlerer Preis von **350 Euro**.

Die Anzahl der notwendigen Pflegetouren hängt weniger von der Anzahl der (unterschiedlich langen) Kundeneinsätze ab als vielmehr von der Anzahl der Beschäftigten und deren täglicher Arbeitszeit. Hier gibt es große Schwankungen von Pflegedienst zu Pflegedienst; insoweit dienen die nachstehenden Fallvignetten nur der Veranschaulichung.

Tab. 21: Sachausgaben für Funkgeräte, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)		Vignette C			
	22 MA insg.		29 MA insg.		300 MA insg.	150 MA insg.		
Gleichzeitige Pflegetouren	4	1.400 €	5	1.750 €	50	17.500 €	30	10.500 €
Funkgeräte Zentralbüro	1	350 €	1	350 €	11	3.850 €	1	350 €
Kalk. Gesamtaufwand		1.750 €		2.100 €		21.350 €		10.850 €

⁶ Warum ein lizenziertes Funkgerät? UHF-Funkgeräte "mit Lizenz" sind deutlich teurer als unlizenzierte Geräte (PMR446). Was sind die Vorteile für ein lizenziertes "Profi"-Funkgerät?

- Sichere Kommunikation: Mit einem lizenzierten Funkgerät erhält ein Pflegedienst nicht nur das Recht, das Gerät zu nutzen, sondern ihm wird auch eine eindeutige Frequenz zugewiesen, die eine (abhör)sichere Kommunikation ermöglicht.
- Eine größere Reichweite: Während die Reichweite eines unlizenzierten Geräts auf einige Kilometer begrenzt ist, ist die Reichweite eines VHF-UHF-Funks aufgrund seiner Sendeleistung um ein Vielfaches größer. Das unlizenzierte Walkie-Talkie ist tatsächlich auf 0,5 Watt "geflanscht", während ein lizenziertes Funkgerät eine Leistung von bis zu 4W im UHF und 5W im VHF hat.
- Zusätzliche Funktionen: Unterstützung für die Außendienstmitarbeitenden, z.B. Empfang von Live-Alarmen, Gegensprechanlage, Beantwortung einer Telefonzentrale ...
- Robustheit: lizenzierte Funkgeräte sind deutlich widerstandsfähiger als unlizenzierte Modelle, sie sind z. B. resistent gegen Stöße und Stürze oder Regen.

Vgl. One Direct (o.J): Warum ein lizenziertes Walkie Talkie wählen? <https://www.onedirect.de/funkgeraete/lizenzpflichtige-betriebsfunkgeraete> (8.3.2023)

Gerade für die Makroebene gilt: Die Anzahl derjenigen Mitarbeiter*innen, die sich gleichzeitig im Außendienst befinden, ist unbekannt. Angenommen wird ein durchschnittlicher Bedarf von sechs Funkgeräten im Außendienst. Dazu noch ein weiteres Funkgerät im Büro, also in der Summe sieben. Multipliziert mit den Anschaffungskosten von 350 Euro pro Gerät, kumulieren sich die Ausgaben für den Ersatzfunkverkehr in den einzelnen Bundesländern bzw. in ganz Deutschland wie folgt:

Tab. 22: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Funkgeräte á 350 Euro

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	5.243.000
Sachsen-Anhalt	648	1.612.100
Deutschland	15.376	37.671.200

3.5.2 Notfall-Radios

Notfall-Radios können per Batterie betrieben werden und verfügen über einen Akku, der sowohl mit einer Drehkurbel als auch mit Solarzellen aufgeladen werden kann. Ein reiner Solarbetrieb ist wegen der recht kleinen Solarzelleneinheit nicht möglich.

Zweckdienliche Notfall-Radios kosten **ca. 50 Euro** (vgl. Anlage 10, zu 3.5.2).

Da aus der AUPIK-Materialliste nicht genau hervorgeht, wen der Pflegedienst mit einem Notfall-Radio ausstatten sollte, und da dieses Thema auch in den Experteninterviews keine Rolle spielte, muss diesbezüglich auf Annahmen zurückgegriffen werden. Angenommen wird hier, dass jeder Pflegedienst ein Notfallradio beschafft. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Notfallradio zusammen mit dem bereits üblichen Notfallhandy (Pflegedienste müssen bekanntlich jederzeit telefonisch erreichbar sein) von der diensthabenden Pflegekraft in Rufbereitschaft mit sich geführt wird.

Unter diesen Annahmen ergibt sich folgender Sachaufwand für die Fallvignetten (vgl. Tab. 23)

Tab. 23: Sachausgaben für Notfallradios, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)			Vignette C	
	22 MA insg.		29 MA insg.	300 MA insg.		150 MA insg.	
Geräte (pro Büro)	1	50 €	1	11	550 €	1	50 €

Multipliziert mit der Anzahl der Pflegedienste in Sachsen-Anhalt, Bayern und Deutschland kumulieren sich die Sachausgaben für diesen Zweck auf der Makroebene also wie folgt:

Tab. 24: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Notfallradios á 50 Euro

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	107.000
Sachsen-Anhalt	658	32.250
Deutschland	15.376	768.800

3.6 Medikamente und medizinisch-technische Gerätschaften

In der AUPIK-Materialliste wird die Empfehlung ausgesprochen, einen „angemessenen Vorrat“ an Notfall-Medikamenten anzulegen; explizit genannt werden in diesem Zusammenhang Insulin (→ Diabetes), Nifidipin (→ sofortige Bluthochdruckabsenkung), Benzodiazepine (→ Krampfanfall) sowie die isotone Flüssigkeit Sterofundin (→ Dehydratation und Azidose) (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). An derselben Stelle wird allerdings bereits darauf hingewiesen, dass Pflegefachkräfte keine Verschreibungsberechtigung für Medikamente besitzen. Gemäß § 5a Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) dürfen Pflegefachkräfte zwar bei einigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen, dazu zählen aber ausdrücklich nicht die Leistungen Medikamente und Infusionen (vgl. Nr. 16, 16a, 26, Anlage zur HKP-RL). Eine allgemeine Bevorratung von Medikamenten und/oder Infusionen ist ebenfalls nicht vorgesehen (vgl. ebd.). Ambulante Pflegedienste lagern derzeit nur die persönlichen Medikamente jener

Kund*innen, die ihnen einen Auftrag für das Medikamentenmanagement (Position 26.3 „Richten der Medikamente“, HKP-RL) erteilt haben. Von daher werden hier keine Kosten für die Bevorratung von Medikamenten und/oder Infusionen ermittelt.

In der AUIPK-Materialliste werden außerdem verschiedene medizinisch-technische Geräte zur Vorhaltung empfohlen, nämlich Geräte zur Blutdruckmessung (RR-Manschette und Stethoskop), zur Blutzuckermessung („BZ-Messgerät“) sowie zur Messung der Blutgerinnung („INR-Messgerät“), (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Da die beiden erstgenannten Gerätetypen standardmäßig in ambulanten Pflegediensten vorgehalten werden, müssen sie nicht extra mit Blick auf den Katastrophenfall angeschafft werden.

Anders liegt hier der Fall bei den sog. **INR-Messgeräte**. Diese Geräte unterstützen bei der Analyse verschiedener Blutwerte, die auf Blutgerinnungsneigungen hinweisen können. Die Überwachung der Blutgerinnung ist u.a. zweckmäßig im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung zur Vorbeugung oder Behandlung von Blutgerinnseln (Thrombose). Die partielle Thromboplastinzeit (PTT) wird häufig bei Patient*innen bestimmt, die mit gerinnungshemmenden Medikamenten wie Heparin behandelt werden.

INR-Geräte gehören nicht zur Standardausrüstung eines ambulanten Pflegedienstes. Das allerdings aus gutem Grunde, denn diese Leistung steht derzeit nicht im HKP-Leistungskatalog (vgl. Anlage zur HKP-RL).

Ein INR-Gerät kostet ca. 700 Euro; benötigt werden außerdem Teststreifen sowie Lanzetten/Tupfer für die Blutabnahme aus der Fingerkuppe. Ein Satz Teststreifen zur Bestimmung der partiellen Thromboplastinzeit (PTT) kostet ca. 200 Euro (vgl. Anlage 10 (zu 3.6)). Da die Messung der Blutgerinnung (wenn überhaupt!) selten notwendig ist, reicht in jedem Fall ein INR-Gerät pro Pflegedienst. Bevorratet werden muss ein Satz Teststreifen. Unter dieser Annahme ergibt sich folgender Sachaufwand für die Fallvignetten (vgl. Tab. 25)

Tab. 25: Sachausgaben für INR-Messgeräte inkl. Zubehör, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)			Vignette C		
	22	MA insg.	29	MA insg.	300	MA insg.	150	MA insg.
Gerät inkl. Zubehör	1	8500 €	1	850 €	10	8.500 €	1	850 €

Multipliziert mit der Anzahl der Pflegedienste in Sachsen-Anhalt, Bayern und Deutschland kumulieren sich die Sachausgaben für diesen Zweck auf der Makroebene also wie folgt:

Tab. 26: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für INR-Messgeräte inkl. Zubehör

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	1.819.000
Sachsen-Anhalt	658	559.000
Deutschland	15.376	13.069.600

3.7 Transport, Transportsicherheit

3.7.1 Benzinkanister

In der AUIPK-Materialliste wird eine „Reserve an Kraftstoff zur Bevorratung im Notfall“ gefordert (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23f.). In jedem Dienstwagen soll ein Benzinkanister mit 5 Litern mitgeführt werden (vgl. ebd., S. 24)

Erlaubt sind maximal 20 Liter Benzin im Keller oder in einer Garage lagern; und zwar als Höchstmenge pro Haus (vgl. Technische Regeln für Gefahrstoffe, TRGS 51, hier Lagerung von Gefahrstoffen in ortsbeweglichen Behältern.). Bei der Lagerung von Benzin sind abgesehen von der Technische Regeln Gefahrstoffe (TRGS) auch die Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV), das Wasserhaushaltsgesetz (WHG) sowie die Garagenverordnung beachtlich. Benzin darf im Auto nur mitgenommen werden, wenn der Kanister die DIN-Norm 7274 oder 16904 erfüllt. Da das Benzin

länger gelagert werden soll, empfehlen sich keine Plastikkanister, sondern Metallkanister mit Entlüftungsröhr, benzinfester Gummidichtung und einer Innenlackierung, die vor Rost und Zersetzung des Inhaltes bei längerer Lagerung im gefüllten Zustand schützt.

Solche Kanister kosten – ungefüllt ca. 30 Euro (vgl. Anlage 10, zu 3.7.1). Dazu kommen die Kosten für das Benzin. Angenommen wird hier ein Literpreis von 1,90 Euro, pro Füllung eines 5-Liter-Benzinkanisters also 9,50 Euro. Ein gefüllter Benzinkanister kostet also 39,50 Euro.

Angenommen wird weiter, dass pro Pflegedienst 20 l Benzin (4 Kanister á 5 l) gelagert werden. Außerdem pro Dienstwagen je ein Kanister á 5 l. Die Anzahl der Dienstwagen korreliert mit den notwendigen Pflgetouren. Deren Anzahl hängt, wie schon erwähnt, weniger von der Anzahl der (unterschiedlich langen) Kundeneinsätze ab als vielmehr von der Anzahl der Beschäftigten und deren täglicher Arbeitszeit. Hier gibt es große Schwankungen von Pflegedienst zu Pflegedienst; insoweit dienen die nachstehenden Fallvignetten nur der Veranschaulichung.

Tab. 27: Sachausgaben für gefüllte 5-Liter-Benzinkanister á 39,50 Euro, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)				Vignette C	
	22	MA insg.	29	MA insg.	300	MA insg.	150	MA insg.
Dienstwagen	4	158 €	5	198 €	50	1.975 €	30	1.185 €
Zentral gelagerte Kanister	4	158 €	4	158 €	40	1.580 €	4	158 €
Kalk. Gesamtaufwand		316 €		356 €		3.555 €		1.343 €

Zwecks Berechnung der Ausgaben auf der Makroebene wird hier eine durchschnittliche Lagerungsmenge von 9 Benzinkanistern pro Pflegedienst angenommen. Multipliziert mit den Anschaffungskosten von 39,50 Euro pro Gerät, kumulieren sich die Ausgaben in den einzelnen Bundesländern bzw. in ganz Deutschland wie folgt:

Tab. 28: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für gefüllte 5-Liter-Benzinkanister

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	760.770
Sachsen-Anhalt	648	233.919
Deutschland	15.376	5.466.168

3.7.2 Klappspaten

Zu den Materialien, die laut AUPIK-Materialliste in einem Dienstwagen mitgeführt werden sollten, zählt auch ein Klappspaten (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 24). Ein zweckdienlicher Klappspaten kostet ca. 25 Euro (vgl. Anhang 10, zu 2.7.2).

Hinsichtlich der Dienstwagen, in denen ein Klappspaten mitzuführen ist, gelten die unter 3.7.1. ausgeführten Schätzungen. Daraus errechnen sich auf der Mikroebene die in Tab. 29 dargestellten Sachausgaben.

Tab. 29: Sachausgaben für Klappspaten á 25 €, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)				Vignette C	
	22	MA insg.	29	MA insg.	300	MA insg.	150	MA insg.
Dienstwagen	4	100 €	5	125 €	50	1.250 €	30	750 €

Auf der Makroebene kumulieren sich die Ausgaben für Klappspaten in den einzelnen Bundesländern bzw. in ganz Deutschland wie folgt:

Tab. 30: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Klappspaten (5 € pro Dienst)

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	267.500
Sachsen-Anhalt	648	82.250
Deutschland	15.376	1.922.00

3.7.3 Schneeketten

Ebenfalls zum Mitführen in den Dienstwagen vorgeschlagen sind laut AUIPK-Materialliste Schneeketten (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 24). Eine zweckdienliche Schneekette kostet ca. 40 Euro (vgl. Anhang 10, zu 2.7.3).

Hinsichtlich der Dienstwagen, in denen eine Schneekette mitzuführen ist, gelten die unter 3.7.1. ausgeführten Schätzungen. Daraus errechnen sich auf der Mikroebene die in Tab. 21 dargestellten Sachausgaben.

Tab. 31: Sachausgaben für Schneeketten á 40 €, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)				Vignette C	
	22	MA insg.	29	MA insg.	300	MA insg.	150	MA insg.
Dienstwagen	4	160€	5	200 €	50	2.000 €	30	1.200 €

Auf der Makroebene kumulieren sich die Ausgaben für Schneeketten in den einzelnen Bundesländern bzw. in ganz Deutschland wie folgt:

Tab. 32: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Schneeketten (5 € pro Dienst)

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	428.000
Sachsen-Anhalt	648	131.600
Deutschland	15.376	3.075.200

3.8 Lagerung

Pflegedienste sollen in der Einrichtung eine Vielzahl von Materialien vorhalten, die sie bisher nicht bevorratet haben. Zur empfohlenen Ausstattung gehören u.a. großvolumige Materialien, wie Wasserkannister, Reservekraftstoffkanister, Schlafsäcke, Luftmatratzen sowie Wechselkleidung und Gummistiefel in diversen Größen (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 23). Auf deren Lagerung sind Pflegedienste allerdings nicht eingestellt.

Interviewer: *Hätten Sie für dieses ganze Material überhaupt Platz in Ihren Büroräumen?*

08: *Nein, Ich wüsste nicht, wie ich das umsetzen soll, jetzt.*

Frage: *Also, Sie könnten das jetzt nicht lagern?*

08: *Nein, nein, nein. Diese Idee ist unrealistisch. (08_Interview, Pos 56-61)*

Wenn die bisherigen Räumlichkeiten eines Pflegedienstes nicht genügend Platz bieten, um die Notfall-Materialien zu lagern, müsste dieser zwecks Umsetzung des besagten Vorschlags zusätzlichen (Lager-)Raum anmieten.

3.8.1 Miete für Lagerungsräume

In Magdeburg, einer Großstadt mit im Bundesvergleich günstigen Mieten (vgl. www.miete-aktuell.de), müsste ein durchschnittlich großer Pflegedienst mit folgenden Mietkosten rechnen:

Tab. 33: Mietpreise für die Lagerung von Materialien in Magdeburg

		pro Monat	pro Jahr
Erweiterung des Büros	16 qm zu einem Quadratmeterpreis von 6,96 ⁷ (Kaltmiete)	ca. 115 Euro (kalt)	ca. 1.500 Euro („warm“, ungeheizt)
Anmietung einer Garage		ca. 75 Euro	ca. 800 Euro

Diese Angaben können nicht für Sachsen-Anhalt, und schon gar nicht für Deutschland verallgemeinert werden. Es ist derzeit völlig unklar, wie viel zusätzlicher Raum benötigt wird. Beträchtliche Preisunterschiede ergeben sich nicht nur aus der Art des Raumes (Lagerungshalle, Garage, Büroraum), sondern auch aus dem regionalen Mietpreisniveau (Großstadt/Mittelzentrum/Kleinstadt/Land, strukturschwache/-starke Region, Bundesland).

Hier wird darauf verzichtet die Mietkosten für die Lagerung von Materialien bundesweit oder landesweit zu ermitteln. Klar ist nur, dass diese im Einzelfall beträchtlich sein können.

3.8.2 Notfallschrank

Von der Charité-IGPW-Forschungsgruppe werden ein „zentral gelegener Notfallschrank in den Räumen des Pflegedienstes“ sowie ein „Notfallkoffer“ in jedem Dienstfahrzeug, als notwendig erachtet (vgl. Lessinnes et al, 2022a, S. 4).

Die Aufstellung eines Notfallschranks dürfte den Pflegediensten keine unlösbaren Raumprobleme bereiten (vgl. 08_Interview, Pos 63) – jedenfalls dann nicht, wenn der Notfallschrank zwei Meter in der Breite nicht überschreitet. Ein solcher Notfallschrank wäre der geeignete Ort für wichtige Unterlagen, für medizinisch-technische Gerätschaften und Materialien, für die empfohlenen Kommunikationsgeräte (siehe Abschnitt 3.2.2) und weiteres. Für die Bevorratung großvolumiger Dinge, wie Trinkwasser, Lebensmittel, Kraftstoff oder Gummistiefeln, erscheint ein solcher Notfallschrank weder aus inhaltlich-systematischen Gründen noch aus Platzgründen geeignet.

Hier wird von der Anschaffung eines abschließbaren Mehrzweckstahlschranks mit folgenden Maßen ausgegangen: Höhe 180-220cm, Breite 80-100, Tiefe 40-50cm. Ein solcher Stahlschrank kostet ca. 300 Euro (vgl. Anhang 10, zu 3.8.2). Jeder Pflegedienst benötigt nur einen Stahlschrank.

Unter diesen Annahmen ergibt sich folgender Sachaufwand für die Fallvignetten (vgl. Tab. 34)

Tab. 34: Sachausgaben für Stahlschränke á 300 Euro, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)				Vignette C	
	22	MA insg.	29	MA insg.	300	MA insg.	150	MA insg.
Stahlschrank (pro Büro)	1	300 €	1	300 €	10	300 €	1	300 €

Multipliziert mit der Anzahl der Pflegedienste in Sachsen-Anhalt, Bayern und Deutschland kumulieren sich die Sachausgaben für diesen Zweck auf der Makroebene also wie folgt:

Tab. 35: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für Stahlschränke

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	642.000
Sachsen-Anhalt	658	197.400
Deutschland	15.376	4.612.800

3.8.3 Lagerungsregale

Für die Lagerung großvolumiger Dinge, wie Trinkwasser, Lebensmittel, Kraftstoff oder Gummistiefel ist ein größeres Regal notwendig.

Es gibt sehr unterschiedliche Systeme. Zweckdienliche Regelsysteme mit hoher Traglast ohne besondere Optik („Kellerregale“ kosten ca. 180 Euro (vgl. Anhang 10, zu 3.8.3).

Unter diesen Annahmen ergibt sich folgender Sachaufwand für die Fallvignetten (vgl. Tab. 36)

Tab. 36: Sachausgaben für „Kellerregal“, Fallbeispiele Mikroebene

	Vignette A		Vignette B (1 10 Pflegedienste)				Vignette C	
	22	MA insg.	29	MA insg.	300	MA insg.	150	MA insg.
Kellerregal	1	180 €	1	180 €	10	1.800€	1	180 €

Multipliziert mit der Anzahl der Pflegedienste in Sachsen-Anhalt, Bayern und Deutschland kumulieren sich die Sachausgaben für diesen Zweck auf der Makroebene also wie folgt:

Tab. 37: Auf Makroebene kumulierte Sachausgaben für „Kellerregale“

(Quelle für die Anzahl der Pflegedienste: Destatis, 2022b, Tab. 1.1)

	Anzahl Pflegedienste	Kosten in €
Bayern	2.140	385.200
Sachsen-Anhalt	658	118.440
Deutschland	15.376	2.767.680

4. Qualifizierung

Laut Soll-Konzeption sind „auf allen Ebenen Kompetenzen zu fördern, die für den Umgang mit Sicherheitsrisiken in diesem Versorgungsbereich erforderlich sind.“ (Ewers, et al, 2022, S. 20). Darüber hinaus entspräche es guter Managementpraxis, wenn die Implementation neuer Regelaufgaben in den betrieblichen Alltag, beispielsweise der Umgang mit der neuartigen Patientenklassifikation, von Qualifizierungsmaßnahmen begleitet würde; mindestens notwendig seien arbeits(platz)bezogene Einweisungen.

4.1 Basisfortbildungen

Laut den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR), müssen bereits heute alle Mitarbeiter*innen in der Pflege und Betreuung regelmäßig, d.h. in Abstand von nicht mehr als zwei Jahren, in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult werden (vgl. 5.2 QPR). In diesen Schulungen spielt die Katastrophenschutzvorsorge bisher allerdings keine oder nur eine allenfalls untergeordnete Rolle. Da zum Themenfeld Katastrophenschutz deutlicher Bildungsbedarf besteht (vgl. Lehmann et al., 2021, S. 17f., Ewers & Lehmann, 2021, S. 57 ff), sind laut Soll-Konzeption alle in ambulanten Pflegediensten tätigen Personen für die Katastrophenvorsorge zu sensibilisieren, auch sei deren individuelle Disaster Literacy zu fördern (vgl. Ansatzpunkt 4; Ewers et al., 2022, S. 16 ff.).

4.1.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Für die Berechnung der Kosten einer Basisfortbildung zum Thema Katastrophenvorsorge kommt es auf deren genaue Ausgestaltung an. Dabei spielen folgende Parameter eine Rolle:

- zeitlicher Umfang, z. B. 45 Minuten | 90 Minuten
- online | in Präsenz
- fakultativ | obligatorisch
- bezahlte Arbeitszeit | unbezahlt
- Fahrzeit

Eine in allen unseren acht Interviews gestellte Frage lautete: *Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz der Beschäftigten ein, die im Laufe eines Jahres an einer 45minütigen Online-Basisfortbildung zum Themenkomplex teilnehmen würden. a) Bei Teilnahmepflicht? b) Bei freiwilliger Teilnahme?*

Alle Befragten waren sich einig, dass bei einer Teilnahmepflicht die Beteiligungsquote an einer 45minütigen Onlinefortbildung bei mindestens 90 Prozent liegen würde; jedenfalls dann, wenn die Bearbeitung der Onlinelektion als Arbeitszeit vergütet würde (was bei allen Interviewten der Fall wäre).

Also in unserem in den Arbeitsverträgen unserer Mitarbeiter ist festgeschrieben, dass sie eine bestimmte Weiterbildungspflicht haben – für das laufende Kalenderjahr. Und das sind nicht nur die Weiterbildungen auf fachlicher Ebene, sondern auch diese gesetzlichen Pflichtweiterbildungen, wie ... Brandschutz, Datenschutz, Hygiene usw. Wir haben ... einen Anbieter über das Internet, über den wir so eine Schulung einstellen können. Und wir können im Prinzip sagen: Wir erreichen eine fast hundertprozentige Abdeckung, wenn wir das über diese Form der Weiterbildung machen... Also wenn's eine Pflichtveranstaltung ist, würde ich sagen, mindestens 90%. (01_Interview, Pos. 29-32)

Unterschiedliche Einschätzungen gibt es hinsichtlich der Frage, ob eine Teilnahmequote von 90 Prozent auch bei Veranstaltungen in Präsenz erreicht werde. Die meisten Expert*innen halten das für möglich; entscheidend sei, dass sie Pflichtcharakter habe und bezahlte Arbeitszeit sei (vgl. 02_Interview, Pos. 47 | 04_Gedächtnisprotokoll, Pos. 11-12 | 05_Interview, Pos. 46; 08 | 08_Interview, Pos. 40). Es gibt aber auch andere Stimmen.

Beispiel Erste-Hilfe-Schulungen. Als wir das früher noch in Präsenz gemacht haben, haben wir annähernd 90% erreicht. Allerdings haben wir im Verband auch zwischen 4 und 8 solcher Schulungen angeboten im Jahr. Wenn wir jetzt bei diesem Thema von zwei Veranstaltungen im Jahr ausgehen, mehr würde ich dafür auch gar nicht ansetzen wollen, fände ich 40% schon sehr viel. (07_Interview_SB, Pos. 60)

Wir haben ein sehr großes Einzugsgebiet, weil wir mit kleinen Teams Intensivpatienten in fast ganz Mitteldeutschland versorgen. Zu einer Fortbildung in der Zentrale haben manche Kollegen eine Fahrstrecke von hundert Kilometern, eine Fahrt! Das kann ich gar nicht so strikt verpflichtend machen.... Also ich sag mal, wenn das eine Pflichtveranstaltung vor Ort wird, würde ich sagen 25 bis 30%, mal gut gerechnet. (01_Interview, Pos. 37-38)

Definitiv niedriger wäre die Teilnahmequote bei freiwilliger Teilnahme.

Interviewer: *Wenn das komplett freiwillig wäre. Wenn man jetzt sagen würde ‚Leute, diese Fortbildung zum Katastrophenschutz, die könnt Ihr machen, ihr müsst es aber nicht machen. Also wenn es jetzt nicht Pflicht wäre, wie viele würden dann kommen, rein aus Interesse?‘*

08: *Nee, da bin ich ganz ehrlich. Dann würde ich diese Fortbildung gar nicht erst ins Leben rufen. Weil das alles Personalkosten sind. Und als freiwillige Fortbildung wäre mir das zu teuer. [...] In der jetzigen Struktur geht das nicht.*

Interviewer: *Da würden Sie das gar nicht anbieten wollen?*

08: *Nein. (08_Interview, Pos. 41-46)*

Ich glaube, bei diesem Thema hätten wir im freiwilligen Bereich sehr niedrige Zahlen, also 5% oder so, vielleicht. (07_Interview, Pos. 58)

Die zuletzt zitierte Aussage deckt sich mit der Einschätzung im Pflegedienst 04 (vgl. 04_Schriftliche Antwort, Pos. 15). Andere sehen die Teilnahmequote bei 20 Prozent (vgl. 02_Interview, Pos. 49), wobei im Rahmen des AUPIK-Workshops diskutiert wurde, ob hinter diesen prima Vista differierenden Einschätzungen unterschiedliche Begriffsauffassungen von „freiwillig“ stecken könnten.

Wer keine Lust hat, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, wird das natürlich auch nicht ganz freiwillig machen... Aber wenn die Pflegedienstleitung oder der Chef, nochmal mit ihnen spricht, etwa so, Leute, das mit dem Starkregen und der Überflutung das betrifft jetzt nicht nur die Arbeit, sondern das betrifft dich auch zu Hause. Du kannst dir durch diese Fortbildung auch für Zuhause einiges ableiten'... dann kommen die eben doch zur Fortbildung.

Obwohl sonst, also bei einer komplett freiwilligen Teilnahme, wirklich nur 2 bis 5% gekommen wären. (03_Zusatzinterview_PFK+GF, Pos. 4-5)

Freiwillig ist für mich wirklich absolut freiwillig. Also jemand sagt: Ich interessiere mich dafür mache das gerne. Losgelöst vom Einfluss und dem diplomatischen Geschick der PDL... Bei absoluter Freiwilligkeit ist das Interesse nicht hoch. (04_Zusatzinterview, Pos. 2)

Nachfolgend werden Kostenabschätzungen für zwei Varianten von Basisfortbildungen vorgenommen: a) Online-Fortbildung á 45 Minuten und b) Präsenz-Fortbildung á 90 Minuten.

4.1.2 Obligatorische Online-Fortbildung á 45 Minuten

Hier wird davon ausgegangen, dass eine Online-Fortbildung auf einer (para-)staatlichen Webseite möglich ist, für die weder von den Teilnehmer*innen noch von den Pflegeeinrichtungen Kursgebühren zu entrichten sind. Weiter wird davon ausgegangen, dass die Unternehmen zur Teilnahme auffordern und die angesetzte Zeit Arbeitszeit ist. Sämtliche Beschäftigte sind aufgefordert, im Laufe eines Jahres diese Fortbildung zu absolvieren. Im Einklang mit den Ergebnissen der Experteninterviews wird angenommen, dass die Teilnahmequote in diesem Fall bei 90 Prozent liegt.

a) Mikroebene

Unter dieser Annahme errechnen sich für die Beispielunternehmen die Tab. 38 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 38: Fallvignetten: Kostenaufwand für obligatorische Online-Fortbildungen á 45 Minuten

	Unternehmen A		Unternehmen B				Unternehmen C	
	22 MA insg.		29 MA / 1 PflD		300 MA insg.		150 MA insg.	
	MA	Euro	MA	Euro	MA	Euro	MA	Euro
Pflegekraft_QN A	4	44,69 €					37	413,34 €
Pflegehilfskraft_QN B	2	23,84 €					13	154,97 €
PFK_QN C (ohne PDL)	11	160,45 €	21	306,32 €	210	3.063,22 €	58	846,03 €
Haushaltsführung	2	22,34 €	4	44,69 €	40	446,85 €	20	223,43 €
GF, PDL, Verw. Sonst.	3	43,76 €	4	58,35 €	50	729,34 €	22	320,91 €
∑ Bruttolöhne/Std.		295,08 €		409,35 €		4.239,41 €		1.958,67 €
Aufschlag 1		147,54 €		204,68 €		2.119,70 €		979,33 €
Aufschlag 2		295,08 €		409,35 €		4.239,41 €		1.958,67 €
Kalk. Gesamtaufwand		737,71 €		1.023,38 €		10.598,51 €		4.896,67 €

b) Makroebene

Die nachfolgenden Kostenabschätzungen auf der der Makroebene basieren auf denselben Annahmen wie auf der Mikroebene. Basierend auf den unter II. 1.1.4 dargestellten Annahmen errechnen sich für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für Deutschland, die in Tab. 39 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 39: Obligatorische Online-Fortbildungen á 45 Minuten, Personalkostenaufwand auf Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Pflegekraft_QN A	1.329.759 €	46.662 €	127.705 €
Pflegehilfskraft_QN B	435.825 €	17.690 €	65.108 €
PFK_QN C (ohne PDL)	2.382.483 €	87.039 €	418.806 €
Haushaltsführung	662.958 €	15.405 €	75.357 €
GF, PDL, Verwaltung, Sonstige	986.162 €	31.639 €	129.022 €
∑ Bruttolöhne/Std.	5.797.187 €	198.435 €	815.998 €
Aufschlag 1	2.898.593 €	99.218 €	407.999 €
Aufschlag 2	5.797.187 €	198.435 €	815.998 €
Kalk. Personalkostenaufwand	14.492.967 €	496.088 €	2.039.994 €

4.1.3 Obligatorische Präsenz-Fortbildung á 90 Minuten

Auch bei dieser Basisfortbildung-Variante sind alle Beschäftigten vom Unternehmen zur Teilnahme aufgefordert. Die Dauer der Fortbildung (im Durchschnitt 90 Minuten, 1,5 Std.) wird den Mitarbeitenden als Arbeitszeit angerechnet. Weiter wird angenommen, dass die Fortbildung als Inhouseseminar in Präsenz stattfindet. Durchgeführt werden die Inhouseseminare jeweils von externen Dozent*innen, deren Honorar durchschnittlich 250 Euro pro Fortbildung beträgt.

Um allen Beschäftigten im Pflegeaußendienst eine Teilnahme zu ermöglichen, sind mindestens zwei Termine anzusetzen (in Unternehmen mit sehr vielen Mitarbeiter*innen entsprechend mehr). Im Einklang mit den Ergebnissen der Experteninterviews wird angenommen, dass die Teilnahmequote in diesem Fall bei 80 Prozent liegt.

Fahrtzeiten bleiben ausgeklammert, da in den meisten Pflegediensten im Kontext von Präsenzfortbildungen keine Fahrtzeiten vergütet werden. Teils weil die Mitarbeitenden ohnehin in der Einrichtung sind, teils weil der Anfahrtsweg zur Arbeitsstelle rechtlich keine Arbeitszeit ist. Wenn sich die Fahrtzeit in den üblichen Grenzen hält, ist Letzteres erfahrungsgemäß für die Mitarbeitenden auch kein Problem. Allerdings gibt es Ausnahmen von dieser Regel; ein solcher Ausnahmefall stellt Pflegedienst 01 dar.

Sie müssen berücksichtigen: Wir haben ein sehr großes Einzugsgebiet, weil wir mit kleinen Teams Intensivpatienten in fast ganz Mitteldeutschland versorgen. Zu einer Fortbildung in der Zentrale haben manche Kollegen eine Fahrstrecke von hundert Kilometern, eine Fahrt! Das kann ich gar nicht so strikt verpflichtend machen. (01_Interview, Pos. 37)

a) Mikroebene

Unter den besagten Annahmen errechnen sich für die Beispielunternehmen die Tab. 40 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 40: Fallvignetten - Kostenaufwand für obligatorische Präsenz-Fortbildungen á 90 Minuten

	Unternehmen A		Unternehmen B		Unternehmen C	
	22 MA in Fortbild.		300 MA in Fortbild.		150 MA in Fortbild.	
Pflegekraft_QN A	4	79,44 €			37	734,82 €
Pflegehilfskraft_QN B	2	42,38 €			13	275,50 €
PFK_QN C (ohne PDL)	11	285,25 €	210	5.445,72 €	58	1.504,06 €
Haushaltsführung	2	39,72 €	40	794,40 €	20	397,20 €
GF, PDL, Verw. Sonst.	3	77,80 €	50	1.296,60 €	22	570,50 €
∑ Bruttolöhne/Std.		524,59 €		7.536,72 €		3.482,08 €
Aufschlag 1		262,30 €		3.768,36 €		1.741,04 €
Aufschlag 2		524,59 €		7.536,72 €		3.482,08 €
Kalk. Personalaufwand		1.311,48 €		18.841,80 €		8.705,19 €
Ext. Dozentenkosten	2x	500,00 €	5x	1.250,00 €	4x	1.000,00 €
Gesamtaufwand		1.811,48 €		20.091,80 €		9.705,19 €

b) Makroebene

Die nachfolgenden Kostenabschätzungen auf der Makroebene basieren auf denselben Annahmen wie auf der Mikroebene. Basierend auf der unter II. 1.1.4 dargestellten Annahmen errechnen sich dann für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für Deutschland, die in Tab. 41 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 41: Kostenaufwand für obligatorische Präsenz-Fortbildungen á 90 Minuten, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Pflegekraft_QN A	2.404.725 €	82.955 €	227.032 €
Pflegehilfskraft_QN B	804.415 €	31.449 €	115.748 €
PFK_QN C (ohne PDL)	4.433.484 €	154.736 €	744.543 €
Haushaltsführung	1.198.888 €	27.387 €	133.967 €
GF, PDL, Verwaltung, Sonstige	1.753.177 €	56.247 €	229.372 €
Σ Bruttolöhne/Std.	10.594.688 €	352.774 €	1.450.662 €
Aufschlag 1	5.297.344 €	176.387 €	725.331 €
Aufschlag 2	10.594.688 €	352.774 €	1.450.662 €
<i>Kalk. Gesamtaufwand</i>	26.486.720 €	881.935 €	3.626.656 €
Externe Dozentenkosten	7.688.000 €	329.000 €	1.070.000 €
Gesamtaufwand	34.174.720 €	1.210.935 €	4.696.656 €

4.2 Qualifizierung der Funktionsträger*innen

Da Leitungspersonen eine Multiplikatoren-Funktion erfüllen können, erscheint deren Qualifizierung im Hinblick auf die Katastrophenvorsorge in der Charité-IGPW-Konzeption als Desiderat. Daher wird eine „möglichst verpflichtende Qualifizierung der Leitungspersonen zum Thema Katastrophenvorsorge“ gefordert (vgl. Ewers et al, 2022, S. 20).

4.2.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Vorgaben zum Umfang der Qualifizierung für Leitungspersonen enthält die Soll-Konzeption nicht. Da aber „auf eine hohe Akzeptanz auf Seiten der Nutzer*innen der Bildungsangebote geachtet werden“ soll (ebd.), wurde den interviewten Geschäftsführer*innen sinngemäß folgende Frage gestellt: Wie lange dürfe eine Qualifizierung der Pflegedienstleitung oder einer anderen Leitungsperson zum Themenbereich Katastrophenvorsorge (zwecks Erfüllung einer Multiplikator*innenfunktion) dauern, damit Sie diese zu einer einsprechenden Qualifizierungsmaßnahme schicken würden.

- 08: *Das kann ich jetzt nicht genau sagen. Hängt von der Re-Finanzierung ab. Wenn ich das tue, dann will ich das auch wirklich refinanziert haben. Sonst würde ich das gar nicht machen. Wenn es nicht Pflicht ist. (...)*
- Interviewer: *Okay, die Botschaft ist angekommen.*
- 08: *Ohne mich in dieser Thematik sehr gut auszukennen, würde ich sagen: ein Arbeitstag müsste ausreichen.*
- Interviewer: *Also 7-8 Stunden.*
- 08: *Ja. Benötigt werden doch nur vertiefte Basics für diejenige, die unser Katastrophenvorkonzept ausarbeiten sollen, oder? Also eine Erläuterung des Toolkits.*
- Interviewer: *Natürlich könnte man sicherlich noch viel mehr machen.*
- 08: *Klar, kann man das. Man kann die auch ein Jahr lang ausbilden. <lacht>*
(08_Interview, Pos. 48-54)

4.2.2 Personalaufwand auf der Mikroebene

Ausgehend von den Experteninterviews wird eine durchschnittliche Schulungsdauer von siebeneinhalb Stunden angenommen. Die Schulung der Multiplikator*innen kann theoretisch online oder in Präsenz vorgenommen werden. Bei den nachfolgenden Berechnungen wird unterstellt, dass sie ausschließlich online absolviert wird; und zwar auf einer kostenfreien (para-)staatlichen Webseite, für die weder von den Teilnehmer*innen, noch von den Pflegeeinrichtungen Kursgebühren zu entrichten sind.

- **Stundensatz:** Hier wird pauschalierend mit einem einheitlichen Stundensatz, nämlich dem einer Pflegefachkraft, operiert (vgl. Kap. II.1.1).
- **Menge der Schulungen:** Basierend auf der Soll-Konzeption werden alle Pflegedienstleitungen (100%) geschult, außerdem alle Qualitätsbeauftragten sowie ein kleiner Teil der sonstigen Leitungs- und Verwaltungskräfte (zusammen ca. 20% → 1 Kopf = 0,2 Vollzeitäquivalente). Die

Teilnahmequote wird analog zur 45-Minuten-Onlinefortbildung für sämtliche Mitarbeiter*innen mit 90% angenommen (vgl. Kap. II.4.1.2).

Unter diesen Annahmen errechnen sich für die Beispielunternehmen die in Tab. 42 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 42: Fallvignetten - Kostenaufwand für Qualifizierung von Multiplikator*innen

	Unternehmen A		Unternehmen B				Unternehmen C	
	22 MA insg. 2 Zielgruppe		29 MA / 1 PfID 4 Zielgruppe		300 MA insg. 50 Zielgruppe		150 MA insg. 22 Zielgruppe	
PDL	1	145,87 €	2	291,74 €	21	3.063,22 €	7	1.021,07 €
QM/Sonst, Verw., GF	2K 0,4VZÄ	58,35 €	2 0,4	58,35 €	29 7,25	846,03 €	15 3	437,60 €
Σ Bruttolöhne/Std.		204,21 €		350,08 €		3.909,25 €		1.458,68 €
Aufschlag 1		102,11 €		175,04 €		1.954,62 €		729,34 €
Aufschlag 2		204,21 €		350,08 €		3.909,25 €		1.458,68 €
Kalk. Gesamtaufwand		510,54 €		875,21 €		9.773,12 €		3.646,69 €

4.2.3 Kostenabschätzung Makroebene

Die nachfolgenden Kostenabschätzungen auf der Makroebene basieren auf denselben Annahmen wie auf der Mikroebene (4.2.2).

Unter den in III.4.1.2 sowie in II. 1.1.4 dargestellten Annahmen errechnen sich für die Beispielunternehmen die in Tab. 43 dargestellten Kostenaufwände für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für den Bund.

Tab. 43: Kostenaufwand Multiplikatorenqualifizierung, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
PDL	3.248.679 €	136.653 €	415.303 €
GF, Verw., Sonstige	1.322.588 €	38.904 €	163.953 €
Σ Bruttolöhne/Std.	4.571.267 €	175.557 €	579.256 €
Aufschlag 1	2.285.633 €	87.779 €	289.628 €
Aufschlag 2	4.571.267 €	175.557 €	579.256 €
Kalk. Gesamtaufwand	11.428.167 €	438.893 €	1.448.141 €

5. Personalaufwand für neue Routinen

Die Soll-Konzeption enthält eine Reihe von neuen Aufgaben, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit anfallen, da Überprüfungen und Aktualisierungen vorzunehmen sind:

- Klassifikation der Patient*innen für die Notfallversorgungsliste, bei Bedarf detaillierter Evakuierungsplan
- Verwaltung und Logistik von Materialien zur Katastrophenvorsorge
- Kontaktpflege mit Behörden, Netzwerkpartnern im Hinblick auf die Katastrophenvorsorge (→ vgl. Kap. III.6)

Ein weiteres großes Feld ist die Beratung der Patient*innen sowie ihrer An- und Zugehörigen (→ vgl. Kap. III.7).

5.1 Personalaufwand für die Patientenklassifikation (Notfallversorgungsplan)

Angezeigt erscheinen der Charité-IGPW-Forschungsgruppe aktuell zu haltende Notfallversorgungspläne. Im Rahmen dessen werden die Patient*innen nach Versorgungspriorität klassifiziert (vgl. Ewers et al., 2022, S. 25; Lessinnes et al., 2022a, S. 6). Eine Mustervorlage für ein solches Patientenklassifikationssystem liegt inzwischen vor (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 22). Laut Soll-

Konzeption sollte die Klassifizierung der Patient*innen im Vorfeld erfolgen, und zwar nicht nur einmalig bei der Aufnahme, sondern auch bei Zustandsveränderung bzw. in regelmäßigen Abständen (Ewers et al., 2022, S. 25; Lessinnes et al., 2022a, S. 6).

5.1.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Unter Kostengesichtspunkten macht es einen erheblichen Unterschied, ob die Klassifizierung der Patient*innen erst im Katastrophenfall erfolgt oder bereits regelmäßig im Vorfeld. Von daher stellt sich zunächst die Frage, ob eine Klassifizierung im Vorfeld unverzichtbar ist. Hintergrund des entsprechenden Postulats ist die Befürchtung, dass im Katastrophenfall (z.B. bei einer Überschwemmung) weder Zeit für Assessments noch zum Erstellen von Listen wäre.

Mit einer Ausnahme teilten alle Interviewpartner*innen die in der Soll-Konzeption vertretene Auffassung, wonach ein Assessment im Vorfeld notwendig sei. Der nachstehende Interviewauszug spiegelt das wider:

Interviewer: *Eine andere Interviewpartnerin, Inhaberin eines kleinen Pflegedienstes, hat gesagt, sie würde die Patienten alle kennen. Und wenn zum Beispiel Blitzeis angesagt wäre, dann fährt sie nachts los und überarbeitet die normalen Patienten. Sie würde ihre normale Patientenliste nicht schon im Vorfeld um die im Katastrophenfall wichtigen Spezialdetails ergänzen, sondern erst, wenn es so weit wäre.*

04: *Das kann man beim kleinen Pflegedienst machen, aber bei meinem Großen wird das schon schwerer. Deshalb wäre ich schon dafür, die Patientenklassifikation im Vorfeld zu machen. Ich gehe davon aus, dass die Softwarehersteller diese Funktion in absehbarer Zeit in ihre Software integriert haben werden. Dann wird das sicherlich schnell erledigt sein. Jeder Bezugspflegemitarbeiter kennt ja die Patienten seiner Pflegetour sehr gut... Jetzt mit 'ner Extrapapierliste dauert das natürlich... allein schon von der Orga her.*

Interviewer: *Was meinen Sie, wie oft sollte man die Liste aktualisieren?*

04: *Ich müsste das auf jeden Fall monatlich nochmal neu machen, bei der ganzen Fluktuation... Also mindestens einmal monatlich müsste ich so eine Liste austauschen. (04_Zusatzinterview, Pos. 29-32)*

Also, einmal monatlich würde ich hier schon empfehlen. Bei unseren Patienten gibt es nur langsame Veränderung. Wir haben zwar schon Patienten aus dem Krankenhaus übernommen, die wir nach erstaunlich kurzer Zeit wieder auf eigenen Beinen laufend und ohne Beatmungsgerät entlassen konnten. Aber natürlich haben wir auch Klienten, die sind austherapiert und da passiert nicht mehr viel, ne? Und darum würd ich's monatlich machen. Standardmäßig. Und natürlich nach Krankenhausaufenthalt etc., so wie man das bei Dekubitus auch macht. (01_Interview, Pos. 58)

5.1.2 Mikroebene

Ausgehend von der Soll-Konzeption ist die Patientenklassifikation bei Zustandsveränderung sowie in regelmäßigen Abständen vorzunehmen. „Regelmäßig“ lässt sich als Quintessenz aus den Experteninterviews mit „monatlich“ übersetzen. Der Zeitumfang für die Patientenklassifikation hängt zum einen von den besonderen Bedingungen des Pflegedienstes ab, etwa von der Anzahl der Patient*innen, zum anderen aber auch von Softwareunterstützung. Hier wird unterstellt, dass die Softwareunternehmen ihre Branchensoftware in absehbarer Zeit, um die entsprechenden Funktionen ergänzen werden und die zeitaufwändigere Steuerung einer Papierliste wegfällt.

Unter dieser Annahme erscheinen für ein Assessment pro Patient*in 30 Sekunden plausibel. Dabei wird unterstellt, dass der Status voreingestellt ist und die Pflegefachkraft im Regelfall noch schneller als in 30 Sekunden zu einer Einschätzung kommt. Dadurch entsteht ein zeitlicher Spielraum für diejenigen (wenigen) Patient*innen, bei denen doch etwas intensiver nachgedacht werden muss. Diese Aussage gilt für Pflegedienste ohne Spezialisierung. Bei den Intensivpflegediensten wird angenommen, dass die Pflegefachkraft bei deutlich mehr Patient*innen intensiver über die richtige Einschätzung nachdenken muss; daher wird hier beim Pflegedienst B von einer durchschnittlichen Reflexionszeit von 2 Minuten ausgegangen. Ausgehend von den Experteninterviews kann des Weiteren angenommen werden, dass pro Jahr 13 Assessmentrunden vorgenommen werden (regulär 1 pro Monat plus 1 bei Bedarf).

Unter diesen Annahmen errechnen sich für die Beispielunternehmen die Tab. 44 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 44: Fallvignetten - Personalaufwand für die Patientenklassifikation

	Unternehmen A		Unternehmen B				Unternehmen C	
	22 MA insg. 100 Patienten		29 MA / 1 PfID 7 Patienten		300 MA insg. 70 Patienten		150 MA insg. 500 Patienten	
PFK_QN C (ohne PDL)	650 min	70,42 €	182 min	59,21 €	1.820 min	592,11 €	3.250 min	1.170,54 €
∑ Bruttolöhne/Std.		70,42 €		59,21 €		592,11 €		1.170,54 €
Aufschlag 1		35,21 €		29,61 €		296,05 €		585,27 €
Aufschlag 2		70,42 €		59,21 €		592,11 €		1.170,54 €
Kalk. Gesamtaufwand		176,04 €		148,03 €		1.480,27 €		2.926,35 €

5.1.3 Makroebene

Die nachfolgenden Kostenabschätzungen auf der der Makroebene basieren auf denselben Annahmen wie auf der Mikroebene (5.1.2).

Die unter III.5.1.2 sowie II. 1.1.4 dargestellten Annahmen gelten im Wesentlichen auch für die Makroebene. Aus Gründen der Vereinfachung wird pro Patient*in ein einheitlicher Stundenwert von 0,15 Stunden angenommen.

Dann errechnen sich für die Beispielunternehmen die Tab. 45 dargestellten Kostenaufwände für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für den Bund.

Tab. 45: Personalaufwand für die Patientenklassifikation, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
∑ Bruttolöhne QN C	52.704 €	2.133 €	7.585 €
Aufschlag 1	26.352 €	1.066 €	3.793 €
Aufschlag 2	52.704 €	2.133 €	7.585 €
Kalk. Gesamtaufwand	79.056 €	3.199 €	11.378 €

5.2 Personalaufwand für Materiallogistik und -verwaltung

Wie bereits in Kapitel III.3 dargelegt, wäre es wünschenswert, wenn ambulante Pflegedienste diverse Materialien vorhalten würden, an denen im Katastrophenfall Bedarf bestünde. Werden diese Materialien beschafft, gelagert und überprüft (Mindesthaltbarkeitsdatum), fällt neben dem vorne beschriebenen Sachaufwand auch ein Personalaufwand an.

5.2.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Das Thema Personalaufwand für neue logistische Aufgaben konnte nur im Interview 08 (→ Fallvignette A) angesprochen werden. Von daher sind die Antworten noch sehr subjektiv. Die relevante Passage sei hier zitiert:

Interviewer: *Ich würde jetzt gerne losgelöst von ungeklärten Rechtsfragen gerne von Ihnen wissen wollen, wie hoch der zeitliche Aufwand wäre für die Bevorratung von Medikamenten, das zu steuern?*

08: *Ich finde: hoch. Man muss ja das Haltbarkeitsdatum im Blick haben, zum Beispiel. Spätestens im zweiten Jahr muss man immer wieder draufschauen, ausmisten und neu besorgen.*

Interviewer: *Natürlich.*

08: *Und für Medikamente muss man einen abschließbaren Schrank haben, quasi einen Safe. Da kommen dann schon Kosten zusammen. Womit wir wieder mal bei der Finanzierung wären.*

Interviewer: *Dazu kommen wir noch. Ich würde vorher gerne erst noch hören. Was schätzen Sie: Wie hoch wäre der Logistik- und Verwaltungsaufwand im Monat?... Oder vielleicht lässt sich das besser für das Jahr angeben.*

- 08: *Tja, also erstmal muss man ja anfangen. Das wäre dann schon eine größere Aktion, das alles zu organisieren etc.; klar, später wird das natürlich weniger. Man muss ja dann hauptsächlich kontrollieren und nur gelegentlich mal was nachbestellen. Wie lange das dauert? Kann ich nicht genau sagen, weil das ja nicht so wäre wie beim jetzigen Medikamentenstellen. Vielleicht 2 Stunden im Monat?*
- Interviewer: *Okay.*
- 08: *Ich wundere mich. Ich meine, ist das wirklich angedacht, die Bevorratung den einzelnen Pflegediensten aufzubürden? Ich meine, da gibt es doch andere dafür. Zum Beispiel die Apotheken für Medikamente. Und das andere Zeug, Decken, Kraftstoff und so weiter, sowas lagert doch jetzt schon der Katastrophenschutz irgendwo. (08_Interview, Pos. 68-75)*

5.2.2 Mikroebene

Sowohl der Soll-Konzeption als auch den Experteninterviews lassen sich kaum Informationen entnehmen. Als Anhaltspunkt wird hier die Schätzung aus Experteninterview 08 genommen, wonach der Personalaufwand für Logistik- und Verwaltungsaufwand bei 2 Stunden im Monat liegen könnte. In einem größeren Unternehmen liegt er höher, allerdings steigt der Aufwand nicht proportional mit der Zahl der Mitarbeiter*innen und Patient*innen. Als Stundensatz wird einmal mehr auf den Stundensatz einer Pflegefachkraft abgestellt. Zwar kann unterstellt werden, dass die Lagerung von Getränken und Material im Regelfall von geringer qualifizierten Mitarbeiter*innen durchgeführt wird, den größeren Zeitaufwand nimmt aber das Medikamentenmanagement ein, das in den Händen von Pflegefachkräften liegen muss.⁸ Kontrollen werden v.a. durch die Pflegedienstleitungen vorgenommen, so die Annahme.

Für die Beispielunternehmen werden die Tab. 46 dargestellten Personalaufwände unterstellt.

Tab. 46: Fallvignetten - Personalaufwand für die Materiallogistik und -verwaltung

	Unternehmen A		Unternehmen B		Unternehmen C			
	15 MA insg.		29 MA in 1 Pflegedienst 300 MA insg.		150 MA insg.			
PFK_QN C (ohne PDL)	24 Std.	Aufwand	24 Std.	Aufwand	240 Std.	Aufwand	50 Std.	Aufwand
Σ Bruttolöhne/Std.		518,64 €		518,64 €		5.186,40 €		1.080,50 €
Aufschlag 1		259,32 €		259,32 €		2.593,20 €		540,25 €
Aufschlag 2		518,64 €		518,64 €		5.186,40 €		1.080,50 €
Kalk. Personalaufwand		1.296,60 €		1.296,60 €		12.966,00 €		2.701,25 €

5.2.3 Makroebene

Auf Basis der in III.5.2.2 sowie II. 1.1.4 dargestellten Annahmen errechnet sich für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für Deutschland der in Tab. 47 dargestellte Personalaufwand.

Tab. 47: Personalaufwand für Materiallogistik und -verwaltung, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Σ Bruttolöhne QN C	7.974.609 €	341.265 €	1.109.890 €
Aufschlag 1	3.987.304 €	170.633 €	554.945 €
Aufschlag 2	7.974.609 €	341.265 €	1.109.890 €
Kalk. Gesamtaufwand	19.936.522 €	853.163 €	2.774.724 €

⁸ Hier sei noch einmal daran erinnert, dass – nach geltender Rechtslage – eine allgemeine Bevorratung vorgesehen ist. Ambulante Pflegedienste lagern derzeit nur die persönlichen Medikamente jener Kund*innen, die ihnen einen Auftrag für das Medikamentenmanagement (Position 26.3 „Richten der Medikamente“, HKP-RL) erteilt haben.

6. Vernetzung und Absprachen

Um im Krisen- und Katastrophenfall koordinierter vorgehen zu können, erscheint eine stärkere Vernetzung der Akteur*innen vor Ort bereits im Vorfeld wünschenswert. Es bedarf „verlässlicher Partner*innen vor Ort.“ (Ewers et al., 2022, S. 22). Die Soll-Konzeption sieht zwar die Gebietskörperschaften maßgeblich in der Verantwortung, die lokalen Akteur*innen neutral zu koordinieren (vgl. ebd. S. 24), aber die Pflegedienste sollen durchaus auch proaktiv über die Grenzen ihrer Organisation hinausdenken und sozialräumliche Vernetzungsaktivitäten betreiben (vgl. ebd., S. 22). Zur Erhöhung der Resilienz gegenüber Krisen und Katastrophen seien insbesondere gefordert:

- Teilnahme an kommunalen Katastrophenschutzveranstaltungen und Übungen
- Meldung von Personal für einen kommunalen Krisen-Personalpool, ggfs. Meldung von Räumen für Evakuierte
- Absprachen und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen (Verträge und Absichtserklärungen) mit anderen Pflegeeinrichtungsbetreibern und diversen weiteren Akteuren; besonders wichtig: Absprachen mit dem Katastrophenschutz und Transportunternehmen zur Vorbereitung einer Evakuierung

6.1 Teilnahme an kommunalen Katastrophenschutzveranstaltungen und -übungen

Neben der Teilnahme an regelmäßigen Netzwerkkonferenzen zum Zwecke der Absprache werden auch praktische Übungen empfohlen (vgl. Ewers et al., 2022, S. 29). Diese Empfehlung stützt sich auf Erkenntnisse zu positiven Effekten von Simulationsübungen, auf die Entwicklung einschlägiger Handlungskompetenzen (vgl. Ewers, Lehmann, 2021, S. 62).

6.1.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Katastrophenschutzübungen und ein Austausch mit dem Katastrophenschutz und anderen Akteur*innen wurde auch von den interviewten Leitungspersonen allgemein als sinnvoll angesehen.

01: *Also ich finde das sehr wichtig, diese Planspiele..., also richtige Katastrophenübungen sind natürlich schlecht mit unseren Klienten, aber diese Planspiele, diese Vernetzung halte ich für sehr wichtig. (01_Interview, Pos. 70)*

06: *Also mitmachen würde ich auf jeden Fall. (06_Interview, Pos. 65)*

Generell gingen die Interviewpartner*innen davon aus, dass die Kommunen einladen würden. Die den Kommunen in der Soll-Konzeption zugeschriebene koordinierende Rolle wurde nicht hinterfragt, sondern vorausgesetzt. Teilweise wurde sogar davon ausgegangen, dass die Kommunen die Teilnahme direktiv anordnen könnten und würden:

03/PFK: *Wenn vorgeschrieben ist zu einer Übung zu gehen, dass zum Beispiel, sagen wir, dreimal jährlich oder viermal jährlich hinzugehen ist..., dann werden die 3 [Pflegefachkräfte] dann auch vom Dienst freigestellt, sodass sie an den Schulungen oder an den Übungen teilnehmen können. Und da ist dann die Anzahl an Tagen im Laufe des Jahres nicht relevant, weil, wenn es heißt "dran teilnehmen", bitte dann wird das auch gemacht. (03/PFK_Interview, Pos. 78)*

Einige Interviewpartner*innen machten differenzierte Angaben zur Art und Menge des Personals sowie zum geschätzten zeitlichen Aufwand.

05: *Ich denke mal... so vier Arbeitstage. Das heißt, das sind dann so 32 bis 36 Stunden, sowas in diesem Bereich. Dass wir an solchen Katastrophen tagen mitmachen würden, dass jemand aus dem Personalbereich dorthin geht. Also mitarbeiten, das ist in Ordnung. Was wir ungern machen würden, wären solche Übungen, wo denn die Bewohnerschaft inbegriffen ist, weil das meist Ängste auslöst. (...) Ich habe jetzt mal so mit 4 Manntagen gerechnet, also vielleicht 2 mal 2 Tage im Jahr oder 4mal ein Tag im Jahr. Das kann mehr, kann auch weniger sein. (05_Interview, Pos. 64)*

Interviewer: *An jedem Standort in jeder Kommune?*

05: *Ja pro Standort auf jeden Fall... dann für eine Person 2 Tage im Jahr. Da die zweite Person als Netzwerkpartner daran teilnehmen könnte.*

Interviewer: *Also hauptsächlich eine Person, die ist dann geschult und kann dann auch als Multiplikator fungieren. Oder würden Sie die zweite Person grundsätzlich mit-schicken. Also zwei?*

05: *Also erstmal eine Person, so haben wir das bei anderen Themen auch ge-handhabt. (05_Interview, Pos. 68-72)*

Pflegeanbieter 04 (→ Fallvignette C; 04_Schriftlicher Nachtrag, Pos. 19):

- *Geschäftsführerin:* 8 Std.
- *Qualitäts- (Katastrophenschutz)beauftragte:r:* 8 Std.
- *Pflege - Beschäftigtengruppe C* 4 bis 6 Std.
- *Sonstige* 4 bis 6 Std.

Konzerne könnten sich nicht nur auf lokaler, kommunaler Ebene einbringen, sondern auch auf Lan-desebene.

Pro Bundesland... dürfte eine, Qualitätlerin (sic!) involviert werden. Und angenommen die müsste jetzt einmal im Monat auf so eine Besprechung, das wird ja vielleicht auch nicht im-mer alles im Präsenz sein, sondern vieles geschieht sicherlich online. Ich denke mal pro Bundesland: 8 Stunden im Monat ist sicherlich machbar, das halte ich für absolut realistisch. (02_Interview, Pos. 34)

An Pflegekonferenzen würden Leitungspersonen teilnehmen, an Katastrophenschutzübungen durchaus auch Pflegefachkräfte. In Konzernen könnte auch das Zentrale Qualitätsmanagement einbezogen sein – gerade bei Arbeitskreisen auf Landesebene.

Interviewer: *Sicherlich würde es die Kommunen gerne sehen, wenn sich die ambulanten Pflegedienste an Pflegekonferenzen etc. beteiligen. Würden dann Personen aus den Teams der Region dahin gehen? Oder würde das dann jemand von der zentralen QM-Abteilung machen?*

02: *Kann sein. Also Ich selbst habe zum Beispiel beim Arbeitskreis Intensivpflege auf Landesebene immer mal teilgenommen. Also das ist überhaupt gar kein Problem. Auf lokaler Ebene können das aber durchaus auch die PDLs ma-chen. Die sind recht frei da in ihren Entscheidungen: wenn sie an sowas teil-nehmen wollen, dürfen sie das selbstverständlich. (02_Interview, Pos. 28-29)*

Die in den Interviews recht hohe Mitmachbereitschaft wird allerdings (mit einer Ausnahme, Inter-view 06) teils explizit, teils implizit an die Refinanzierung geknüpft.

6.1.2 Personalaufwand auf der Mikroebene

Ausgehend von den Expert*innenbefragungen wird der Zeitaufwand in den Fallbeispielen wie folgt konstruiert: Fallvignette C basiert auf Interview 04, Fallvignette B basiert auf Interview 05 und Fall-vignette A auf Interview 06. Ergebnis ist der in Tab. 48 dargestellte Zeitaufwand. Dieser ist mit den Stundensätzen zu multiplizieren.

Tab. 48: Kalk. Personalaufwand für Katastrophenschutzveranstaltungen und Übungen, Fallvignetten

	Unternehmen A		Unternehmen B		Unternehmen C	
	22 Mitarb. insg.	29 Mitarb. /1 PflD	300 Mitarb. insg.	150 Mitarb. insg.		
PFK_QN C (ohne PDL)		16 Std. 345,76 €	160 Std. 3.457,60 €	5 Std. 108,59 €		
GF, PDL, Verw., Sonstige	8 Std. 172,88 €	16 Std. 345,76 €	160 Std. 3.457,60 €	19 Std. 410,59 €		
ΣBruttolöhne/Std.	172,88 €	691,52 €	6.915,20 €	518,64 €		
Aufschlag 1	86,44 €	345,76 €	3.457,60 €	259,32 €		
Aufschlag 2	172,88 €	691,52 €	6.915,20 €	518,64 €		
Kalk. Personalaufwand	432,20 €	1.728,80 €	17.288,00 €	1.296,60 €		

6.1.3 Personalaufwand auf der Makroebene

Wie die vorgenannten Fallbeispiele auf der Mikroebene zeigen, kann der Personalaufwand pro Pflegedienst deutlich auseinanderfallen. Zum Zwecke der Kostenabschätzung auf der Makroebene muss der durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung geschätzt werden. Angenommen wird

hier ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 2 Arbeitstagen á 7,5 Stunden, also 15 Stunden. Diese Schätzungen bewegen sich mit Blick auf die Experteninterviews zwar eher im unteren Range, mit Blick auf die Grundgesamtheit aller Pflegedienstanbieter dürften die geschätzten 15 Stunden im oberen Bereich angesiedelt sein.

Der durchschnittliche Zeitaufwand ist zu multiplizieren mit dem – ebenfalls nur zu schätzenden – durchschnittlichen Stundensatz (einmal mehr erscheint hier der Stundensatz für eine Pflegefachkraft als beste Option) sowie der bekannten Anzahl der Pflegedienste (z.B. in Sachsen-Anhalt).

Unter dieser Annahme errechnen sich für die Beispielunternehmen die Tab. 49 dargestellten Kostenaufwände

Tab. 49: Kalk. Personalaufwand für Katastrophenschutzveranstaltungen und Übungen auf Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
∑ Bruttolöhne QN C	5.270.412 €	213.291 €	758.523 €
Aufschlag 1	2.635.206 €	106.645 €	379.262 €
Aufschlag 2	5.270.412 €	213.291 €	758.523 €
Kalk. Personalaufwand	7.905.618 €	319.936 €	1.137.785 €

6.2 Meldung von Ressourcen an die Kommune

Im Katastrophenfall müssen einige häuslich gepflegte Personen zentral versorgt werden, bei Stromausfall z.B. diejenigen, die auf Beatmungstechnik angewiesen sind. Da bei einem größeren Katastrophenfall die vorhandenen Krankenhauskapazitäten an ihre Grenzen kommen, wird in der Soll-Konzeption der zentrale Aufbau und die Erfassung spezieller (Pflege-)Notunterkünfte propagiert“ (vgl. Ewers et al., 2022, S. 26f.). Die Träger ambulanter Pflegedienste sind aufgerufen, „ggf.“ eigenes Personal für zentrale Notunterkünfte oder geeignete eigene Räume zur Verfügung zu stellen und entsprechende Kapazitäten anzumelden, damit sie im Rahmen der kommunalen Katastrophenschutzplanungen Berücksichtigung finden können (vgl. ebd. S. 27).

6.2.1 Ergebnisse der Experteninterviews

Die große Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste verfügt gerade mal über ihre (angemieteten) Büroräume; die als Notunterkünfte im Regelfall nicht geeignet sind. Die Bereitschaft, Räume einzubringen ist aber grundsätzlich vorhanden.

Wir hatten während der Corona Pandemie tatsächlich was in Vorbereitung...Angeboten haben wir einen großen Schulungsraum in unserem Bürogebäude. Dort könnte man nach entsprechender Vorbereitung notfallmäßig Patienten versorgen, sicherlich. Ansonsten haben wir nichts. In von uns betreuten Wohngemeinschaften könnte sich der eine oder andere Platz finden. Aber die sind selbstverwaltet, also von den Klienten und ihren Angehörigen verwaltet. Da haben wir keinen direkten Zugriff drauf. Vielleicht sind ja im Katastrophenfall alle von großer Hilfsbereitschaft beseelt, aber jetzt können wir da gar nichts regeln. (01_Interview, Pos. 43)

Wir haben keine Pflege-WG, aber wir haben einen guten Bekannten, der eine Pflege-WG hat. Und bei dem könnten wir notfalls anfragen, ob wir einen oder zwei unserer Klienten kurzzeitig unterbringen könnten. (03/PFK_Interview, Pos. 25)

Über mehr Möglichkeit verfügen Anbieter, die auch stationäre Pflegeeinrichtungen oder Service-Wohnanlagen im Portfolio haben; Letzteres ist bei Unternehmen 05 der Fall.

05: *Also wir haben für die größeren Standorte immer eine leere Zweiraumwohnung, die als Tagespflegewohnung in Reserve ist. Da wäre es natürlich immer möglich 2 bis 3 Personen unterzubringen. Je nachdem, was dann für technisches Equipment notwendig ist. Auch bis zu 4, wenn es nur kurze Zeit ist. Von den Einraumwohnungen kann natürlich auch mal eine nicht belegt sein. Das ist möglich, aber damit fest zu kalkulieren, ist schwierig, bei unserer Belegung der Einraumwohnungen. Wir haben im Jahresdurchschnitt weniger als eine*

- Einraumwohnung frei. Das heißt, wir könnten gegenüber der Kommune auch keine entsprechenden Zusagen tätigen.*
- Interviewer: *Und falls Sie der Kommune die Freihaltung einer Wohnung garantieren sollen, dann würde das teuer werden für die Kommune?*
- 05: *Genau. (05_Interview, Pos. 33-34).*
- Interviewer: *Gibt es da Möglichkeiten, Plätze an die Kommune zu melden?*
- 02: *Ja. Das haben wir jetzt schon. Es gab ja diese Aufrufe der Verbände für die Ukraineflüchtlinge zum Beispiel, das haben wir sofort gemacht. Wir haben das dann zum Teil bereut, weil es nicht refinanziert wurde, weil wir dem Geld hinterherlaufen mussten. Aber prinzipiell haben wir sofort Kapazitäten bereitgestellt. Sofort. Also das hat nicht einen Tag gedauert, hatten wir schon eine Arbeitsgruppe dazu, die sich darum gekümmert hat. ... Und analog dazu würde das sicherlich in einem solchen Fall gehen. (02_Interview, Pos. 71-72)*

Für die Pflegedienste ist es kein Problem, im Katastrophenfall auch Patient*innen in einer Notunterkunft aufzusuchen.

Ich sag mal, wenn meine Pflegekräfte ... in ihrem Tourenplan eine Turnhalle X haben, dann gehen die zur Turnhalle X und versorgen die Kunden da. Das muss nicht die Privatwohnung sein. (07_Interview, Pos. 34)

Auf Skepsis stößt bei den befragten Expert*innen hingegen die Idee, ihre Pflegefachkräfte vorab zu melden und vielleicht sogar in einen kommunalen Personalpool einzubringen.

- 01: *Also ich fang mal so an: Der Markt für Fachkräfte in unserer Gegend ist abgegrast, katastrophal. Wir haben eine Situation, wo sich jede Pflegefachkraft ihre Arbeit aussuchen kann. Ich muss also schauen, dass ich als Arbeitgeber attraktiver bin als meine Mitbewerber. Da bin ich erst mal skeptisch, wenn ich meine Pflegefachkräfte in einen Personalpool einbringen soll. (01_Interview, Pos. 45)*
- Interviewer: *Was müsste denn passieren, dass Sie das machen?*
- 01: *Grundsätzlich muss ich die Sache für meine Mitarbeiter so vorteilhaft ausgestalten können, dass sie da gerne mitmachen.*
- Interviewer: *An was denken Sie da?*
- 01: *[hörbares Ausatmen] Ich bin mir nicht sicher, ob das überhaupt geht. Also, wir haben regulär 12-Stunden-Schichten, und den Mitarbeitern geht es darum, möglichst viel Freizeit zu haben, außerhalb der Dienste. Und weil sie leider sowieso schon immer wieder einspringen müssen, wegen Krankheit und so weiter, sind alle zusätzlichen Aufgaben tendenziell zu viel. (01_Interview, Pos. 46-49)*

Diese Aussage unterstreicht die bereits durch die AUPIK-Erhebung 2020 gewonnene Erkenntnis, dass der vorherrschende Mangel an Fachkräften einer Kooperation der Pflegedienste im Wege steht (vgl. Lehmann et al., 2021, S. 69).

Der Personalaufwand für das Meldewesen wurde in den Experteninterviews aus Zeitgründen nicht angesprochen.

6.2.2 Personalaufwand auf der Mikroebene

Die unüberschaubare Situation im Krisenfall ist nicht Gegenstand der nachfolgenden Kostenabschätzungen, Gegenstand der Einschätzungen ist allein der im Vergleich dazu vernachlässigbare Aufwand für Meldungen an die Kommune im Rahmen der Katastrophenvorsorge, also um den

- Meldeaufwand für Räume
- Meldeaufwand für Pflegepersonal

Mangels quantifizierter Aussagen in den Experteninterviews (und natürlich der Soll-Konzeption) muss der Meldeaufwand geschätzt werden. Der Meldeaufwand hängt maßgeblich von den nachfolgend genannten Faktoren ab (die hier in Frageform gekleidet sind):

- a. Besteht eine Meldepflicht?

- b. Muss die Meldung bei jeder Änderung erfolgen?
- c. Ist die Meldung an eine Form gebunden?
- d. Kann die Meldung online durchgeführt werden?

Hier wird davon ausgegangen, dass alle vier Fragen zum Prozedere bejaht werden. Die Faktoren/Fragen a, c und d beziehen sich auf die bürokratische Prozedur selbst. Der Aufwand für die einzelnen Meldungen ist nur unwesentlich an die Größe oder Art des Pflegeunternehmens gekoppelt. Dennoch spielen Art und Größe des Unternehmens eine Rolle, nämlich im Hinblick auf Faktor b. Der Aufwand steigt beträchtlich mit der Häufigkeit der Meldungen.

Dies kann am Beispiel der Fallvignetten gezeigt werden. Unternehmen A hat eigentlich nichts zu melden, muss aber einmal im Jahr eine Pflichtmeldung abgeben. Bei Unternehmen B fallen in den einzelnen Pflegediensten im Laufe eines Jahres 7 Meldungen an (vor allem im Hinblick auf freie Räume). Unternehmen C ist zwar groß, hat aber nur Meldungen in Bezug auf Veränderungen beim Personalpool zu machen, nicht jedoch im Hinblick auf Räume, da es, so die Annahme, über keine geeigneten Räume verfügt.

Mit diesen Annahmen lässt sich der Aufwand für die drei Fallvignetten wie folgt beziffert.

Tab. 50: Fallvignetten - Personalaufwand Ressourcenmeldungen

	Unternehmen A		Unternehmen B		Unternehmen C	
	22 MA insg. 100 Patienten		29 MA / 1 PfID 7 Patienten		300 MA insg. 70 Patienten	
	150 MA insg. 500 Patienten					
PFK_QN C (ohne PDL)	1	5,40 €	7	37,82 €	70	378,18 €
∑ Bruttolöhne/Std.		5,40 €		37,82 €		378,18 €
Aufschlag 1		2,70 €		18,91 €		189,09 €
Aufschlag 2		5,40 €		37,82 €		378,18 €
Kalk. Personalaufwand		13,51 €		94,54 €		945,44 €

Insgesamt ist der Aufwand für das einzelne Pflegeunternehmen sehr überschaubar.

6.2.3 Personalaufwand auf der Makroebene

Die unter III.6.1.2 sowie II. 1.1.4 dargestellten Annahmen gelten im Wesentlichen auch für die Makroebene. Aus Gründen der Vereinfachung wird angenommen, dass pro Pflegedienst vier Meldungen im Jahr zu tätigen sind und zwar „bei Veränderung“ (nicht quartalsweise, wie die Angabe „4“ vermuten lassen könnte).

Dann errechnen sich für die Beispielunternehmen die Tab. 51 dargestellten Kostenaufwände für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für die Bund.

Tab. 51: Personalaufwand für die Patientenklassifikation, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
∑ Bruttolöhne QN C	351.361 €	14.219 €	50.568 €
Aufschlag 1	175.680 €	7.110 €	25.284 €
Aufschlag 2	351.361 €	14.219 €	50.568 €
Kalk. Gesamtaufwand	527.041 €	21.329 €	75.852 €

6.3 Zusatzaufwand für Vernetzung und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen

Ambulante Pflegedienste arbeiten grundsätzlich vernetzt und pflegen eine Vielzahl an Kontakten und Kontrakten zu lokalen Akteuren, insbesondere natürlich zu Arztpraxen, Apotheken, Sanitätshäusern und Kliniken. Gerade mit Blick auf die Katastrophenvorsorge scheint hier jedoch noch mehr möglich und nötig (vgl. Lehmann et al., 2021, S. 91f.).

Laut den überarbeiteten Richtlinien zur *Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB*

XI müssen Pflegedienste „Festlegungen zur Kommunikation, Abstimmung und Zusammenarbeit, insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, zuständigen Behörden, wie der Gefahrenabwehrbehörde der Kommunen und weiteren Organisationen“ treffen (MuG, S. 15)

Dem Thema Vernetzung ist in der AUIK-Soll-Konzeption entsprechend seiner Bedeutung breiter Raum gewidmet; Vernetzung ist nicht nur ein eigenständiger Ansatzpunkt (Ansatzpunkt 6 „Sozialräumliche Perspektiven und lokale Vernetzung ausbauen“), sondern auch ein Querschnittsthema (vgl. Ewers et al., 2022). Ambulante Pflegedienste sollen sich sowohl untereinander als auch mit anderen Akteur*innen vernetzen (vgl. ebd. S.24). Im Toolkit finden sich dazu weitere Handlungsempfehlungen (vgl. Lessinnes, 2022b, S. 13), sowie Arbeitshilfen. Neben einer Liste mit potenziellen Vernetzungspartnern im Sozialraum und einer Liste mit Notfallkontakten (vgl. ebd., S. 14 ff.) gehört dazu auch ein Muster für eine Absichtserklärung zwischen dem Pflegedienst und Kooperationspartnern. Laut Soll-Konzeption ist eine Evakuierung vorzubereiten (vgl. „Toolkit“, Lessinnes et al, 2022b, S. 12). Zu den empfohlenen Vorbereitungen gehören – neben der Beratung der Patient*innen und Angehörigen sowie dem Training für Personal – auch die Koordinierung von Transportunternehmen und Katastrophenschutz sowie Absprachen mit dem Katastrophenschutz (etwa zur Entwicklung von Tracking-Listen zur Patientenverfolgung nach Evakuierung) (vgl. ebd.).

6.3.1 Ergebnisse der Experteninterviews

In den Experteninterviews hatte das Thema Vernetzung nicht den Stellenwert wie in der Soll-Konzeption. Zu den im Toolkit beschriebenen neuen Aufgaben und Werkzeugen konnten die Interviewpartner*innen nicht befragt werden; in den ersten fünf Interviews nicht, weil das Toolkit noch nicht einmal im Entwurf bekannt war, in den letzten drei Interviews konnte es aus Zeitgründen nur angerissen werden. Nachstehend wird die ausführlichste Antwort zum Thema Evakuierung zitiert.

Das ist schwierig. So ein Evakuierungsplan <lacht>. Weil, wie sollen wir das machen. Mit den Autos fängt es schon an. Also, ich kann ja nicht was schreiben, was ich nachher nicht umsetzen kann. Für einen Sammeltransport... da braucht man den Kat[astrophen]-Schutz und diese ganzen Organisationen. Im Hochwasserfall, zum Beispiel, entscheiden doch die, was evakuiert werden muss. Die entscheiden, diese Straßenzeile, und diese auch. Und wenn dann da jetzt ein Patient von uns ist, dann kriegst du eine Ansage [vom Katastrophenschutz] und kannst mitwirken, helfen. Wenn ich wirklich einen bettlägerigen oder überwiegend immobilen Patienten in einem Überschwemmungsgebiet habe, dann muss ich natürlich gucken, wie ich den rauskriege. Aber für solche Transporte geeignete Autos..., oder Busse, haben wir natürlich als Pflegedienst nicht. Ich hab nur Kleinwagen. (04_Zusatzinterview, Pos. 10-12) (...)

Da sind sicher andere Instanzen gefordert dann... weiß nicht, wer das macht. Evakuierung ist wirklich eine kommunale Aufgabe. Das kann ich doch nicht entscheiden. Da bin ich dann ein Helfer, der mithilft. Wenn es einen Erlass gibt, dann machen wir das auch. (04_Zusatzinterview, Pos. 22)

Diese Antwort unterstreicht die früheren Befunde, dass es einen Bedarf an Absprachen zwischen Pflegediensten und Katastrophenschutz gibt, der von den Kommunen angestoßen und vorangetrieben wird (siehe auch III.6.1). Besonders nötig und zugleich herausfordernd sind Absprachen zur Evakuierung von intensivpflegebedürftigen Personen aus der eigenen Häuslichkeit. Pflegedienste, die sich auf diese Zielgruppe spezialisiert haben, stehen vor der Herausforderung, dass sie überregional agieren.

Wir haben ja auch nur einen kleinen Teil unserer Klienten in Magdeburg. Der weitaus größere Teil ist weiter entfernt oder sehr weit entfernt. Wir müssen sozusagen mit jedem Klienten, also mit der Umgebung des Klienten... in Bezug auf Feuerwehr, Rettungsdienste usw.... entsprechende Meldungen machen beziehungsweise Informationen einholen, wie weit sie uns dann unterstützen können. (01_Interview, Pos. 6)

6.3.2 Personalaufwand auf der Mikroebene

Aus der Soll-Konzeption (vor allem aus dem „Toolkit“, Lessinnes et al., 2022b) lassen sich eine Reihe von Networking-Aufgaben im Zusammenhang mit der Katastrophenvorsorge ableiten. In der nachfolgenden Auflistung sind die wichtigsten Aufgaben aufgelistet und tentativ mit Zeitangaben (Stunden/Jahr) versehen. Beziffert werden soll dabei nur der katastrophenvorsorgespezifische Zusatzaufwand. Dies sei gerade mit Blick auf die gängigsten Kooperationspartner von Ambulanten

Pflegediensten – Hausarztpraxen und Apotheken betont. Der hier angenommene Zeitaufwand von – nur – acht Stunden bezieht sich auf die Formulierung einer Absichtserklärung mit jeweils einer Hausarztpraxis und einer Apotheke, zu der ohnehin ein gutes Verhältnis besteht (und vielleicht sogar ein Vertrag/Kontrakt). Nicht gemeint und von der Zeitangabe somit auch nicht abgedeckt sind die um ein Vielfaches höheren Zeitbedarfe für die „normalen“ Absprachen, z. B. hinsichtlich der ärztlichen Verordnungen.

Tab. 52: Zeitaufwand für zusätzliche Networking-Aktivitäten pro Pflegedienst/Sozialraum

	Std./Jahr
Führen einer Liste mit Kontaktinformationen und Rollen von (potenziellen) Vernetzungspartnern	1
Führen einer Liste mit Notfallkontakten	1
Absprachen / Absichtserklärungen mit Rettungsdiensten, Transportunternehmen, Katastrophenschutzorganisationen und Behörden, vor allem im Hinblick auf eine mögliche Evakuierung (Patiententransport, Intensivtransport), aber auch im Hinblick auf die Versorgung in Notunterkünften	8
Absprachen / Absichtserklärungen mit Hausarztpraxen und Apotheken (ggf. Medikamentenlagern) in Bezug auf Medikamente.	8
Absprachen mit Sanitätshäusern im Hinblick auf Pflegematerialien	2
Absprachen / Absichtserklärungen mit anderen Ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen, z.B. hinsichtlich eines Austausches von Materialien und Personal	12
Absprachen / Absichtserklärungen mit Großküchen, Menübringdiensten und Caterers hinsichtlich der Nahrungsmittelversorgung	4
Absprachen / Absichtserklärungen mit Seelsorger*innen und Psychotherapeut*innen hinsichtlich PSNV und sozialer Betreuung	4
Absprachen / Absichtserklärungen mit Krankenhäusern	8
Summe	48

Der höchste Zeitbedarf veranschlagt wird hier für die Absprachen und Absichtserklärungen mit anderen Trägern ambulanter Pflegediensten. Da die kompetitive Struktur des Pflegemarktes kooperative Beziehungen unwahrscheinlich macht (vgl. Lehmann et al., 2022, S. 91), sind auf diesem Feld besondere Anstrengungen notwendig. Geht man weiter davon aus, dass der Vernetzungsbedarf nur unwesentlich von der Größe des Pflegedienstes abhängt, kann der in Tab. 52 ohnehin nur sehr überschlägig ermittelte Zeitbedarf von 48 Stunden auf die drei Fallvignetten wie folgt übertragen werden.

Tab. 53: Fallvignetten - Zusatzaufwand für Vernetzung und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen

	Unternehmen A		Unternehmen B				Unternehmen C	
	22 Mitarb. insg. 100 Patienten		29 Mitarb. / 1 PfID 7 Patienten		300 Mitarb. insg. 70 Patienten		150 Mitarb. insg. 500 Patienten	
	Std.	Euro	Std.	Euro	Std.	Euro	Std.	Euro
Σ Bruttolöhne/Std.	48	1.037,28	48	1.037,28	480	10.372,80	48,00	1.037,28
Aufschlag 1		518,64		518,64		5.186,40		518,64
Aufschlag 2		1.037,28		1.037,28		10.372,80		1.037,28
Kalk. Gesamtaufwand		2.593,20		2.593,20		25.932,00		2.593,20

6.3.3 Personalaufwand auf der Makroebene

In Fortführung der in III.6.3.2 sowie II. 1.1.4 dargestellten Annahmen, errechnen sich für die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Bayern sowie für den Bund die in der nachfolgenden Tab. 54 dargestellten Kostenaufwände.

Tab. 54: Zusatzaufwand für Vernetzung und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
∑ Bruttolöhne QN C	16.865.319 €	682.530 €	2.427.274 €
Aufschlag 1	8.432.660 €	341.265 €	1.213.637 €
Aufschlag 2	16.865.319 €	682.530 €	2.427.274 €
Kalk. Gesamtaufwand	25.297.979 €	1.023.795 €	3.640.910 €

7. Krisenvorsorgeberatung

Bei der AUIK-Online-Befragung von Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste gaben 10,9% der Befragten (n = 101) an, in ihren Pflegediensten würden strukturierte Gespräche mit Patient*innen und ggf. ihren Angehörigen zu Maßnahmen der Notfallvorsorge bzw. des Katastrophenschutzes geführt (vgl. Lehmann et al., 2021, S. 40). Auch wenn diese Befragungsergebnisse nicht repräsentativ sind, wird doch erkennbar, dass Pflegekräfte die Patientenedukation zu diesem Thema nicht als obligatorische Aufgabe ansehen (vgl. ebd., S., 90). Wenn man bedenkt, wie viele Menschen potentiell von Ambulanten Pflegediensten erreicht werden, ist dies ein Manko; daher wird in der Soll-Konzeption die Etablierung niederschwelliger und alltagsnaher Beratungsangebote zur Unterstützung der Nutzer*innen ambulanter Pflege in Fragen der Katastrophenvorsorge propagiert (vgl. Ewers et al., 2022, S. 17).

Dazu gehören (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 11):

- Anweisung und Unterstützung der Patienten*innen sowie die An- und Zugehörigen bei der Entwicklung eigener Pläne zur Disaster Preparedness
- Informationen über die Planungen des Pflegedienstes; insbesondere auch Information über das Patientenklassifikationssystem sowie die Aufklärung über die Möglichkeit einer Verschiebung einer (ärztlich angeordneten) Behandlung im Falle einer Katastrophe

Pflegedienste sollen überdies evidenzbasierte Materialien zur Unterstützung der Informationssuche und Informationsverarbeitung der Nutzer*innen ambulanter Pflegedienste vorhalten (vgl. Ewers et al., 2022, S. 18, Lessinnes et al., 2022b, S. 11). Ein besonders sensibler Beratungsgegenstand ist das Thema Evakuierung, insbesondere dann, wenn eine Triage als u. U. bedrohliche Option im Raum steht.

7.1 Ergebnisse der Experteninterviews

In den Experteninterviews wurde der Aspekt der Patientenklassifikation/Triage besonders fokussiert. Das inzwischen vorliegende Patientenklassifikationssystem zielt darauf ab, sicherzustellen, dass die am stärksten gefährdeten Patient*innen die benötigte Versorgung erhalten (vgl. Lessinnes et al., 2022b, S. 22). Prämisse bei der Anwendung dieses Systems ist, dass niemand sterben muss; dass also letztlich ausreichende Ressourcen aller Personen vorhanden sind. Damit folgt dieses System gerade *nicht* der aus der Militärmedizin bekannten Triage-Logik (vgl. Christian, 2019). Die erste Version des Interviewleitfadens und die Mehrzahl der Experteninterviews basierten hingegen auf früheren Ausführungen der Charité-IGPW-Forschungsgruppe, in denen noch explizit von „Triage“ die Rede gewesen ist (vgl. Lehmann et al., 2021, S. 100). Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Aussagen zu lesen:

Der Angehörige, der den jungen Mann mit Motorradunfall liegen hat, voll beatmet, der sagt natürlich: "Moment mal, wieso denn mein Angehöriger nicht und wieso der andere?" Das wird schwierig sein... das genau zu differenzieren und auch zu begründen, warum das eine Leben rettenswerter als das andere ist... und das zu erarbeiten (...) Wenn das kommuniziert werden muss, wie ein Beratungsgespräch, da würde ich pro Patient sicherlich auf 30 Minuten mindestens tippen, da geht man nicht mal eben so hin: "Ach so, was ich Ihnen noch sagen wollte, wenn es hier mal brennt oder überschwemmt, dann holen wir Ihren Mann als letztes hier raus, na, wissen Sie Bescheid?" Also... Das kann man so nicht machen. Ich denke, da müsste man auf jeden Fall eine Informationsveranstaltung machen, dass dieses Projekt überhaupt so stattfindet. Die Menschen müssen erst mal informiert werden, Stück für Stück. Also erst Information und dann Beratung nochmal individuell. Und da kann man si-

cherlich für eine Informationsveranstaltung für alle Angehörigen ne dreiviertel Stunde rechnen. Plus Flyer eventuell. Und dann nochmal mit jedem einzelnen ne halbe bis dreiviertel Stunde ins Gespräch gehen. So lange dauert das, wenn es um so sensible Themen geht.
(02_Interview, Pos. 63-67)

Nicht thematisiert wurden in den Experteninterviews die Zeitbedarfe für die Entwicklung eigener patienten- bzw. familienbezogener Pläne zur Disaster Preparedness, da dieser Aspekt (aus dem Toolkit-Entwurf) für die große Mehrzahl der geführten Interviews zu spät gekommen ist.

7.2 Personalaufwand für die Katastrophenvorsorgeberatung

Die Vorschläge zur Patientenedukation aus dem „Toolkit“ (Lessinnes et al., 2022b, S. 11) werden in der nachfolgenden Tabelle 55 mit geschätzten Zeitbedarfen veranschlagt.

Tab. 55: Mindestbedarf für die Beratung (pro beratungsbedürftiger Person/Familie)

	Minuten/Jahr
• Information und Beratung zur Patientenklassifikation / Thematisierung einer Evakuierung	30 Min.
• Anweisung und Unterstützung der Patienten*innen sowie die An- und Zugehörigen bei der Entwicklung eigener Pläne zur Disaster Preparedness	40 Min.
• Fahrzeit, Verwaltung (Dokumentation, Vorbereitung der Abrechnung)	20 Min.
Summe pro „Fall“	90 Min.

Es ist davon auszugehen, dass alle in ihrer Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen und ihre Familien Beratung benötigen, auch wenn das Thema Katastrophenvorsorge aufgrund der jüngsten Krisen und Katastrophen breite Aufmerksamkeit erfahren hat und sich Empfehlungen zur Vorratshaltung im Notfall inzwischen in der Tagespresse finden (z.B. „Die eiserne Reserve“, Weserkurier, 9. 11.2022, S. 3). Die Bedarfsgruppe umfasst mithin über 3,6 Mio. pflegebedürftige Menschen (Stand 31.12.2021), nämlich 2.553.921 Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen sowie 1.046.798 Pflegebedürftige, die Sachleistungen von ambulanten Pflegediensten beziehen (vgl. destatis 2022a: 22421-0010).

Unter Zugrundelegung des in Tab. 55 dargelegten Zeitbedarfs im Einzelfall wären – deutschlandweit betrachtet – also rechnerisch 5.401.079 Stunden von ambulanten Pflegediensten zu leisten (vgl. Tab. 56).

Tab. 56: Beratungsbedarf in Stunden auf der Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Pflegebedürftige mit ambulanten Sachleistungen	1.046.798 €	42.066 €	123.401 €
Pflegegeldbezieher*innen	2.553.921 €	75.909 €	273.208 €
<i>Summe</i>	<i>3.600.719 €</i>	<i>117.975 €</i>	<i>396.609 €</i>
Zeitaufwand in Stunden	5.401.079 €	176.963 €	594.914 €

Angenommen wird weiter, dass die pflegerische Katastrophenvorsorgeberatung von Pflegefachkräften (QN C) durchgeführt wird. Multipliziert man den Zeitaufwand in Stunden mit den Bruttostundenlöhnen und addiert dazu gemäß die in Kapitel II.1.1 beschriebenen Faustformel die Aufschläge 1 und 2, dann ergibt sich das in Abb. 57 dargestellte Bild.

Tab. 57: Ausgaben für die pflegerische Katastrophenvorsorgeberatung, Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
<i>Zeitaufwand1 * Bruttostundenlohn</i>	<i>123.421.395 €</i>	<i>3.824.160 €</i>	<i>14.057.806 €</i>
Aufschlag 1	61.710.698 €	1.912.080 €	7.028.903 €
Aufschlag 2	123.421.395 €	3.824.160 €	14.057.806 €
Kalk. Gesamtaufwand	185.132.093 €	5.736.239 €	21.086.709 €

Der zeitliche und damit finanzielle Aufwand für die pflegerische Krisenvorsorgeberatung ist beträchtlich. Möglich erscheint allerdings, dass ein Teil der Krisenvorsorgeberatungen im Rahmen der ohnehin stattfindenden und bereits refinanzierten Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 erfolgen könnte (vgl. VI.1).

8. Berechnung des Gesamtaufwandes

In diesem Unterkapitel werden nun die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Personal- und Sachaufwendungen für Einzelmaßnahmen im Zusammenhang mit der Katastrophenvorsorge in Übersichtstabellen zusammengeführt. Angesichts der methodischen Limitationen sind die vorgestellten Berechnungen derzeit noch mit erheblichen Unsicherheiten behaftet und deren Ergebnisse müssen von daher mit der gebotenen Vorsicht interpretiert werden. Die im Nachfolgenden präsentierten Gesamtkosten stellen sehr konservative Schätzungen dar. Schon bei den Einzelmaßnahmen wird der Aufwand tendenziell unterschätzt, da hier jeweils dem Grundsatz gefolgt wurde, im Zweifel eher zu niedrig zu liegen als zu hoch. In der Summe addieren sich die gleichsinnigen Tendenzen bei den Einzelmaßnahmen zu einer deutlichen Unterschätzung des Gesamtaufwandes. Auch dies gilt es zu beachten.

8.1 Mikroebene

Für die Fallbeispielen A bis C errechnet sich der in Tab. 58 dargestellte Personalaufwand sowie der in Tab. 59 dargestellte Sachaufwand.

Tab. 58: Personalaufwand auf der Mikroebene

	Fallvignette A	Fallvignette B		Fallvignette C
		1 Pflegedienst	10 Pflegedienste	
Betriebliches Krisenkonzept	432 €	324 €	3.782 €	1.175 €
Basisfortbildungen Online	738 €	1.023 €	10.599 €	4.897 €
Basisfortbildungen Präsenz	1.811 €	2.016 €	20.092 €	9.705 €
Qualifizierung der Multiplikator*innen	511 €	875 €	9.773 €	3.647 €
Patientenklassifikation	14 €	95 €	945 €	27 €
Materiallogistik und -verwaltung	1.297 €	1.297 €	12.966 €	2.701 €
Teilnahme an Veranstaltungen/Übungen	432 €	1.729 €	17.288 €	1.297 €
Meldungen an Kommune	14 €	95 €	945 €	27 €
Zusatzaufwand für Vernetzung / Kooperation	2.593 €	2.593 €	25.932 €	2.593 €
Summe	7.841 €	10.047 €	102.322 €	26.069 €

Tab. 59: Sachaufwand auf der Mikroebene

	Fallvignette A	Fallvignette B		Fallvignette C
		1 Pflege-dienst	10 Pflege-dienste	
Persönliche Hygiene	110 €	145 €	1.500 €	750 €
Schlafsäcke, Decken	1.100 €	1.450 €	15.000 €	7.500 €
Gummistiefel	320 €	400 €	4.000 €	2.000 €
Teelichter, Feuerzeuge	28 €	28 €	275 €	28 €
Trinkwasser	238 €	313 €	3.240 €	1.620 €
Grundvorrat Lebensmittel	880 €	1.160 €	12.000 €	6.000 €
Gaskocher und -zubehör	50 €	50 €	500 €	50 €
Funkgeräte	1.750 €	2.100 €	21.350 €	10.850 €
Notfallradios	50 €	50 €	550 €	50 €
INR-Messgeräte inkl. Zubehör	850 €	850 €	8.500 €	850 €
Benzinkanister/Kraftstoff	316 €	356 €	3.555 €	1.343 €
Klappspaten	100 €	125 €	1.250 €	750 €
Schneeketten	160 €	200 €	2.000 €	1.200 €
Notfallschrank	300 €	300 €	3.000 €	300 €
"Kellerregal"	180 €	180 €	1.800 €	180 €
Summe	6.431 €	7.706 €	78.520 €	33.471 €

In der obigen Aufstellung (Tab. 59) wurde der Personalaufwand für die Durchführung der Krisenvorsorgeberatung ausgeklammert. Grund ist die Annahme, dass dieser Personalaufwand durch spezifische Leistungsentgelte (Einnahmen) refinanziert wird (vgl. IV.1). Ausgeklammert sind in Tab. 59 zudem mögliche Zusatzmietkosten für die Lagerung bzw. Aufstellung der o.g. Materialien. Klar ist nur, dass diese im Einzelfall beträchtlich sein können.

So unsicher und ungenau derzeit die Einzel- und Gesamtschätzungen auch noch sein mögen, steht doch fest, dass der aus der AUPIK-Soll-Konzeption resultierende Aufwand für die Katastrophenvorsorge keine vernachlässigbare Größe ist. Auch bei einem eher kleinen inhabergeführten ambulanten Pflegedienst (Fallvignette A) dürfte der Gesamtaufwand bei weit über 10.000 Euro liegen (vgl. Tab. 60). Bei dem großen Pflegedienst eines freigemeinnützigen Trägers, der 500 Patient*innen mit 150 Mitarbeiter*innen betreut (Fallvignette C), fallen ca. 60.000 Euro an.

Tab. 60: Gesamtaufwand auf der Mikroebene

	Fallvignette A	Fallvignette B		Fallvignette C
		1 Pflegedienst	10 Pflegedienste	
Personalaufwand	7.841 €	10.047 €	102.322 €	26.069 €
Sachaufwand	6.431 €	7.706 €	78.520 €	33.471 €
Summe	14.272 €	17.753 €	180.842 €	59.540 €

Daher stellt sich die Frage nach der Re-Finanzierung.

Ein Zwischenschritt zur Beantwortung dieser Frage ist die Betrachtung der kumulierten Ausgaben auf der Makroebene.

8.2 Makroebene

Bezogen auf ganz Deutschland sowie für Sachsen-Anhalt und Bayern kumulieren die Personalaufwendungen für die verschiedenen Katastrophenvorsorgemaßnahmen wie folgt (vgl. Tab. 61).

Tab. 61: Personalaufwand auf der Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Erstellung des Katastrophenvorsorgekonzeptes	4.216.330 €	170.633 €	606.818 €
Basisfortbildungen Online	14.492.967 €	496.088 €	2.039.994 €
Basisfortbildungen Präsenz	34.174.720 €	1.210.935 €	4.696.656 €
Qualifizierung der Führungskräfte/Multiplikator*innen	11.428.167 €	438.893 €	1.448.141 €
Patientenklassifikation	527.041 €	21.329 €	75.852 €
Materiallogistik und -verwaltung	19.936.522 €	853.163 €	2.774.724 €
Teilnahme an Kommunalen Veranstaltungen/Übungen	7.905.618 €	319.936 €	1.137.785 €
Meldungen an Kommune	527.041 €	21.329 €	75.852 €
Zusatzaufwand für Vernetzung / Kooperation	25.297.979 €	1.023.795 €	3.640.910 €
Summe	118.506.386 €	4.556.101 €	16.496.733 €
Krisenvorsorgeberatung von Patient*innen	185.132.093 €	5.736.239 €	21.086.709 €
Summe inkl. Beratung von Patient*innen	303.638.479 €	10.292.340 €	37.583.442 €

Die Krisenvorsorgeberatung von Patient*innen verdient eine besondere Betrachtung. Nicht nur, weil es sich hier um die mit Abstand größte Einzelaufgabe handelt, sondern auch, da sich für diese Aufgabe eine andere Re-Finanzierung anbietet als bei den übrigen Ausgabenfaktoren (vgl. VI.1).

Die einzelnen Sachaufwendungen addieren sich bezogen auf ganz Deutschland sowie für Sachsen-Anhalt und Bayern wie in Tab. 62 dargestellt. In der ebenfalls umseitig zu findenden Tab. 63 werden schließlich die Tab. 61 und 62 zusammengeführt.

Tab. 62: Sachaufwand auf der Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Persönliche Hygiene	2.214.300 €	75.880 €	284.960 €
Schlafsäcke, Decken	22.143.000 €	758.800 €	2.849.600 €
Gummistiefel	5.904.800 €	202.347 €	759.893 €
Teelichter, Feuerzeuge	422.840 €	18.095 €	58.850 €
Trinkwasser /Mineralwasser	4.782.888 €	163.901 €	615.514 €
Grundvorrat Lebensmittel	17.714.400 €	607.040 €	2.279.680 €
Gaskocher und -zubehör	768.800 €	32.900 €	107.000 €
Funkgeräte	37.671.200 €	1.276.450 €	5.243.000 €
Notfallradios	768.800 €	32.900 €	107.000 €
INR-Messgeräte inkl. Zubehör	13.069.600 €	559.300 €	1.819.000 €
Benzinkanister /Kraftstoff	5.466.168 €	233.919 €	760.770 €
Klappspaten	1.922.000 €	82.250 €	267.500 €
Schneeketten	3.075.200 €	131.600 €	428.000 €
Notfallschrank	4.612.800 €	197.400 €	642.000 €
"Kellerregal"	2.767.680 €	118.440 €	385.200 €
Summe	123.304.476 €	4.491.221 €	16.607.967 €

Tab. 63: Gesamtaufwand auf der Makroebene

	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Bayern
Personalaufwand ohne Krisenvorsorgeberatung	118.506.386 €	4.556.101 €	16.496.733 €
Sachaufwand	123.304.476 €	4.491.221 €	16.607.967 €
Gesamtaufwand (ohne Katastrophenvorsorgeberatung)	241.810.862 €	9.047.322 €	33.104.700 €
Krisenvorsorgeberatung	185.132.093e €	5.736.239 €	21.086.709 €
Gesamtaufwand	426.942.955 €	14.783.561 €	54.191.409 €

Teilt man den in Tab. 63 dargestellten Gesamtaufwand durch die Anzahl der ambulanten Pflegedienste (Sachsen-Anhalt: 658; Deutschland = 15.376) (vgl. Destatis, 2022b, Tab. 1.1), dann errechnet sich für die Umsetzung der AUIK-Empfehlungen folgender durchschnittlicher Aufwand pro Pflegedienst:

- Sachsen-Anhalt: 22.467 Euro
- Deutschland: 27.767 Euro

Bei großen Unterschieden zwischen den einzelnen Pflegediensten (veranschaulicht durch die Fallvignetten) sind das keine zu vernachlässigenden Größen. Der auf den Empfehlungen der AUIK-Sollkonzeption beruhende Aufwand für die Katastrophenvorsorge dürfte mindestens 1 % des Umsatzes eines ambulanten Pflegedienstes betragen.

Daher stellt sich die Frage nach der Re-Finanzierung.

IV Diskussion

Der Gesetzgeber hat bereits im Juli letzten Jahres im Zuge des GVWG festgelegt, dass zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zwingend auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen gehören (§ 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Wie schon dargelegt wurde diese Vorgabe in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI (abgekürzt: MuG) vom 9.11.2022 insbesondere dahingehend konkretisiert, dass jeder Pflegedienstbetreiber über ein Krisenkonzept verfügen muss, das definierten Mindestanforderungen genügen muss. Der Träger ist im Rahmen des internen Qualitätsmanagements aber nicht nur dafür verantwortlich, „Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen *festzulegen*“ (Hervh. J.H), sondern er muss diese Maßnahmen „im Rahmen der zur Verfügung gestellten Ressourcen“ auch durchführen, in ihrer Wirkung überprüfen und gegebenenfalls weiterentwickeln“ (vgl. MuG, Ziff. 6, Satz 2).

Was ist nun Pflicht, was ist Kür? Diese Frage lassen die MuG offen. Sie wird auch durch das AUIK-Projekt nicht abschließend beantwortet, denn die AUIK-Soll-Konzeption hat nur Empfehlungscharakter, wie schon aus den Titeln der Veröffentlichungen – „Ansatzpunkte“ (Ewers et al., 2021) bzw. „Toolkit“ (Lessinnes et al. 2022b) – deutlich wird.

In der vorliegenden, von der APOLLON Hochschule verantworteten pflegeökonomischen Machbarkeitsstudie sind auftragsgemäß die Kosten ermittelt, die den ambulanten Pflegediensten im Zuge der Umsetzung der AUIK-Soll-Konzeption für die Katastrophenvorsorge entstehen. Wie in Kapitel III.8.1.1. gezeigt, stellen diese Kosten keine zu vernachlässigende Größe dar; Pflegedienste müssen damit rechnen, mindestens 1% des Umsatzes für Zwecke der Katastrophenvorsorge aufzubringen. Es stellt sich daher die Frage, wie diese Kosten am besten refinanziert werden können.

1. Re-Finanzierung

Die Krisenvorsorge ist seit dem Inkrafttreten des durch das GVWG reformierten § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI eine gesetzliche Regelaufgabe.

Wenn keine andere Regelung installiert wird, erfolgt die Re-Finanzierung der Krisen- bzw. Katastrophenvorsorge gleichsam „automatisch“ im Rahmen der bestehenden Systematik. Der Aufwand für die Krisen- und Katastrophenvorsorge fließt dann also im Regelfall ein in die sog. „Overheadkosten“ und muss von den Pflegedienstleistern als Teil derselben in den Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen gemäß § 89 SGB XI sowie ggf. in den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen gemäß § 132a Abs. 4 SGB V geltend gemacht werden (vgl. Heiber, 2017, S. 85 ff.; Heiber, 2020, S. 129 ff.).

Die Re-Finanzierung im Rahmen des ambulanten Vergütungssystems hat den Vorteil, vergleichsweise unbürokratisch zu sein, da keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut werden müssten. Das wurde auch in den von uns geführten Interviews von den Expert*innen so gesehen.

Das wäre natürlich das Einfachste, wenn man das dort mit einbauen kann. Dann gibt es nicht nochmal extra einen Antrag hier und einen Antrag dort. (01_Interview, Pos. 83)

Nachteilig an dieser Finanzierungsvariante ist allerdings die mangelnde Sichtbarkeit der Katastrophenvorsorge. Sie geht ein in den großen „Topf“ der Overheadkosten, wobei problemverschärfend hinzutritt, dass die Aufwendungen für die Krisen- und Katastrophenvorsorge – Stand heute – weder von der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) noch von den gängigen Branchensoftwareprogrammen abgebildet werden. Solange jedoch nicht nachvollziehbar ist, wie stark die Pflegedienstträger tatsächlich in die Katastrophenvorsorge investieren, werden sich die Pflege- und Krankenkassen in den Vergütungsverhandlungen schwer damit tun, geltend gemachte Krisenvorsorgeaufwendungen in den Vergütungsverhandlungen zu akzeptieren.

Also mein Hauptgeschäftsführer, der hat immer das Problem [in Vergütungsverhandlungen] die Kosten zu vermitteln beziehungsweise darzustellen. (01_Interview, Pos. 83)

Aus der Sicht der ambulanten Pflegedienste besteht daher ein beträchtliches Risiko, dass ihre Krisenvorsorgeaufwendungen nicht vollständig refinanziert werden. Der Geschäftsführer eines kleinen

ambulanten Pflegedienstes hat aus diesem Grunde in einem der von uns geführten Experteninterviews sehr entschieden dagegen ausgesprochen, den Aufwand für die Krisen- und Katastrophenvorsorge in die Leistungsentgelte einfließen zu lassen:

*Nein, nein, nein, nein, nein. Nicht in die normalen Vergütungen! Sondern extra. Ich will die Pflegekassen am besten da gar nicht mit drin haben. Wie das dann läuft, kennt man ja. ...
Nein! Ohne Kasse! (08_Interview, Pos. 95)*

Diese sehr scharfe Ablehnung des Geschäftsführers resultiert aus seiner zum Zeitpunkt des Interviews noch frischen Erfahrung mit der zum 1. September 2022 in Kraft getretene gesetzlichen Verpflichtung zur Zahlung mindestens ortsüblicher Vergütungen; denn es war ihm in den Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen nicht gelungen, seine erheblich gestiegenen Personalkosten durch entsprechende Leistungsentgelterhöhungen zu egalisieren. Eine Erfahrung, die er mit vielen anderen Pflegedienstbetreibern teilt.⁹

Soll sich diese Erfahrung nicht bei der Umsetzung der AUIK-Soll-Konzeption zur Krisen- und Katastrophenvorsorge wiederholen, müssten von den Kostenträgern Finanzmittel in mindestens der in Kapitel III.8.2 dargestellten Höhe eingeplant und in den Vergütungsverhandlungen gemäß § 89 SGB XI bzw. § 132a Abs. 4 SGB V für entsprechende Erhöhungen der Leistungsvergütungen verwendet werden.

Solange die Re-Finanzierung über angepasste Leistungsentgelte zweifelhaft ist, werden die meisten Pflegedienste voraussichtlich ihr Engagement für die Krisenvorsorge auf das Notwendigste beschränken. Das wäre ein Krisenkonzept „für die Schublade“, das dem Medizinischen Dienst im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI präsentiert werden könnte.

Um dieses nicht ganz unwahrscheinliche Szenario zu vermeiden, stellt sich die Frage, welche Teile der AUIK-Soll-Konzeption auf alternative Weise refinanziert werden könnten, nämlich a) dadurch, dass aus ihr abrechnungsfähige Leistungen gemacht werden, oder b) durch Fördermittel.

(zu a): Leistungsabrechnung

Wie schon angedeutet, bietet es sich an, die in Kap. III.7.2 geschriebenen **Krisenvorsorgeberatung** abrechnungsfähig zu machen. Dies könnte analog zur Pflegeberatung § 37 Abs. 3 SGB XI geschehen (diese Leistung ist in den meisten Bundesländern als Leistungskomplex abrechnungsfähig; Ausnahme Bayern, hier wird diese Leistung nach Zeit abgerechnet).

Wie ebenfalls schon angedeutet, stellt sich angesichts der beträchtlichen Kosten für Krisenvorsorgeberatung die Frage, ob und inwieweit diese mit der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI zusammengelegt werden könnte.

Teilweise erscheint dies möglich – aber wirklich nur: teilweise. Es ist aus sachlichen Gründen nicht möglich den gesamten Krisenvorsorgeberatungsbedarf über die Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI abzudecken. Ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgt schließlich unter der Hauptfragestellung, ob die häusliche Pflege sichergestellt ist. Dabei wird die gesamte Pflegesituation in den Blick genommen. Es interessieren also nicht nur der Pflegezustand, das Befinden und die Wünsche der pflegebedürftigen Person (Hinweise auf Pflegefehler und/oder Verwahrlosung?), sondern auch das Befinden (Anzeichen von Überlastung?) und die Pflegebereitschaft der Hauptpflegeperson sowie deren Kenntnis und Akzeptanz von Entlastungsmöglichkeiten (ggf. in Anspruch genommene Hilfen?). Schließlich sind auch die baulichen Gegebenheiten sowie die Pflege-tauglichkeit der Wohnungseinrichtung – insbesondere Bett und sanitäre Einrichtungen – zu betrachten (vgl. Geschäftsstelle Qualitätssausschuss Pflege, 2019, S. 5). Insbesondere bei Erstbesuchen sind die von den Pflegeberater*innen zu absolvierenden Aufgaben so umfangreich, dass keine zeitlichen Ressourcen für eine Krisenvorsorgeberatung zur Verfügung stehen.

Bei Wiederholungsbesuchen könnte es dafür aber Spielräume geben. Die vorgeschriebene Frequenz der obligatorischen Beratung richtet sich bekanntlich nach dem Pflegegrad (halbjährliche

Beratungsgespräche bei Pflegegrad 2 und 3; vierteljährlich bei Pflegegrad 4 und 5)¹⁰. Beim vierten oder sogar x-ten Wiederholungsbesuch müsste es allerdings möglich sein, den Beratungsbesuch schwerpunktmäßig dem Thema Krisen- und Krisenvorsorge zu widmen. Dass es nicht einfach sein dürfte, diesen komplexen Hintergrund in operable Leistungsvorschriften zu übersetzen, kann kein Hinderungsgrund sein.

Mit aller Vorsicht kann angenommen werden, dass der in Tab. 55 geschätzte zeitliche Bedarf von 1,5 Stunden auf 45 Minuten halbiert werden konnte. Daraus ergäbe sich dann für die Pflegekassen eine entsprechende Halbierung der in den Tab. 57, 61 und 63 dargestellten Aufwendungen für die Krisenvorsorgeberatung.

(zu b) Förderung

Größere Einzelinvestitionen, wie z.B. die Beschaffung von Funkgeräten, könnten mit punktgenauen Förderprogrammen bezuschusst werden. Für alle anderen Maßnahmen käme eine pauschale Anschubförderung in Betracht. Die Pauschalen für die Krisenvorsorge wäre sachgerecht zu staffeln – d.h. eher nach der Anzahl der Mitarbeitenden (Vollzeitäquivalente) als nach der Anzahl der Patient*innen.

Die Förderung sollte in jedem Fall so unbürokratisch wie möglich ausgestaltet werden. Unter den Verantwortlichen von Pflegediensten herrscht derzeit ein großer Unmut über eine als überbordend empfundene Bürokratie. Illustrierend dazu ein Zitat aus unserer Expertenbefragung.

Die Verwaltung hat sich bei mir in den letzten dreißig Jahren verfünffacht. Trotz Digitalisierung. Und keiner bohrt in der Nase. (07_Interview, Pos. 26)

Generell hätten staatliche Förderprogramme aus der Sicht aller Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen den Vorteil, dass systemeigene Finanzressourcen geschont würden. Qualitätsverbesserungen, wie sie mit § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI intendiert werden, führen tendenziell zu höheren Leistungsentgelten. Im leistungsgedeckelten Pflegeversicherungssystem bedeutet dies allerdings, dass die Pflegebedürftigen weniger Leistungen einkaufen können – es sei denn, die Pflegeversicherungsleistungen werden nicht ebenfalls erhöht. Nun sollen zwar die Pflegegeld- und Pflegesachleistungen nach dem Willen der Bundesregierung zum 1.1.2024 um 5 Prozent angehoben werden, aber diese Erhöhung wird vom Gesetzgeber selbst mit den lohnbedingt gestiegenen Pflegevergütungen begründet (vgl. PUEG-Referentenentwurf, S. 2); die hier errechneten Ausgaben für die Krisen- und Katastrophenvorsorge von bis zu einer halben Milliarde Euro sind im PUEG nicht berücksichtigt.

2. Methodische Limitationen

Der Personalaufwand einer Katastrophenvorsorgemaßnahme errechnet sich grundsätzlich durch Multiplikation des Stundensatzes mit der Anzahl der als notwendig und/oder realistisch erachteten Arbeitsstunden. Der Sachaufwand pro Beschaffungsmaßnahme ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation von Preis und benötigter Stückzahl pro Sachgut bzw. Materialgruppe.

Sowohl bei der Festlegung der Berechnungsgrößen für den Stundensatz als auch bei der Ermittlung der Preise bestehen gewisse Unschärfen (vgl. Kap. II.1.1 und II.1.2). Noch größere Unschärfen bestehen bezüglich der Mengenkomponten. Da die vorliegenden Ansatzpunkte (Ewers et al., 2022) und Empfehlungen, wie die Material-Liste für Büro und Dienstwagen“ (Lessinnes et al., 2022b, S. 23f.) nur wenige Hinweise für Mengengerüste geben, musste die APOLLON Arbeitsgruppe diese erst ermitteln. In den acht auch zu diesem Zwecke durchgeführten Experteninterviews war aber nur sehr bedingt Raum für die Eruiierung von Mengengerüsten. Größtenteils basieren die Mengenkomponten für die Berechnung der Personal- und Sachaufwendungen lediglich auf Schätzungen der Arbeitsgruppe. Es versteht sich von daher, dass diese Einschätzungen nicht als Präjudiz für eine „Notwendigkeit“ im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß §§ 29, 72 ff. SGB XI bzw. § 70 SGB V zu verstehen sind.

¹⁰ Die Option zur halbjährlichen Inanspruchnahme einer 37.3-Pflegeberatung haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keinen Anspruch auf Pflegegeld haben.

V Anhänge

1. Literatur- und Quellenverzeichnis

- AOK-Bundesverband (2022). *Regional übliches Entlohnungsniveau in der Pflege*. Quelle: <https://www.aok.de/gp/entlohnung-nach-tarif/tarifuebersicht/regional-uebliches-entlohnungsniveau-in-der-pflege#Anker15694> (16.10.22).
- AOK-Bundesverband (2022a). *Rechenbeispiel zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus*. <https://www.aok.de/gp/entlohnung-nach-tarif/tarifuebersicht/berechnungsmethodik> (16.10.22).
- Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012): *Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege*. In: BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Bekanntmachung der von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“. (Bundesanzeiger 17.02.2016 B3).
- Baden-Württemberg – Statistisches Landesamt (2021): *Pflegestatistiken - Pflegepersonal nach Berufsabschluss*. https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/Pflege/Pflege_07.jsp (22.10.2022).
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2021): *Statistische Berichte – K8300C 201951 – Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern 2019, korrigierte Fassung vom 19.11.2021*. https://statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/k8300c_201951.pdf (22.10.2022).
- Benedix, U. (2022): *Pflegehilfskräfte in der stationären Langzeitpflege*. Bremen: Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023): *Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)*. Referentenentwurf. Berlin: BMG.
- Christian, M.D. (2019): *Triage*. In: *Critical Care Clinics*, 35 (4) 575–589. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.009>
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2020): *Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2022a): *Pflegestatistik 2021 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2022b): *Pflegestatistik 2021 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (o.J.): 22411-0014 - *Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen: Bundesländer - Stichtag, Geschlecht, Überwiegender Tätigkeitsbereich*. (Verfügbarer Zeitraum: 15.12.2017 - 15.12.2019). Genesis-Online-Werteabruf: 11.01.2023.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (o.J.): 22411-0014 - *Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen: Bundesländer - Stichtag, Geschlecht, Überwiegender Tätigkeitsbereich*. (Verfügbarer Zeitraum: 15.12.2017 - 15.12.2019). Genesis-Online-Werteabruf: 11.01.2023.
- Döring, N.; Bortz, J. (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation* (5. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- DQR [= Bund-Länder-Koordinierungsstelle „Deutscher Qualifikationsrahmen“] (2017): *Liste der zugeordneten Qualifikationen - Aktualisierter Stand: 1. August 2022*. Online verfügbar unter: https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/2022_dqr_liste_der_zugeordneten_qualifikationen_01082022.pdf?blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 29.08.2022.

- Ewers, M.; Lessinnes, S.; Kibler, A.; Gröbe, S. Köhler, M. (2022): *Vorsorge für Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen Pflege. Ansatzpunkte zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ambulanter Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter*innen*. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Ewers, M., Lehmann, Y. (2021): *Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege – Literatursynthese & Bibliographie*. (Working Paper No. 21-02). Berlin: IGW – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin.
- GKV-Spitzenverband (2022): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 82c Absatz 4 SGB XI zum Verfahren nach § 82c Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI (Pflegevergütungs-Richtlinien) vom 24.01.2022 Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/tv/2022_07_08_Pflegeverguetungs_Richtlinien_nach_82c_SGB_XI_nach_Genehmigung.pdf. Letzter Zugriff am 16.09.22.
- Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege (2022): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI (Stand: 09.11.2022). Bundesministerium für Gesundheit. BAnz AT 22.12.2022 B1.
- Geschäftsstelle Qualitätssauschuss Pflege (Hrsg) (2019). Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI vom 29. Mai 2018. <https://www.gs-gsa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/07/Empfehlungen-%C2%A737-gem.-Beschluss-eQAP-vom-29.05.2018-zuletzt-geandert-am-21.05.2019.pdf> (12.02.2023).
- Gläser, J.; Laudel, G. (2004): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanuschke, P., Gutschmidt, F. (2022): Die eiserne Reserve – Vorratshaltung: Welche Lebensmittel und wie viele Kalorien pro Tag sinnvoll sind. Weser Kurier v. 9. Nov. 2022.
- Heiber, A. (2017): *Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen – Stundensätze richtig kalkulieren*. Hannover: Vincentz.
- Heiber, A. (2020). *Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen*. Hannover: Vincentz.
- Jürgensen, A. (2019): *Pflegehilfe und Pflegeassistenz – ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf*. Bonn: Budrich.
- Kuckartz U., Rädiker S. (2020) *Computergestützte Analyse qualitativer Daten (CAQDAS)*. In: Mey G., Mruck K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. (2. Aufl.) (S. 1-22) Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_55-2.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Rädiker S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse – Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (5. Aufl.) Weinheim: Beltz.
- Lehmann, Y., Thiele, A.; Ewers, M. (2021): *Vorsorge, Management und Bewältigung von Katastrophen aus Sicht ambulanter Pflegedienste*. (Working Paper No. 21-03). Berlin: IGW – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin.
- Lessinnes, S. et al. (2022a): *Konzept für einen betrieblichen Katastrophenschutzplan für ambulante Pflegedienste*. Berlin: IGW – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin (unveröffentlichte Entwurfsfassung - Stand: Nov. 2022).
- Lessinnes, S. et al. (2022b): *Konzept für einen betrieblichen Katastrophenschutzplan für ambulante Pflegedienste – Toolkit*. Berlin: IGW – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin.
- MAXQDA (o.J.): *MAXQDA 2020. Manual*. <https://www.maxqda.de/hilfe-mx20/willkommen> (25.10.2022).
- Mayring, P. (2020). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Mey G., Mruck K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. (2. Aufl.) (S.496-511) Wiesbaden: Springer VS.

- Mecklenburg-Vorpommern – Statistisches Amt (2020): *Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern, Stichtag: 15.12.2019 - K813 2019 01*. <https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/K VIII Pflege/K 813/K813 2019 01.pdf> (22.10.2022).
- Meuser, M.; Nagel, U. (1991). *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In Detlev Garz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitative empirische, Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. (S.441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meyermann, A.; Porzelt, M. (2014): *Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten*. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. https://www.forschungsdaten-bildung.de/get_files.php?action=get_file&file=fdb-informiert-nr-1.pdf (22.10.2022).
- Müller, B. (2022): *Pflegevergütung mit Einführung der der Tarifpflicht ab 01.09.22 in Sachsen-Anhalt*. (Internes Papier der Abteilung Pflege). Magdeburg: AOK Sachsen-Anhalt.
- Niedersachsen - Landesamt für Statistik (2021): *Gesetzliche Pflegeversicherung - Ergebnisse der Pflegestatistik 2019 – K II - j/2019*. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- Nordrhein-Westfalen – Information und Technik NRW, Statistisches Landesamt (2021): *Statistische Berichte - Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2019 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2019 in Nordrhein-Westfalen - K323 2019 51 (Kennziffer K VIII – 2j/19)*. Düsseldorf: Information und Technik NRW.
- Plantholz, M. (2018): *§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen*. In: Kramer, U.; Plantholz, M. (Hrsg.), *Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung – Lehr- und Praxiskommentar*. (5. Auflage), S. 1067-1086. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Rothgang, H. et al. (2020): *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (Pe-BeM)*. Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw), Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb).
- Sachsen-Anhalt - Statistisches Landesamt (2021): *Pflege 2019 – Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeheime, Pflegegeld – Statistischer Bericht*. https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesaemter/StaLa/startseite/Themen/Oeffentliche_Sozialleistungen/Berichte/Pflege/6K801_2019-A.pdf (Abruf 22.10.2022).
- Schütze, B. (2018): *Achtes Kapitel Pflegevergütung - § 84*. In: Udsching, P; Schütze, B., *SGB XI – Pflegeversicherung – Kommentar*. München: C.h. Beck., S. 592-608.
- SMS - Verband Schweizerischer Mineralquellen und Soft-Drink-Produzenten (o.J.: Wie lange ist Mineralwasser haltbar? <https://mineralwasser.swiss/faqs/haltbarkeit/> (14.01.2023).
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2021): *Pflegestatistik Hamburg 2019 – Statistischer Bericht - Kennziffer: K II 8 - 2j 19 HH*. https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/arbeit_und_soziales/K II 8 2j H/K II 8 2j19 HH.pdf (22.10.2022).
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2021a): *Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019 – Statistischer Bericht - Kennziffer: K II 8 - 2j 19 SH*. https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/arbeit_und_sozialles/K II 8 2j S/K II 8 2j19 SH.pdf (22.10.2022).
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung*. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa.
- VerbundFDP (2019): *Informationen zum Datenschutz*. <https://www.forschungsdaten-bildung.de/info-datenschutz> (22.11.2020).
- Wessels, M. (2019). *Pflege und Ökonomie*. In: *Pflegeökonomie. Studium Pflege, Therapie, Gesundheit*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59394-3_1.

2. Rechtsquellenverzeichnis

ArbZG	Arbeitszeitgesetz vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170, 1171), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3334) geändert worden ist.
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11.07.2021 (BGBl. I. S. 2754)
HKP-RL	Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie - Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. BAnz. Nr. 21a (Beilage) vom 09.02.2010, zuletzt geändert am 20. Oktober 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.12.2022 B8) in Kraft getreten am 24. Dezember 2022 sowie veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 11.01.2023 B4) in Kraft getreten am 12. Januar 2023.
MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI (Stand: 09.11.2022). Bekanntmachung Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege, Bundesministerium für Gesundheit. BAnz AT 22.12.2022 B1
Pflegevergütungs-Richtlinien	GKV-Spitzenverband (2022): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 82c Absatz 4 SGB XI zum Verfahren nach § 82c Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI vom 24.01.2022
PTVA	Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a S. 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI von ambulanten Pflegediensten – Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA). (Stand: 7.12.2015)
QPR	Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR). (Stand: 18.12.2019)
PBV	Pflege-Buchführungsverordnung vom 22. November 1995 (BGBl. I S. 1528), die zuletzt durch Artikel 25 Absatz 9 des Gesetzes vom 7. August 2021 (BGBl. I S. 3311) geändert worden ist.
Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V	Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 (Stand 28.10.2021)
SGB V	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist.
SGB XI	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist

3. Erhebungsinstrumente

3.1 Anschreiben

Alle Anschreiben wurden nach Möglichkeit (d.h. bei Vorliegen entsprechender Kontaktdaten) persönlich adressiert. Dabei gab es folgende drei Hauptvarianten:

3.1.1 Unpersönliche Version

Das nachstehende Faksimile wurde als Anlage einer im Text identischen Mail verschickt



APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH

Bremen, 21.08.2022

Fachbereich 3:
Pflege, Soziales & Therapie

Lehrstuhl
für Pflegemanagement,
und Pflegeberatung

Prof. Dr. Jörg Hallensleben

Universitätsallee 18
28359 Bremen

Tel. +49 421 378266-722
mobil +49 174 30800-67
Fax +49 421 378266-190

www.apollon-hochschule.de

Projekt Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen - AUIPK

Ist Ihr Pflegedienst auf einen mehrtägigen Stromausfall, extreme Wetterlagen oder eine gezielte Cyberattacke bestmöglich vorbereitet? Wie werden z.B. pflegebedürftige Menschen versorgt, deren Überleben vom durchgehenden Funktionieren elektrischer Geräte abhängt?

Das Institut für Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat bereits vor zwei Jahren Pflegedienste in der Region Magdeburg nach dem Stand der Vorbereitungen auf Krisensituationen befragt und auf dieser Basis Ansatzpunkte zur Problemlösung entwickelt, wie z.B. kommunale Katastrophenschutzpläne unter Beteiligung der Pflegedienste.

Mich und mein Forschungsteam von der APOLLON-Hochschule interessiert nun Ihre Einschätzung der zentralen Vorschläge. Des Weiteren benötigen wir Ihre Expertise, um berechnen zu können, welche Kosten mit der Umsetzung ausgewählter Maßnahmen verbunden wären.

Mir ist schon klar, dass Leitungen von Pflegediensten gerade anderes zu tun haben als Interviews zu führen. Aber ich möchte Sie trotzdem herzlich bitten, für ein Interview zur Verfügung zu stehen, das rund 45 Minuten dauern würde. Denn: **Ihre Expertise ist gefragt!** Standardmäßig werden die Interviews online per Zoom geführt. Aber auch andere Wege sind möglich.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen, geben sie mir ein Zeichen. Dann schicke ich Ihnen umgehend nähere Informationen, etwa zum Datenschutz, und rufe Sie an. Allgemeine Informationen zum Projekt finden Sie unter: <https://aupik.de/>

Ich hoffe sehr auf Ihr Interesse und Ihr Mitwirken

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Jörg Hallensleben

3.1.2 Mail-Version für Teilnehmer an der ersten AUPIK-Erhebung 2020

Betreff: *Noch einmal ein Interview zum Thema Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen*

Sehr geehrter Herr XY,

das Institut für Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat vor einiger Zeit Pflegedienste in der Region Magdeburg nach dem Stand der Vorbereitungen auf Katastrophen, wie z.B. einen mehrtägigen Stromausfall oder extreme Wetterlagen befragt. Wenn ich richtig informiert bin, hat sich Ihr Pflegedienst, [Name des Pflegedienstes], an dieser Befragung beteiligt.

Inzwischen hat die Charité-Forschungsgruppe Ansatzpunkte zur Problemlösung entwickelt, wie z.B. kommunale Katastrophenschutzpläne unter Beteiligung der Pflegedienste (siehe Anlage. Mich und mein Forschungsteam von der APOLLON-Hochschule interessiert nun Ihre Einschätzung zentraler Maßnahmen des Gesamtkonzeptes. Des Weiteren benötigen wir Ihre Expertise, um berechnen zu können, welche Kosten mit der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen verbunden wären.

Mir ist schon klar, dass Leitungen von Pflegediensten gerade anderes zu tun haben als „ständig“ Interviews zu geben. Standardmäßig führen wir die Interviews online per Zoom. Aber auch andere Wege sind möglich.

Ich rufe Sie in den nächsten Tagen an, um – hoffentlich – einen Interviewtermin mit Ihnen vereinbaren zu können. Allgemeine Informationen zum Projekt finden Sie unter: <https://aupik.de/>

Ich hoffe sehr auf Ihr Interesse und Ihr Mitwirken!

Freundliche Grüße
Prof. Dr. Jörg Hallensleben

[Anlage: Ewers et al., 2022]

3.1.3 Mail-Version für DRK-Pflegedienste

Betreff: Projekt Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen - AUPIK

Sehr geehrte Frau XY,

ist Ihr Pflegedienst auf einen mehrtägigen Stromausfall, extreme Wetterlagen oder eine gezielte Cyberattacke bestmöglich vorbereitet? Wie werden z.B. pflegebedürftige Menschen versorgt, deren Überleben vom durchgehenden Funktionieren elektrischer Geräte abhängt?

Das Kompetenzzentrum des DRK für Forschung und Innovationstransfer hat gemeinsam mit anderen Konsortialpartnern nach praktikablen Wegen gesucht, um sich auf solche Gefahren vorzubereiten. Ein Ansatzpunkt zur Problemlösung wäre z.B. ein Katastrophenschutzplan der Kommune Jerichower Land unter Beteiligung der Pflegedienste.

Mich und mein Forschungsteam von der APOLLON-Hochschule interessiert nun Ihre Einschätzung zentraler Maßnahmen des Gesamtkonzeptes. Des Weiteren benötigen wir Ihre Expertise, um berechnen zu können, welche Kosten mit der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen verbunden wären.

Mir ist schon klar, dass Sie als PDL gerade anderes zu tun haben als Interviews zu führen. Aber ich möchte Sie trotzdem herzlich bitten, für ein Interview zur Verfügung zu stehen, das rund 45 Minuten dauern würde. Denn: **Ihre Expertise ist gefragt!** Standardmäßig werden die Interviews online per Zoom geführt. Aber auch andere Wege sind möglich.

Ich rufe Sie in den nächsten Tagen an, um – hoffentlich – einen Interviewtermin mit Ihnen vereinbaren zu können. Allgemeine Informationen zum Projekt finden Sie schon jetzt unter: <https://www.drk.de/forschung/forschungsprojekte/laufende-projekte/aupik/>

Ich hoffe sehr auf Ihr Interesse und Ihr Mitwirken!

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. Jörg Hallensleben

[Anlage: Ewers et al., 2022]

3.2 Interviewleitfaden – Experteninterviews mit Leitungspersonen in Pflegediensten

Allgemeine Hinweise

Das Interview soll einem natürlichen Gesprächsfluss folgen. Der Interviewleitfaden ist eher als Gedächtnisstütze zu verwenden. Auf die exakte Formulierung der Fragen und Informationsimpulse kommt es in der Regel nicht an. Es müssen auch nicht unbedingt alle Fragen gestellt werden. Es ist im Zweifelsfall besser, nicht zu allen Forschungsfragen Antworten zu erhalten, als verzerrte Antworten zu allen Fragen. Den Fragenkatalog in einer (zunehmend) angespannten Gesprächsatmosphäre „abzuarbeiten“, wäre nicht zielführend.

Einstieg

(situativ angepasst)

- Begrüßung: Guten Morgen / Tag / Abend Herr / Frau...
- Ggfs. eigene Vorstellung: Mein Name ist XY. Ich bin wissenschaftliche Mitarbeiterin an der APOLLON Hochschule. Ich werde heute das Interview mit Ihnen führen, für das wir uns miteinander verabredet haben.
- Danksagung: Herzlichen Dank dafür, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Ich gehe von ca. 45 Minuten aus, aber Sie können das Gespräch selbstverständlich jederzeit unterbrechen oder auch beenden, wenn Sie möchten.
- Danken für die im Vorfeld eingereichten Unterlagen: Vielen Dank dafür, dass Sie im Vorfeld schon die Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem Pflegedienst schriftlich beantwortet haben.
- Datenschutzhinweise: Wir haben auch Ihre Erklärung zum Datenschutz erhalten. Sie haben unsere Datenschutzhinweise gelesen. Ich will trotzdem noch einmal kurz auf die wichtigsten Punkte eingehen. Also: Unser Gespräch wird aufgezeichnet. Von dieser Zoom-Aufzeichnung werde ich dann ein sogenanntes Transkript erstellen. Das heißt, ich werde alles, was gesprochen wird, verschriftlichen. Die Bildaufnahme wird binnen zwei Wochen gelöscht, die Tonaufnahme spätestens nach sechs Monaten. Im Transkript wird kein Rückschluss auf Ihre Person möglich sein. Sind Sie unter diesen Umständen mit der Film Aufnahme einverstanden?
- Aufzeichnung starten: Gut, dann starte ich jetzt die Aufzeichnung.

(Aufzeichnung starten)

Interview

Beginn mit Erzählimpuls A1; sonstige Reihenfolge der Themen situativ angepasst

Thema	Fragen	Hinweise
(0.1) Stand der KatS-Vorbereitungen	<u>Impuls</u> : Erzählen Sie bitte, inwieweit Ihr Pflegedienstunternehmen auf Katastrophen, wie z.B. einen mehrtägigen Stromausfall oder eine Überschwemmung, vorbereitet ist, um die Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können.“	Sobald der narrative Einstieg geglückt erscheint (offene Gesprächsatmosphäre), ist vom Stand der Vorbereitungen (Ist) auf die Soll-Konzeption zu lenken. Dabei kann <i>einer</i> der nachfolgend genannten Übergänge gewählt werden: <ul style="list-style-type: none"> • Wer kümmert sich derzeit um den KatS? → 2) • Verfügt Ihr Pflegedienst bereits über ein schriftliches KatS-Konzept oder einzelne Regelungen? (Welche?) → 3) • Möglicher Übergang Haben Sie Ihr Personal bereits im KatS. qualifiziert? → 4) • Verfügt Ihr Pflegedienst über besondere Ausrüstung für den Kat-Fall? → 5)

Thema	Fragen	Hinweise
<p>(1.0) Katastrophen- vorsorge- management</p>	<p><i>Info: Es ist angesichts der Weltlage nicht unwahrscheinlich, dass Pflegeeinrichtungen zu bedeutend mehr Aktivitäten im Bereich In Katastrophenschutz verpflichtet werden. Anfangen bei der Erstellung eines Katastrophenschutzkonzeptes, über die Schulung von Mitarbeiter*innen und Bevorratung von Materialien bis hin zur Durchführung und Teilnahme an Katastrophenschutzübungen.</i></p>	
	<p>Wie werden Sie voraussichtlich das Katastrophenvorsorgemanagement organisieren, wenn immer mehr diesbezüglich zu tun ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer übernimmt strategische Vorbereitungsaufgaben ? • Wer übernimmt operative Vorbereitungsaufgaben? • Ggfs. Nachfrage: Würden Sie eine Funktionsstelle Katastrophenschutz einrichten? • Ggfs. Nachfrage: Angenommen jeder ambulante Pflegedienst würde verpflichtet werden, einen KatS-Beauftragten zu benennen. Wer würde diese Funktion erfüllen? • Wer würde im Eintrittsfall einer Katastrophe die Koordination übernehmen? • Wie würde die Funktion einer oder eines innerbetrieblichen Katastrophenschutzbeauftragten vergütet werden? • Ggfs. Nachfrage: Gäbe es einen Krisenstab, wer säße in Ihrem Unternehmen in einem solchen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Soweit die interviewte Person nicht von selbst auf das Thema Funktionsstelle KatS. kommt, ist gezielt nachzufragen. Dabei ist – als Gesprächsimpuls – auch die Möglichkeit einer Verpflichtung ins Spiel zu bringen, auch wenn im Soll-Konzept dies nur als fakultative Option benannt (vgl. Ansatzpunkt 5, Ewers et al., 2022, S. 20). • Als zusätzlicher Gesprächsimpuls könnte auf Erfahrungen mit anderen Beauftragungen verwiesen werden (z.B. Beauftragte/r für den Datenschutz) • Quantitative Angaben zur Vergütung wären vielleicht wünschenswert, werden aber keinesfalls eingefordert.
<p>(2.0) Katastrophen- vorsorge- konzept- planung</p>	<p><i>Info: Leitungspersonen sind grundsätzlich aufgefordert, Konzepte, Handreichungen etc. zur Bewältigung eine möglichen Ereignisfalls zu erarbeiten. Zur Erleichterung dieser Aufgabe steht im Internet ein Toolkit zur Verfügung. Das „Toolkit“ enthält u.a. eine Gefährdungsanalyse und Materiallisten, auf die wir später noch eingehen werden. Ohne dass Sie jetzt die Anforderungen und das Toolkit schon im Einzelnen kennen würden, würde ich trotzdem dazu jetzt schon allgemeine Fragen stellen:</i></p>	
	<p>Wie stehen Sie zur Frage betrieblicherer Konzepte/Regelungen im Katastrophenfall?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2.1) Werden Sie einen Katastrophenschutzplan voraussichtlich proaktiv erarbeiten oder werden Sie eher solange abwarten, bis so etwas verpflichtend vorgehalten werden muss? • (2.2) Wie würde wohl in Ihrer Einrichtung ein solcher KatS-Plan bzw. -Konzept erstellt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachfrage: Von wem? Ggfs. zusätzlicher Erzählimpuls: Wie werden Konzepte gewöhnlich entwickelt? (z.B. Hygienekonzept, Datenschutzkonzept?) • Nachfrage: Wie viele Arbeitsstunden würden - schätzungsweise – in ihrem Pflegedienst für die Erstellung des betriebsspezifischen KatS-Plans benötigt • Hinweis: Bei Erstellung durch mehrere Personen wäre eine Differenzierung der Arbeitsstunden nach Qualifikation wünschenswert ggfs. Nachfrage, evtl. Bitte diese Information per E-Mail nachzureichen.

Thema	Fragen	Hinweise
(3.0) Vorhaltung materieller Ressourcen	<p><u>Info:</u> Zur Unterstützung der Pflegedienste werden zentrale Depots für Schutzausrüstung, Notstrom, Kraftstoff etc. auf kommunaler Ebene, aber auch auf Landes- und Bundesebene vorgeschlagen. Pflegedienste sollen aber auch selbst ausreichende Ressourcen vorhalten. Die Liste reicht von Taschenlampen und persönlicher Schutzausrüstung, und geht über die Bevorratung von Kraftstoff, Trinkwasser und Lebensmitteln bis hin zu Funkgeräten und Stromgeneratoren.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Laut Materialliste gehören zur empfohlenen Ausstattung ein Notfallschrank sowie diverse großvolumige Materialien, wie Trinkwasserreserven, Lebensmittel und Reservekraftstoffkanister für eine Woche, Schlafsäcke, Luftmatratzen sowie Wechselkleidung und Gummistiefel in diversen Größen. Hätten Sie dafür in Ihren jetzigen Räumen überhaupt Platz? • Wie hoch wäre der Aufwand, um diese Materialien aktuell zu halten? • Gedacht wird auch daran, Basismedikamente zu bevorraten. Schmerzmittel, Insulin etc.; losgelöst von rechtlichen Problemen, stellt sich auch hier wieder die Frage: Wie hoch wäre der zeitliche Aufwand, um das zu steuern? 	
(4.0) Qualifizie- rung	<p><u>Info:</u> Um in einem Katastrophenfall vorbereitet zu sein, sind kürzere Basispflichtfortbildungen für alle Mitarbeiter*innen, eine möglichst verpflichtende Qualifizierung der Leitungspersonen sowie ggfs. anderer Multiplikatoren [z.B. Katastrophenschutzbeauftragte] im Gespräch.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sichern Sie die Teilnahme an einer Pflichtfortbildung? • <u>Schätzfrage:</u> Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz der Beschäftigten ein, die im Laufe eines Jahres an einer 45min. Online-Basisfortbildung zum Themenkomplex teilnehmen würden. a) bei Teilnahmepflicht? b) bei freiwilliger Teilnahme? • <u>Schätzfrage:</u> Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz der Beschäftigten ein, die im Laufe eines Jahres an einer 90minütigen Präsenzfortbildung (vor Ort im Pflegedienst) teilnehmen würden. a) bei Teilnahmepflicht? b) bei freiwilliger Teilnahme? • Wie lange dürfte eine Qualifizierung der Pflegedienstleitung zum Themenbereich Katastrophenvorsorge (zwecks Erfüllung einer Multiplikatorenfunktion) dauern? • Wie lange dürfte eine Qualifizierung einer PFK (oder einer/s anderen MA) zur/m KatS-Beauftragten dauern, damit Sie eine*n MA zur Weiterbildung schicken würden? 	<p>Abgestellt werden kann und soll auf Erfahrungswerte aus der Vergangenheit mit Fortbildungen (z.B. auf die Online-Pflichtfortbildung zum Thema Datenschutz als Referenz für die 45 minütige Online-Pflichtfortbildung oder auf Fortbildungen in erster Hilfe als Referenz für Präsenzveranstaltungen).</p>
(5.0) Neue Routinen, hier: Priorisierung	<p><u>Info:</u> Für die meisten der vorgeschlagenen Maßnahmen fällt der Aufwand entweder einmalig oder nur eher sporadisch an. Es gibt allerdings auch einige operative Aufgaben, die routinehaft durchgeführt werden müssen, also den Regelbetrieb verändern. Etwa die schon angesprochene Verwaltung und Logistik im Zusammenhang mit der Bevorratung von Materialien. Eine weitere Routineaufgabe könnte die Klassifizierung der Patient*innen im Hinblick auf ihre Versorgungspriorität im Katastrophenfall werden. Hierfür existiert im Toolkit ein schlank gehaltenes Assessmentinstrument mit drei Kategorien. Das Assessment ist aktuell zu halten</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Schätzfrage:</u> Wie hoch schätzen Sie den Aufwand für ein solches Routineassessment im Jahr ein? Heißt: Wie lange dauert ein Durchgang? Und wie viele Assessments werden im Durchschnitt pro Jahr nötig? 	<p><u>Hinweis:</u> Erfahrungen mit der Nutzung anderer aktuell zu haltender Kurzassessments (z.B. Dekubitusrisiko)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Schätzfrage:</u> Wie lange würde es im Krisen und Katastrophenfall dauern, bis in Ihrem Pflegedienst eine in der Anwendung der Patientenklassifikation geschulte Person alle Patient*innen priorisiert hätte? 	

Thema	Fragen	Hinweise
(6.0) Vernetzung und Absprachen	<p><u>Info:</u> Pflegedienste sollen generell über die Grenzen ihrer Organisation hinausdenken, mit den lokalen Behörden zusammenarbeiten und sozialräumliche Vernetzungsaktivitäten betreiben. Insbesondere geht es um folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an kommunalen Katastrophenschutzveranstaltungen und -übungen • Meldung von Personal für einen kommunalen Krisen-Personalpool: soweit vorhanden: Meldung von Räumen für Evakuierte • Absprachen mit dem Katastrophenschutz und Transportunternehmen zur Vorbereitung einer Evakuierung • Abschluss von Kooperationsvereinbarungen (Verträge und Absichtserklärungen) mit anderen Akteuren im lokalen Umfeld, z.B. Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Apotheken und Sanitätshäuser 	
	<ul style="list-style-type: none"> • (6.1) Inwieweit würde sich Ihr Unternehmen an von der Kommune organisierten Netzwerkkonferenzen beteiligen? • Wie viele Stunden für Meetings/Konferenzen wären für Sie pro Jahr akzeptabel? • Inwieweit würde sich Ihr Unternehmen an Katastrophenschutzübungen mit Vertreter*innen von Rettungsdiensten und Katstrophenschutz beteiligen? Wie sähe diese Beteiligung voraussichtlich aus? [Art und Menge des Personals] • Wie viele Stunden für Meetings/Konferenzen wären für Sie pro Jahr akzeptabel? • Unter welchen Voraussetzungen würde sich Ihr Pflegedienst an solchen Veranstaltungen und Übungen beteiligen? 	
	<p><u>Info:</u> Im Katastrophenfall müssen einige häuslich gepflegte Menschen sicherlich zentral versorgt werden (etwa in einem Pflegeheim). Im Rahmen der kommunalen Planungen könnte auch an Ihren Pflegedienst die Frage herangetragen werden, welche Ressourcen (v.a. Räume, Personal) er hierfür zur Verfügung stellen könnte.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • (6.2) Verfügt Ihr Unternehmen über räumliche Möglichkeiten zur zentralen Notversorgung von jetzt ambulant versorgten Personen [z.B. betreute WG, Tagespflege]; • ...und wenn ja, (wie) würden Sie diese Räume zur Verfügung stellen? 	Hinweis: Rechtliche Aspekte sollten ausgeklammert werden.
	<p><u>Impuls:</u> Stellen Sie sich vor, einige Ihrer Patient*innen (und vielleicht sogar alle) sind evakuiert worden und werden nun in Notunterkünften versorgt.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • (6.3) Würde Sie in einem solchen Katastrophenfall Pflegepersonal in den Notunterkünften arbeiten lassen? • ... und würden Sie bereits im Vorfeld der Kommune konkrete Mitarbeiter*innen für einen zentral gesteuerten „Pool von Pflegefachpersonen“ benennen? 	Hinweis: Rechtliche Aspekte sollten ausgeklammert werden. Von Interesse wäre allerdings die Vorstellungen der Interviewpartner*innen zur Finanzierung im Ereignisfall.
	<ul style="list-style-type: none"> • (6.4) Wie hoch schätzen Sie den Aufwand für Absprachen mit dem Katastrophenschutz und Transportunternehmen zur Vorbereitung einer Evakuierung? 	
(7.0) Re-Finanzierung	Sollte der Aufwand für die Katastrophenvorsorge in die normalen Vergütungen eingebaut werden (und entsprechend mit den Pflege- und ggf. den Krankenkassen ausgehandelt werden) oder sollte er in irgendeiner Weise extra vergütet werden? (Welcher?)	
(99) Schlussfrage	So, wir sind fast durch. Gibt es etwas, was Ihnen zu unseren bisherigen Themen noch eingefallen ist? Oder gibt es aus Ihrer Expertensicht noch einen Aspekt, der bisher noch gar nicht thematisiert wurde?	

3.3 Hinweise zum Datenschutz

Die Studie Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (AUPIK) dient ausschließlich der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung; gewerblichen Interessen werden nicht verfolgt. Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass Sie uns Ihre Expertise als Leitung eines Pflegedienstes zur Verfügung stellen möchten. Selbstverständlich gehen Sie damit keinerlei Verpflichtungen ein. Ihre Teilnahme ist absolut freiwillig, und Sie können die Befragung jederzeit abbrechen.

Die APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH arbeitet nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und allen anderen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Ergebnisse dieser Befragung werden ausschließlich in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form veröffentlicht. Das bedeutet: Niemand wird erkennen können, von welcher Person die Angaben gemacht worden sind.

Was geschieht genau?

1. Zu Beginn des Interviews werden Sie noch einmal gefragt werden, ob Sie mit der Durchführung einverstanden sind.
2. Sie sind aufgefordert, während des Interviews keine Namen oder identifizierenden Merkmale (z. B. Ortsangaben) zu nennen, die Sie selbst oder Dritte betreffen.
3. Das Interview (sei es online per Zoom oder persönlich) wird aufgezeichnet. Die Aufzeichnung wird in Text umgewandelt und mit Hilfe einer Software (MAXQDA) analysiert. Die Aufnahme selbst ist nach der Transkription nicht mehr nötig und wird gelöscht (spätestens 6 Monaten).
4. Falls Sie während des Interviews versehentlich doch Merkmale erwähnt haben sollten, mit der eventuell eine Person identifiziert werden könnte, werden diese Interviewpassagen gestrichen oder pseudonymisiert.
5. Das gesamte Interview mit Ihnen wird keinesfalls veröffentlicht. Möglich ist, dass einzelne Aussagen als Zitate veröffentlicht werden. Als Quelle wird dann im Regelfall lediglich die Code-Nummer des Interviews als Quelle angegeben. Wenn es zum Verständnis des Zitats relevant ist, können auch andere Informationen genannt werden (z.B. Erfahrung als Pflegedienstleitung in Jahren).

Ich danke Ihnen für Ihr Mitwirken und Ihr Vertrauen in unsere Arbeit!

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Jörg Hallensleben

P.S. Bitte denken Sie daran, die angehängte Einwilligungserklärung zu unterschreiben

3.4 Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten für wissenschaftliche Zwecke

Forschungsprojekt zur Kostenabschätzung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen [AUPIK]

Ich habe das zu dieser Einwilligungserklärung gehörende Informationsblatt zum Forschungsprojekt und zur Verarbeitung meiner Daten erhalten und gelesen. Mir wurde Gelegenheit gegeben Fragen zu stellen und meine Fragen wurden vollständig beantwortet.

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme am Forschungsprojekt freiwillig ist und ich bei einer Verweigerung keinerlei Nachteile erleide. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass dies einer Begründung bedarf und ohne, dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten unverzüglich gelöscht.

Eine Kopie des Informationsblattes und dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die APOLLON Hochschule entsprechend der Beschreibung einverstanden.

Ja Nein

Vor- und Zuname _____ (bitte in leserlicher Blockschrift)

Ort, Datum

Unterschrift

4. Dokumentation der Experteninterviews

Die Transkripte der Experteninterviews einschließlich der Codierungen (mit MAXQDA) zur Ermittlung des Personalaufwandes sind nachlesbar in der PDF-Datei „AUIK-Experteninterviews.pdf“

5. Konstruktion der Fallvignetten

Die Fallbeispiele bilden drei typische Merkmalskombinationen ab; die Erstellung einer vollständigen Typologie war nicht Gegenstand dieser Arbeit. Von daher dienen die Fallvignetten lediglich der Veranschaulichung

- Inhabergeführter „kleiner“ privater Pflegedienst ohne Zweigstellen und ohne inhaltliche Spezialisierung
- Auf häusliche Intensivpflege spezialisiertes, überregional agierendes privates Pflegeunternehmen, mit mehr als einem Pflegedienst im Portfolio (im Fallbeispiel: 10 Pflegedienste)
- Pflegedienstabteilung eines „großen“ freigemeinnützige Trägers, unter dessen Dach noch weitere Dienste, Einrichtungen und Sparten untergebracht sind.

Wie im Hauptteil angedeutet, entspricht die prozentuale Verteilung der verschiedenen Personalgruppen beim großen Pflegedienst C in Tab. 3) weitgehend der durchschnittlichen Verteilung dieser Gruppen in Deutschland (auf der Datenbasis von 2019). Um das zu erreichen, wurde jede Personalgruppe entsprechend ihres prozentualen Gewichts mit der Gesamtpersonalmenge der Pflegedienstes C (n = 150) multipliziert. Kommastellen wurden allerdings gerundet.

Da kleinere Pflegedienste typischerweise von der durchschnittlichen Personalverteilung dienen die Deutschlanddurchschnittswerte nur der groben Orientierung. Pflegeunternehmen B hat in Gestalt der außerklinischen Intensivpflege einen besonderen Schwerpunkt; das verhindert grundsätzlich, dass hier die Durchschnittspersonalverteilung aller Pflegedienste als Maßstab herangezogen werden kann.

6. Ermittlung des Personal- und Sachaufwandes

Die detaillierten Berechnungen zur Ermittlung des Personal- und Sachaufwandes können auf Anfrage beim Autor Prof. Dr. Jörg Hallensleben (Kontakt Daten: Siehe Anhang 8) zur Verfügung gestellt werden.

7. Preisermittlungen diverser Artikel

Zweck der Preisrecherchen ist es, eine ungefähre Vorstellung zum Ausgabenvolumen zu entwickeln. Es geht nicht darum, dass für die jeweilige Produktgruppe beste Produkt im Sinne des Preis-Leistungsverhältnisses zu identifizieren. Auch angesichts der großen Unschärfen hinsichtlich der Stückzahl wäre es nicht verhältnismäßig, die Preise für die diversen Materialien umfassend zu ermitteln. Von daher wird es als ausreichend angesehen, zu jedem Produkt drei bis fünf Preise einzuholen.

Zu 3.3.1 Schlafsäcke

Die Preise für Schlafsäcke variieren erheblich. In Outdoorläden kosten die billigsten Schlafsäcke ca. 100 Euro; Schlafsäcke können aber auch über 500 Euro kosten. Im Internet kann man Schlafsäcke bereits für 20 Euro erwerben. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (Amazon 14.12.2022).

- Forceatt (Hersteller), 4-Jahreszeiten-Schlafsack, -10°C~15°C, Polyester, für Erwachsene, wasserdicht, ultraleicht für Camping, Reisen Zelten, Outdoor und Indoor 59,99 €
- Bessport (Hersteller), 3-4-Jahreszeiten-Schlafsack -8 °C - 20°C, Polyester, für Erwachsene, wasserdicht und warm, leicht für Rucksackreisen, Camping, Wandern und Reisen 72,99 €
- Kalinco (Hersteller), 3-4-Jahreszeiten-Schlafsack -8 °C - 20°C, Polyester, für Erwachsene, wasserdicht und warm, leicht für Rucksackreisen, Camping, Wandern und Reisen 54,95 €

- Dopedio (Hersteller), 4-Jahreszeiten-Schlafsack, Polyester, für Erwachsene, wasserdicht, leicht für Rucksackreisen, Camping, Wandern und Reisen, Indoor als Decke 39,99 €

Fazit: Ein Schlafsack in hinreichender Qualität kostet ca. 50 Euro.

Zu 3.3.2 Gummistiefel

Gummistiefel sollten gefüttert sein. Bei warmer Witterung stört die Fütterung nicht, bei kühler Witterung ist sie notwendig.

Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (Amazon 14.12.2022).

- Dunlop (Hersteller), Unisex-Gummistiefel Erwachsene. Obermaterial: Gummi; Innenmaterial: Textil; Sohle: Gummi, Verschluss: Pull-On. Modellnummer: K486061.38 38,94 €
- Dunlop (Hersteller), Unisex-Gummistiefel Erwachsene. Obermaterial: Gummi; Innenmaterial: Textil; Sohle: Gummi, Verschluss: Pull-On. Modellnummer: K486061.46 37,37 €
- Spirale (Hersteller), Unisex-Gummistiefel Erwachsene. Obermaterial: Gummi; Innenmaterial: Textil; Sohle: Gummi, Verschluss: Pull-On. Modellnummer : 01-7130 44,82 €

Fazit: Ein Paar Gummistiefel in hinreichender Qualität ist ab ca. 40 Euro zu haben.

Zu 3.3.4 Teelichter & Feuerzeuge

Teelichter in einfacher Gastroqualität (Brenndauer: ca. 4 Stunden; mit Aluminiumhülle; ohne Duft) gibt es in verschiedenen Mengengebinden. Basis der hier vorgenommenen Preisrecherche ist eine Packung mit 100 Stück.

Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (14.12.2022).

- No Name (Hersteller). Verkäufer: Obi-Baumarkt (Artikelnummer: 7639057) 5,99 €
- Name: Profissimo, Verkäufer: dm-drogerie markt (Artikelnummer: 375223) 5,45 €
- Name: Glimma, Verkäufer: ikea (Arikelnummer: 500.979.95) 4,99 €

Fazit: 100 Teelichter in hinreichender Qualität kosten ca. 5,50 Euro.

Zu 3.4.1 Trinkwasserreserve

Als Trinkwasserreserve eignet sich Mineralwasser in Glasflaschen. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (14.01.2023). Hinweis: Sonderangebote sind üblich.

- Bad Pyrmont Mineralwasser (Hersteller). Verkäufer: Hol's ab
12 x 0,75 l = 9 l = 6,49 € + 3,30 € Pfand
- Vilsa (Hersteller). Verkäufer: netto
12 x 1,0 l = 12 l = 6,24 € + 3,30 € Pfand

Fazit: 1 Liter kostet ohne Pfand ca. 0,60 Euro.

Zu 3.4.3 Gaskocher & diverses Zubehör

Abgestellt wird hier nicht auf Profikochgeräte, sondern auf mit Gaskartuschen (Butangas: MSF-1a/ES-01) betriebenen Campinggaskocher mit einer Leistung von 2,1-2,3 kW (diese ermöglicht es, 0,5 L Wasser in weniger als 3 Minuten zum Sieden zu bringen). Gasverbrauch: circa 160g/h (1,5 bis 3 Stunden, abhängig von der Gaseinstellung am Gerät).

Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (14.12.2022).

- Gaskocher inkl. 16 Gaskartuschen (Marke: Magnum). Verkäufer: Amazon (Artikelnummer/ASIN: B0BQZ45DNC) 49,97 €
- Gaskocher E190 inkl. 8 Stechgaskartuschen (Marke: Elfmonkey). Verkäufer: Amazon (Artikelnummer/ASIN: B093F3GM1F) 36,99 €

- Gaskocher inkl. 16 Butangaskartuschen und Koffer, Leistung 2,2 kW ermöglicht das 0,5 L Wasser in weniger als 3 Minuten zum Sieden zu bringen (Marke: Peak Camping). Verkäufer: Amazon (Artikelnummer/ASIN: B0BQZ45DNC) 62,99 €

Fazit: Ein Gaskocher inkl. ein Basisset an Kartuschen kostet ca. 50 Euro.

Zu 3.5.1 Funkgeräte

Abgestellt wird hier auf lizenzpflichtige „Profigeräte“. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (08.03.2023).

- Motorola Mototrbo DP2400e - UHF. Verkäufer: One direct 359,97 €
Verkäufer: funkhorst 498,00 €
- Hytera HP685 VHF (Verkäufer: One direct) 499,95 €
- Kenwood NX-3220E - VHF (Verkäufer: One direct) 344,95 €

Fazit: Ein gutes UHF-Funkgerät (Frequenzspektrum von mind. 300 MHz), ist für ca. 350 Euro zu bekommen.

Zu 3.5.2 Notfall-Radios

Abgestellt wird hier nicht auf Profikochgeräte, sondern auf mit Gaskartuschen (Butangas: MSF-1a/ES-01) betriebenen Campinggaskocher mit einer Leistung von 2,1-2,3 kW (diese ermöglicht es, 0,5 L Wasser in weniger als 3 Minuten zum Sieden zu bringen). Gasverbrauch: circa 160g/h (1,5 bis 3 Stunden, abhängig von der Gaseinstellung am Gerät).

Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (14.12.2022).

- Gaskocher inkl. 16 Gaskartuschen (Marke: Magnum). Verkäufer: Amazon 49,97 €
(Artikelnummer/ASIN: B0BQZ45DNC)
- Gaskocher E190 inkl. 8 Stechgaskartuschen (Marke: Elfmonkey). Verkäufer: Amazon (Artikelnummer/ASIN: B093F3GM1F) 36,99 €
- Gaskocher inkl. 16 Butangaskartuschen und Koffer, Leistung 2,2 kW ermöglicht das 0,5 L Wasser in weniger als 3 Minuten zum Sieden zu bringen (Marke: Peak Camping). Verkäufer: Amazon (Artikelnummer/ASIN: B0BQZ45DNC) 62,99 €

Fazit: Ein Gaskocher inkl. ein Basisset an Kartuschen kostet ca. 50 Euro.

Zu 3.6 INR-Gerät

INR-Messgeräte unterstützen bei der Analyse verschiedener Blutwerte, die auf Gerinnungsneigungen hinweisen können. Als Zubehör benötigt werden Teststreifen sowie Lanzetten zum Einstechen in den Finger. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (08.03.2023).

- CoaguChek Pro II Gerinnungsmessgerät (Hersteller: Roche). Verkäufer: med plus (Artikelnummer: 88816) 650,00 €
- microINR Gerinnungsmessgerät (Hersteller: Ax0nlab). Verkäufer: med plus (Artikelnummer: 88903) 671,95€
- 1 Satz Teststreifen passend zu CoaguChek Pro II Gerinnungsmessgerät (Hersteller: Roche). Verkäufer: Doc med GmbH via amazon (Artikelnummer: 88817) 219,00 €
- 1 Satz Teststreifen passend zu CoaguChek Pro II Gerinnungsmessgerät (Hersteller: Roche). Verkäufer: med plus (Artikelnummer: 88817) 161,95 €

Fazit: Ein einsatzfähiges Gerinnungsmessgerät (Gerät inkl. Zubehör) kostet ca. 850 Euro.

Zu 3.7.1 Benzinkanister

Da das Benzin länger gelagert werden soll, empfehlen sich keine Plastikkanister, sondern Metallkanister mit Entlüftungsrohr, benzinfester Gummidichtung und einer Innenlackierung, die vor Rost

und Zersetzung des Inhaltes bei längerer Lagerung im gefüllten Zustand schützt. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (08.03.2023).

- Stahlblech-Benzinkanister 5 l (Hersteller: ?). Verkäufer: Grube (Artikelnummer: 16-042) 29,90 €
- Stahlblechkanister (5L grün) (Hersteller: Kadax). Verkäufer: Kadax via Amazon (Artikelnummer: 88903) 29,99 €

Fazit: Ein zweckdienlicher Benzinkanister kostet ungefüllt ca. 30 Euro.

Zu 3.7.2. Klappspaten

Benötigt wird ein Klappspaten aus legiertem Stahl. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (08.03.2023)

- Klappspaten (Hersteller: ?). Verkäufer: Sahara Sailor via Amazon) 22,99 €
- Dreifach Klappspaten (Hersteller: Sahara Sailor?). Verkäufer: Grube (Artikelnummer: 16-042) 22,99 €
- Dreifach Klappspaten Bundeswehr. Verkäufer: bw-online shop (Artikelnummer: AB110-643) 22,99 €
- Dreifach Klappspaten US Army (Hersteller: mil-tec). Verkäufer: bw-online shop (Artikelnummer: 15522-050) 32,99 €

Fazit: Ein zweckdienlicher Klappspaten kostet ca. 25 Euro.

Zu 3.7.3 Schneeketten

Benötigt wird ein Schnell-Spannsystem, Zertifizierung TUV und ÖNORM, gerne, aber nicht notwendigerweise in Aufbewahrungsbox. Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (09.03.2023).

- Filmer 18629 Schneekette Super Grip 2 Stück (Hersteller: Filmer). Verkäufer: Amazon (Artikelnummer: 16-042) 35,90 €
- Michelin Easy Grip Evolution 3 (Hersteller: Michelin). Verkäufer: Michelin via Amazon (Artikelnummer: 88903) 81,30 €
- Goodyear 77916 "G9" Schneeketten (Hersteller: Goodyear). Verkäufer: Goodyear via Amazon 47,86 €

Fazit: Große Preisunterschiede. Eine zweckdienliche Schneekette kann aber schon für ca. 40 Euro erworben werden.

Zu 3.8.1 Stahlschränke

Hier wird von der Anschaffung eines abschließbaren Mehrzweckstahlschranks mit folgenden Maßen ausgegangen: Höhe 180-220cm, Breite 80-100, Tiefe 40-50cm.

Nachstehend die Ergebnisse einer Recherche (Amazon 04.11.2022).

- SONGMICS Stahl-Aufbewahrungsschrank, Mehrzweck-Aufbewahrungsschrank, mit 4 Fachböden, Doppeltüren, Schloss, Werkzeugschrank, verstellbare Fachböden, für Garage, Arbeitszimmer, 180 x 80 x 40 229,99 €
- Lüllmann Spind Flügeltürenschränk komplett montiert 195 x 92 x 42 Kleiderspind Stahl Spindschrank Metallspind Werkzeugschrank 376,90 €
- Aktenschrank C001H Büroschrank Metallschrank Stahlschrank Werkzeugschrank Stahlblech Pulverbeschichtet Flügeltürenschränk abschließbar 195 cm x 90 cm x 40 cm 299,99 €
- Lüllman Flügeltürenschränk komplett montiert Metallschrank abschließbar 1950 x 920 x 420 mm Lagerschrank Aktenschrank Putz-Spind Werkzeugschrank 599,00 €

Fazit: Ein Stahlschrank kostet in sehr guter Qualität über 500 Euro, in einfacher Ausfertigung ist er aber auch schon für ca. 230 Euro zu haben. Hier wird von einem mittleren Preis von 300 € ausgegangen.

Zu 3.8.2 Regale

Es gibt Regalsysteme in den unterschiedlichsten Qualitäten, Größen und Preisklassen. Hier seien beispielhaft zwei sinnvolle Regalsystem herausgegriffen:

- Profi Lagerregal Tragkraft bis zu 500 kg pro Fachboden | Höhe 1770 x Breite 2000 x Tiefe 600 mm | Extra breit | Tragkraft Verkäufer: Certo (Artikel-Nr.: 1079863) 229,99 €
- Juskys 3er Metall Regalsystem Basic | 1 Eckregal & 2 Lagerregale | 15 Böden aus MDF Holz | 2625 kg | Schwerlastregal. Verkäufer: Juskys, netto, otto 123,95 €

8. Hinweise zum Autor

Diese Pflegeökonomische Machbarkeitsstudie wurde von Prof. Dr. Jörg Hallensleben an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Fachbereich 03: Pflege, Soziales und Therapie, im Auftrag der Charité – Universitätsmedizin Berlin erstellt. Sie wurde im März 2023 zur Abnahme vorgelegt. Der Autor dankt Dipl. Volkswirtin Isabella Schimitzek, MBA, und Evelyn Wiencek, M.A. für ihre Unterstützung bei der Erstellung der Studie.

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin übernimmt keine Gewährleistung für in diesem Working Paper gemachte Angaben oder getroffenen wissenschaftlichen Aussagen. Die Verantwortung für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit für die hier gemachten Angaben und getroffenen wissenschaftlichen Aussagen liegt allein beim Autor.

Kontakt:

Prof. Dr. Jörg Hallensleben
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft
Universitätsallee 18
28359 Bremen

Telefon: 0421-378266-722
Telefax: 0421-378266-190

E-Mail: joerg.hallensleben@apollon-hochschule.de
Internet: <https://www.apollon-hochschule.de>

Stand: Juni 2023

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

CVK – Augustenburger Platz 1

13353 Berlin | Deutschland

Tel. +49 (0)30 450 529 092

Fax +49 (0)30 450 529 900

<http://igpw.charite.de>

Impressum:

Working Paper No. 23-01 der Unit

Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Juni 2023

ISSN 2193-0902