

Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Teil 1

Wissenschaftliche Erkenntnisse und
Herausforderungen aus der Praxis



Schriften der Forschung – Band 6

In den Schriften der Forschung werden fortlaufend die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen des Deutschen Roten Kreuzes veröffentlicht.

Das Sachgebiet Forschung im Bevölkerungsschutz im DRK-Generalsekretariat führte im Jahr 2012 unter Einbeziehung aller Landesverbände eine gesamtverbandliche Abfrage zu Forschungsbedarfen durch. Hierbei wurden drei wesentliche Themenkomplexe als erwünschte Forschungsschwerpunkte identifiziert: **Resilienz**, **gesellschaftliche Entwicklungen** und **Ressourcenmanagement**.¹ Die Schriften der Forschung greifen diese Themen auf und bieten Impulse zur strategischen Weiterentwicklung des Verbandes.

In der Reihe „Schriften der Forschung“ sind bisher erschienen:

Band 1: Die Rolle von ungebundenen HelferInnen bei der Bewältigung von Schadensereignissen

Teil 1: Die Perspektive der ungebundenen Helferinnen und Helfer

Teil 2: Die Perspektive der DRK-Einsatz- und Führungskräfte

Teil 3: Handlungs- und Umsetzungsempfehlungen für den Einsatz ungebundener HelferInnen

Band 2: Pilotkonzept für den Einsatz von ungebundenen HelferInnen

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse für eine Fortbildung von Einsatz-, Führungs- und Fach-Führungskräften

Teil 2: Wissenschaftliche Erkenntnisse für eine Einweisung ungebundener HelferInnen

Band 3: Durchführung und Auswertung von MANV-Übungen

Wissenschaftliche Erkenntnisse und Best Practices

Band 4: Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Bedingungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst

Teil 2: Die Sicht der DRK-Einsatzkräfte: Dokumentation der vier Regionalkonferenzen Betreuungsdienst

Teil 3: Die Sicht der DRK-Leitungskräfte: Dokumentation der Fachberatertagung Betreuungsdienst

Band 5: Web 2.0 und Soziale Medien im Bevölkerungsschutz

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Nutzung von Sozialen Medien in Krisen- und Katastrophenlagen aus Perspektive des Deutschen Roten Kreuzes

¹ Die Farben spiegeln sich im jeweiligen Titelblatt wider.

Band 6: Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis

Band 6 der Schriftenreihe befasst sich mit älteren und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Diese vulnerable Bevölkerungsgruppe wurde bisher im Katastrophenschutz kaum berücksichtigt. Das vom Deutschen Roten Kreuz initiativ und federführend entwickelte Forschungsprojekt KOPHIS, das auf die Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen zielt, wird vorgestellt. Neben den im Rahmen des Projektes entwickelten Erkenntnissen, Konzepten und Hilfsmaterialien werden auch Lösungsansätze anderer Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften bezüglich älterer Menschen in Krisen und Katastrophen angeführt.

Der vorliegende erste Teil dient der inhaltlichen Einführung. Er beinhaltet Erkenntnisse aus Praxis und Forschung zur Betroffenheit der vulnerablen Gruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen, ihren besonderen Versorgungsbedürfnissen sowie Anforderungen an den Katastrophenschutz. Neben den forschungsba-sierten Lösungsansätzen wird das Forschungsprojekt KOPHIS einführend vorgestellt.

Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen – Teil 1

Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis

Impressum

Schriftenreihe der Forschung

Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis

Herausgeber

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Carstennstraße 58, 12205 Berlin

Verlag

DRK-Service GmbH, Berliner Straße 83, 13189 Berlin

Autorinnen und Autoren

Dr. Heidi Oschmiansky, Annette Händlmeyer, Matthias Schulze, Matthias Max

Kontakt: sicherheitsforschung@drk.de

Websites: www.drk-forschung.de, www.kophis.de

Titelfoto

Jan Woitas/dpa

Druck

adame GmbH, Alt-Lichtenrade 28, 12305 Berlin

Satz/Layout

Claudia Ebel

Herstellung/Vertrieb

DRK-Service GmbH, www.rotkreuzshop.de

Art.-Nr. 02437

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung, Übersetzung, Einspeicherung, Verarbeitung und Verbreitung in jeglicher Form sind nicht erlaubt. Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Verlags.

Zitierweise

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

© 2018 Deutsches Rotes Kreuz e.V., Berlin

© 2018 DRK-Service GmbH, Berlin



Inhalt

Geleitwort.....	7
1 Inhaltliche Einführung	9
2 Höheres Alter und Pflegebedürftigkeit – Was kann das in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen bedeuten?.....	14
2.1 Zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	14
2.1.1 Der soziale und demografische Wandel	14
2.1.2 Veränderungen im Altenpflegebereich	16
2.2 Vulnerabilität von pflegebedürftigen Menschen.....	22
3 Pflegebedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen: Erfahrungen und Herausforderungen.....	27
4 Wie können zu Hause versorgte Pflegebedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen unterstützt werden?	33
4.1 „Starke Partnerschaften“ – Zusammenarbeit von Pflege- bzw. Altenhilfereich, Katastrophenschutz und Kommunen.....	35
4.2 Die Rolle von häuslichen Pflegediensten bzw. Anbietern von häuslicher Pflege	36
4.3 Persönliche und organisierte soziale Netzwerke	37
4.4 Einbeziehung der Zielgruppe.....	40
5 Das Forschungsprojekt KOPHIS in der Modellregion Willich.....	42
5.1 Vernetzung und Sozialraumorientierung	43
5.2 Partizipation.....	44
6 Zusammenfassung und Ausblick.....	47
7 Literaturverzeichnis.....	50
8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	59
9 Für die schnelle Leserin/den schnellen Leser	61



Geleitwort

In Deutschland hat die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren zugenommen. In allen Prognosen wird von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung ausgegangen, die sich auf alle Lebensbereiche auswirkt. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Bei einer Zunahme der Zahl alter Menschen steigt auch die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf.

Im „6. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung“ verweist die Bundesregierung auf Schätzungen, die von einem Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger von 2,83 Millionen Menschen auf 3,5 Millionen im Jahr 2030 bis zu 4,5 Millionen Menschen im Jahr 2045 ausgehen. Die meisten Pflegebedürftigen werden von ihren Angehörigen gepflegt und möchten so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit und/oder der gewohnten Umgebung bleiben. Dies entspricht auch dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, der im Sozialgesetzbuch XI verankert ist.

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Rote Kreuz beim Hochwassereinsatz von 2013 die Erfahrung gemacht, dass Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben und Anbieter ambulanter Versorgung vor großen Herausforderungen stehen, wenn es um Rettung, Evakuierung und/oder Unterstützung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger geht. Oft war nicht bekannt, wo sie wohnen und welche Versorgungsbedürfnisse sie haben. Entsprechend wurden Hilfsmaßnahmen erschwert.

Das Deutsche Rote Kreuz verfolgt in seiner Strategie zum gesundheitlichen Bevölkerungsschutz das Ziel der stärkeren Ausrichtung auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen im Krisenfall. Dafür sind eine Vernetzung im Sozialraum und eine viel engere Zusammenarbeit des Katastrophenschutzes und des Gesundheitswesens erforderlich. So können entsprechend des Leitbildes vom Deutschen Roten Kreuz der Menschlichkeit und der Hilfestellung nach dem Maß der Not zu Hause gepflegte Menschen wirksam unterstützt werden.

Ich freue mich, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung das hier vorgestellte Forschungsprojekt KOPHIS im Rahmen des wichtigen Programms Forschung für die zivile Sicherheit: „Zivile Sicherheit – Erhöhung der Resilienz im Krisen- und Katastrophenfall“ ermöglicht hat. Das Deutsche Rote Kreuz hat das Verbundprojekt KOPHIS aufgrund seiner Einsatzerfahrungen initiativ und federführend mitentwickelt und leitet es seit Februar 2016. Im

Forschungsprojekte werden nicht nur die Bedürfnisse von zu Hause versorgten pflege- und hilfsbedürftigen Menschen im Krisenfall untersucht. Es werden auch Lösungsansätze vorgestellt, die gemeinsam mit Betroffenen entwickelt und in der Praxis zum Teil schon erprobt wurden. Mit diesem innovativen Ansatz geht das Forschungsprojekt KOPHIS weit über aktuelle Debatten im Bevölkerungsschutz hinaus. Es ist zudem auch das erste Forschungsprojekt, das gezielt zu Hause versorgte Pflege- und Hilfsbedürftige im Krisenfall in den Blick nimmt.

Aufgrund seiner Verfasstheit als Nationale Hilfsgesellschaft und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege verfügt das Deutsche Rote Kreuz über besondere Möglichkeiten, Forschungsaktivitäten mit praktischer Erprobung und anschließender Umsetzung zu verknüpfen. Davon profitiert auch KOPHIS. Wissenschaftliche Erkenntnisse können unmittelbar auf operativer Ebene genutzt werden.

Ich bin davon überzeugt, dass am Ende des Projektes KOPHIS ein Veränderungsprozess in Gang gesetzt worden ist, der ältere Menschen in Großschadenslagen und Katastrophen stärker in den Fokus von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sowie des Gesundheitswesens rückt und damit die Weiterentwicklung des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes fördert.



Gerda Hasselfeldt

Präsidentin Deutsches Rotes Kreuz

Ältere Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf finden im Katastrophenschutz aktuell nur wenig Berücksichtigung. Erfahrungen aus Katastrophenschutzinsätzen machen deutlich, dass diese Gruppe nicht ausdrücklich in den Blick genommen wird und ihre besonderen Versorgungsbedürfnisse bei den Einsatzkräften oft nicht bekannt sind. Der vorliegende sechste Band der „Schriften der Forschung“ vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) befasst sich daher mit der Zielgruppe „ältere und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen“ und deren Verortung im deutschen Katastrophenschutzsystem. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt dabei auf älteren, zu Hause betreuten pflegebedürftigen Menschen.

Dieser Band der Schriftenreihe soll dazu beigetragen, das Thema „zu Hause versorgte ältere Pflegebedürftige in Krisen und Katastrophen“ stärker in den Fokus der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) zu rücken und deren Bedarfe und Herausforderungen auszuleuchten sowie Lösungsvorschläge vorzustellen. Denn weder in der Praxis noch in der Forschung ist dieses Thema bisher näher behandelt worden. Zudem wird auf zwei zentrale Zukunftsthemen im Katastrophenschutz hingewiesen: Die Alterung der Gesellschaft und die damit einhergehenden Veränderungen und Herausforderungen des deutschen Katastrophenschutzsystems sowie eine gleichberechtigte und auf Vernetzung basierende Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor zur Krisen- und Katastrophenbewältigung, insbesondere mit Blick auf die zunehmende Ambulantisierung. Das DRK hat hier als Nationale Hilfsgesellschaft und als Wohlfahrtsverband einzigartige Voraussetzungen² zwischen diesen beiden Bereichen zu vermitteln.

Zum anderen knüpft die „Forschung im Bevölkerungsschutz“ des Deutschen Roten Kreuzes hiermit an eigene Erkenntnisse und Forschungsbedarfe an. So wurde im Jahr 2012 im

² Das Deutsche Rote Kreuz ist Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und leistet Hilfe für Menschen in Konfliktsituationen, bei Katastrophen sowie gesundheitlichen oder sozialen Notlagen. Die Internationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung ist mit 191 Nationalen Gesellschaften die größte humanitäre Organisation der Welt. In seiner Verfasstheit ist das Rote Kreuz einzigartig und unterscheidet sich von anderen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen aufgrund seiner Anerkennungsbedingungen, der Einbindung in ein internationales Netzwerk und den sieben Grundsätzen Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Freiwilligkeit, Unabhängigkeit, Einheit und Universalität. Zudem ist jede Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaft durch das humanitäre Völkerrecht mit einem spezifischen Mandat versehen (vgl. hierzu ausführlich Richert 2007).

Gesamtverband eine Bedarfsabfrage durchgeführt, welche Forschungsthemen und -fragestellungen aufgrund eigener (Einsatz-)Erfahrungen als besonders wichtig erachtet werden. Von den Befragten wurden unter anderem die „Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Bevölkerungsschutz“, die „Stärkung der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung“ und eine „Verbesserte Risikokommunikation vor und während Schadensereignissen“ für zukünftige Forschungsschwerpunkte genannt.

Zudem wurden im Rahmen einer „Arbeitsgruppe Hochwasser“ im Jahr 2013 von den DRK-Landesverbänden konkrete Evaluationsschwerpunkte formuliert, die auf unmittelbaren Einsatzerlebnissen der Hochwasserlage 2013 basierten. Die Arbeitsgruppe machte deutlich, dass die bereits heute schon hohe und zukünftig weiter steigende Zahl von pflege- und hilfsbedürftigen Menschen in ihrer Häuslichkeit für die Einsatzkräfte eine große Herausforderung darstellt. Dies wurde auch in einer Befragung der 19 DRK-Landesverbände im Winter 2016/2017 zu vulnerablen Gruppen bestätigt. Viele der Interviewten führten an, dass es bei Einsätzen einen erhöhten Hilfsbedarf unter anderem bei älteren und pflegebedürftigen Personen gab. Einige der Befragten gaben an, dass ein vermehrtes Aufkommen von Heimbeatmeten, also Menschen mit einem besonderen Pflegebedürfnis, zu verzeichnen sei (vgl. Heinrich 2017: 2ff.). Die von den operativen Einheiten des DRK formulierten Bedarfe waren für die vorliegenden Forschungsaktivitäten und somit auch für diesen Band der Schriftenreihe leitend.

Aufgrund der Verbandsbefragung und den Erkenntnissen aus zurückliegenden Einsätzen hat das Deutsche Rote Kreuz initiativ und federführend ein Forschungsprojekt mitentwickelt, das auf die Stärkung der Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf und ihrer pflegenden Angehörigen und Bezugspersonen in Krisen zielt und die angeführten Forschungsbedarfe des DRK berücksichtigt. Das Forschungsprojekt KOPHIS³, dessen Abkürzung für „Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“ steht, wird vom DRK seit Februar 2016 koordiniert und zusammen mit vier weiteren Forschungspartnern, darunter drei Universitäten, durchgeführt. KOPHIS ist bisher bundesweit das einzige Forschungsprojekt, das explizit die Gruppe der Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf in Krisen und Katastrophen thematisiert. Darüber hinaus werden diese Personen im Rahmen des partizipativen Forschungsansatzes auch zu Beteiligten gemacht und eine sozialraumnahe Vernetzung relevanter Akteure zur Unterstützung der Zielgruppe in einer Modellregion praktisch gefördert. Mit dieser Zielgruppe, dem partizipativen Charakter der Forschung und den konkreten Vernetzungsaktivitäten geht KOPHIS über aktuelle Diskussionen

³ www.kophis.de, https://www.sifo.de/files/Projektumriss_KOPHIS.pdf

im Bevölkerungsschutz weit hinaus⁴ und vereint wissenschaftlichen Anspruch mit praxisorientierter Anwendbarkeit. Die gesammelten Beiträge der Verbundpartner von KOPHIS werden in einem Sammelband veröffentlicht.⁵

Das Forschungsprojekt KOPHIS wird in diesem ersten Teil von Band 6 kurz skizziert. Im zweiten und dritten Teil werden der partizipative Forschungsansatz und die Methode von KOPHIS mit einem Konzept zur sozialraumorientierten Vernetzung detailliert vorgestellt sowie die im Rahmen des Projektes entwickelten Erkenntnisse, Konzepte und Hilfsmaterialien, aber auch Lösungsansätze anderer Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften zu älteren Menschen in Krisen und Katastrophen angeführt.

Zu Hause versorgte ältere und pflegebedürftige Menschen stellen keine einheitliche Gruppe dar. Gerade im Alter sind die Bedürfnisse und die eigenen Ressourcen sehr unterschiedlich ebenso wie die sozialen und die ökonomischen Rahmenbedingungen. Dennoch ist davon auszugehen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen im Durchschnitt in einer Krisen- oder Katastrophensituation besonders verletzlich bzw. vulnerabel sind. In der Katastrophenforschung wird seit einigen Jahren der Begriff der „Vulnerabilität“ diskutiert. Im Forschungsprojekt INVOLVE⁶, an dem das Deutsche Rote Kreuz auch als Projektpartner beteiligt ist, werden unter vulnerablen Personen jene verstanden, die aus verschiedenen Gründen besonders anfällig sind für die negativen Auswirkungen einer Krise oder Katastrophe (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2017a: 7). Für den hier vorliegenden Beitrag wird ein gruppenorientierter Vulnerabilitätsbegriff eingeführt. Er hat den Vorteil, dass die so definierte Gruppe im Katastrophenschutz hervorgehoben wird und sich unterstützende Maßnahmen im Katastrophenschutz auch an dieser Gruppe ausrichten (vgl. zu den Vor- und Nachteilen eines Gruppenbegriffs Rhein 2017: 47). Für den weiteren Text möchten wir daher folgende Definition mit Blick auf den Schutz der Bevölkerung⁷ vorschlagen:

⁴ Auf dem AKNZ-Fachkongress im Herbst 2017 wurden bereits die Zielgruppe von KOPHIS sowie Kooperationen bzw. Vernetzungen in der Diskussion thematisiert (vgl. Krüger 2018). Mit Blick auf die Weiterentwicklung des Bevölkerungsschutzes sind diese Diskussionen – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – begrüßenswert. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus KOPHIS können dazu beitragen, dass solche Diskussionen vertieft und erweitert werden und sich in weiteren praxisnahen Hinweisen und Maßnahmen niederschlagen.

⁵ Vgl. Krüger, Max 2019: Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Transcript: Bielefeld. Im Erscheinen.

⁶ Das Forschungsprojekt INVOLVE zielt auf die Verringerung sozialer Vulnerabilität durch freiwilliges Engagement. Vom Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes werden hierzu vier Schriften herausgegeben.

⁷ Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung umfassen sowohl den Zivilschutz als auch den Katastrophenschutz.

Vulnerabilität = Verletzlichkeit

Im Kontext von Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen gelten Personengruppen als vulnerabel, die bereits im Alltag aus verschiedenen Gründen regelmäßig und längerfristig auf lebensnotwendige Hilfe von anderen Personen angewiesen sind und die nicht auf Ressourcen zur Ereignisbewältigung zurückgreifen können.

Nach der vorgeschlagenen Definition gelten pflegebedürftige Menschen als vulnerabel. Denn mit der Pflegebedürftigkeit ist – wie es auch das Pflegeversicherungsgesetz (§ 14 Sozialgesetzbuch XI) vorsieht – im Alltag eine Unterstützungsabhängigkeit verbunden; das heißt pflegebedürftige Menschen brauchen die Hilfe anderer.⁸

Mit der Ausrichtung auf die vulnerable Gruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen in diesem DRK-Schriftenband wird dem Sendai-Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015-2030 der Vereinten Nationen entsprochen. Dort wird angeführt, dass Katastrophenvorsorge eine niedrighschwellige, nichtdiskriminierende und inklusive Teilhabe aller Menschen erfordert und dass hierfür ein besonderes Augenmerk denjenigen zuteilwerden soll, die überproportional von Katastrophen betroffen sind. Dabei soll eine Perspektive, die Alter, Geschlecht, Behinderung und Kultur berücksichtigt, in allen entsprechenden Politikbereichen und Praktiken integriert werden (vgl. United Nations 2015: 10). An anderer Stelle findet sich die Forderung mit Blick auf die nationale und lokale Ebene, dass Menschen mit lebensbedrohlichen und chronischen Erkrankungen, entsprechend ihrer spezifischen Bedürfnisse, in allen Politikkonzepten und Plänen berücksichtigt werden sollen, um ihre Risiken vor, während und nach Katastrophen zu bewältigen (vgl. United Nations 2015: 20).

Dieser erste Teil der Schriftenreihe Band 6 dient als inhaltliche Einführung und beruht auf Literatur- und Internetrecherchen sowie Expertengesprächen und Erfahrungsberichten. Der Beitrag gliedert sich wie folgt: Zunächst werden in Kapitel 2 Informationen zum Thema Alter, Pflegebedürftigkeit und daraus resultierende mögliche Anforderungen in einem Katastrophenfall gegeben. In Kapitel 3 stehen Erfahrungen und Herausforderungen mit älteren, pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen im Vordergrund. In Kapitel 4 wird forschungsbasiert der Frage nachgegangen, wie zu Hause versorgte ältere

⁸ Nach dieser nicht abschließenden Definition würden auch andere Gruppen als vulnerabel gelten, wie zum Beispiel Kinder, Menschen mit körperlichen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen oder geflüchtete Menschen. Dagegen gelten Menschen als nicht vulnerabel, die nicht regelmäßig und dauerhaft auf Unterstützung angewiesen sind oder die über materielle, soziale, physische, kognitive oder sonstige Ressourcen zur Krisenbewältigung verfügen.

und pflegebedürftige Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen unterstützt werden können. Schließlich wird in Kapitel 5 das Forschungsprojekt KOPHIS skizziert und im abschließenden Kapitel 6 die Ergebnisse zusammengefasst und ein Ausblick auf die beiden folgenden Teile der Schriftenreihe zu Band 6 gegeben. ■

Höheres Alter und Pflegebedürftigkeit – Was kann das in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen bedeuten?

Infolge des sozialen und demografischen Wandels nimmt die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause versorgt werden, zu. Der Katastrophenschutz muss sich auf die damit verbundenen Herausforderungen sowie auf die Veränderungen im Altenpflegebereich einstellen. Beide Entwicklungen werden im Folgenden dargestellt, um im Anschluss die besondere Betroffenheit bzw. Verletzlichkeit von Pflegebedürftigen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen zu erörtern.

2.1 Zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

An dieser Stelle soll zunächst ein Überblick über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit sowie über die Veränderungen im Altenpflegebereich gegeben werden. Dabei werden vor allem jene Aspekte beleuchtet, die mit Blick auf Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen besonders bedeutsam sind.

2.1.1 Der soziale und demografische Wandel

In Deutschland nimmt im Zuge der Alterung der Bevölkerung die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig und auf Unterstützung angewiesen sind, stetig zu (vgl. Tabelle 1). Im Jahr 2015 waren rund 2,9 Millionen Menschen im Sinne des Sozialgesetzbuches XI pflegebedürftig, das heißt, dass sie Leistungen der Pflegeversicherung bezogen. Zwei Drittel von ihnen waren Frauen (64 Prozent).

Die Zahl der Menschen mit einem Pflege- und Hilfsbedarf, die (noch) nicht im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes als leistungsberechtigt gelten, die aber dennoch der Unterstützung bedürfen, liegt noch weitaus höher. Nach Schätzungen umfasst dieser Personenkreis insgesamt 4 bis 5 Millionen Personen (vgl. Nowassadeck et al. 2016: 6). Laut dem Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung sind sogar insgesamt fast 12,8 Millionen Menschen aufgrund von

	1995	2015	2050
Pflegebedürftige in Millionen	1,1*	2,9 Davon 60 Jahre und älter: 2,5**	4,6***
Demenziell erkrankte Menschen in Millionen****		1,5	2,9

Quellen: *Bundesministerium für Gesundheit o.J.; **Statistisches Bundesamt 2017; ***Rothgang, Kalwitzki et al. 2016; ****Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2016

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

chronischen Erkrankungen und Behinderungen beeinträchtigt. Dies entspricht fast 16 Prozent der Bevölkerung (vgl. Engels et al. 2016: 41f).

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer demenziellen Erkrankung. Daher wird voraussichtlich auch die Anzahl der demenziell erkrankten Menschen infolge der höheren Lebenserwartung und der steigenden Zahl von hochbetagten Menschen deutlich wachsen (vgl. Tabelle 1).

Auch die Zahl der alleinlebenden pflegebedürftigen Menschen nimmt zu. Einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege zufolge lebten 2011 44 Prozent der Pflegebedürftigen alleine. Das waren rund doppelt so viele wie ein Jahrzehnt zuvor. Fast jede fünfte alleinlebende pflegebedürftige Person gab an, keine Vertrauensperson zu haben (vgl. Naumann et al. 2014: 138).⁹

Immer mehr Pflegebedürftige sind auf Sozialhilfe angewiesen. Sie beziehen vor allem Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe, die im Sozialgesetzbuch XII geregelt ist, und die nur dann gewährt wird, wenn die Kosten nicht von anderen, wie zum Beispiel der Pflegeversicherung, getragen werden. Im Jahr 1999 bezogen knapp 310.000 Personen Hilfe zur Pflege. Im Jahr 2015 waren es bereits fast 451.000 Menschen, die auf diese Unterstützungsform angewiesen waren. Von ihnen lebte fast jeder Dritte außerhalb einer Einrichtung, wurde also zu Hause versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015b: 5; eigene Berechnung).

Auf einen Blick ...

- Die Zahl der pflegebedürftigen Personen wird weiterhin stark steigen.
- Die Zahl der demenziell erkrankten Menschen wird deutlich zunehmen.
- Immer mehr Pflegebedürftige leben allein zu Hause.
- Immer mehr Pflegebedürftige beziehen Sozialhilfe.

⁹ Vgl. auch ZQP-Presseinformation vom 07.05.2014: Alleinlebende Pflegebedürftige in Krisen häufig auf sich gestellt.

Für den Katastrophenschutz bedeutet dies, dass er sich in Zukunft auf immer mehr Pflegebedürftige mit ihren spezifischen Bedürfnissen sowie auf demenziell veränderte Menschen einstellen muss. Dabei sind insbesondere diejenigen zu berücksichtigen, die alleine leben, ausschließlich von ambulanten Diensten betreut werden und gegebenenfalls sonst keinerlei familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige Unterstützung vor Ort erhalten. Auch Armut kann im Krisen- oder Katastrophenfall ein zusätzliches Risiko für pflegebedürftige Menschen bedeuten. Es kann zum Beispiel ihre Möglichkeiten einschränken, Vorsorge zu treffen und Vorräte anzulegen (vgl. Lorenz 2011: 40).

Die hier aufgezeigten Entwicklungen werden auch in der oben angeführten Befragung der 19 DRK-Landesverbände zu vulnerablen Gruppen und neuen Engagementformen in Krisen vom Dezember 2016 bis März 2017 bestätigt. Viele der Interviewten führten an, dass es bei Einsätzen, zum Beispiel im Rahmen von Hochwasserlagen oder regionalen Unwetterereignissen, einen erhöhten Hilfebedarf von sozial weniger gut eingebundenen (Einzel-)Personen gab. Dabei handele es sich sowohl um ältere und pflegebedürftige Menschen als auch um Alleinerziehende und sozial schwächer Gestellte. Einige der Befragten sahen einen Grund dafür in der „Aufweichung“ klassischer Sozialstrukturen, die früher eine Selbsthilfe, etwa im Freundes-, Familien- und Nachbarschaftskontext, ermöglichte. Dies zeige sich auch in Unterschieden zwischen ländlich und urban geprägten Regionen, wobei „klassische“ Sozial- und Hilfestrukturen eher auf dem Land verortet wurden (vgl. Heinrich 2017: 4f).

2.1.2 Veränderungen im Altenpflegebereich

Im Altenpflegebereich sind vor allem drei Entwicklungen für den Katastrophenschutz von Bedeutung, die im Folgenden kurz angeführt werden:

- Ambulantisierung,
- Technisierung und
- Entwicklung von Pflegekräften und pflegenden Angehörigen.

Mit Ambulantisierung wird die Stärkung der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung und/oder die Auslagerung von pflegerischen, gesundheitlichen oder sozialen Dienstleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich bezeichnet (vgl. Schaeffer, Ewers 2001). Die Ambulantisierung im Pflegebereich ist eine für den Katastrophenschutz folgenreiche Entwicklung. Denn bei einem Krisenfall, wie zum Beispiel eine Bombenentschärfung, die eine Evakuierung notwendig macht, müssen auch die zu Hause betreuten pflegebedürftigen Menschen mitbedacht werden. Da noch hunderttausend Bomben-Blindgänger im Land vermutet werden,

deren Gefährlichkeit stetig zunimmt,¹⁰ sind häufig großflächigere Evakuierungen erforderlich, damit auch solche von zu Hause versorgten älteren und pflegebedürftigen Menschen.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurde im Pflegeversicherungsgesetz von 1995 festgeschrieben und ist mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz von 2012 und den Pflegestärkungsgesetzen I und II von 2015 und 2016 (weiter)gefördert worden. Knapp drei von vier pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden entsprechend des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ zu Hause versorgt, zumeist von Angehörigen. Seit den 1990er Jahren ist ihr Anteil nahezu gleichgeblieben (vgl. Tabelle 2). Mit Blick auf die Kostenentwicklung im Pflegebereich einerseits und dem Wunsch vieler älterer Menschen, so lange wie möglich zu Hause zu leben, andererseits, ist davon auszugehen, dass auch zukünftig die große Mehrheit der Pflegebedürftigen ambulant versorgt wird.

	Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen		Anteil der Zuhause versorgten Personen an allen Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes
	Ausschließlich durch Angehörige (Pflegegeldbezug)	Zum Teil oder vollständig durch Pflegedienste	
1999*	1,03 Millionen	415.000	72 Prozent
2013**	1,24 Millionen	616.000	71 Prozent
2015***	1,38 Millionen	692.000	73 Prozent

Quellen: *Statistisches Bundesamt 2001; **2015a; ***2017

Tabelle 2: Entwicklung der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen im Sinne der Pflegeversicherung

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat entsprechend in den vergangenen Jahren stark zugenommen, zwischen 2013 und 2015 alleine um 600 auf 13.300 Dienste. Rund zwei Drittel der ambulanten Dienste (65 Prozent) befinden sich mittlerweile in privater Trägerschaft (vgl. Statistisches Bundesamt 2017: 10).

Der Einsatz von Technik spielt in der ambulanten Pflege eine zunehmend größere Rolle. Zum einen können heute immer öfter Personen mit schweren und schwersten Gesundheitsbeeinträchtigungen, die früher zwingend auf eine stationäre Behandlung und Versorgung angewiesen waren, in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden. Das gilt auch zum Teil für PatientInnen, die zeitweise oder dauerhaft auf eine therapeutisch-technische Unterstützung angewiesen sind, wie zum Beispiel im Zusammenhang mit Beatmungs-, Dialyse- und Infusionstherapien

¹⁰ Vgl. von Rauchhaupt 2017.

(vgl. Ewers 2010: 315). Hier kommen therapiebezogene Technologien zum Einsatz, die zur Behandlung der Krankheiten, aber auch zur Überwachung oder Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen dienen, so im Kontext der häuslichen Infusions- und Transfusionstherapie (vgl. Ewers 2010: 317). Zu Hause versorgte pflegebedürftige Menschen benötigen häufig stromabhängige Hilfsmittel, zum Beispiel Pflegebett mit Hebeeinrichtung, Wannenlift, Fahrstuhl, Treppenlift, Elektro-Rollstuhl, Ernährungspumpe mit Magensonde, Heimbeatmungsgerät, Inhalationsgerät, Heimdialysegerät, Überwachungsmonitor, Blutzuckergerät, Insulinpumpe, Hausnotruf oder Hörgerät mit Akku (vgl. Geißler 2015: 13).

Von diesen therapiebezogenen Technologien lassen sich „umweltbezogene Technologien“ unterscheiden. Diese sollen das häusliche Leben sicherer gestalten und die Lebensqualität erhöhen, um so einen möglichst langen Verbleib von Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Ein Beispiel dafür sind Sensoren, die Stürze melden sollen. Schließlich sind auch Technologien im Pflegebereich anzuführen, die die Arbeit der Pflegekräfte oder der pflegenden Angehörigen unterstützen. Eine zentrale Bedeutung im Arbeitsalltag von Pflegekräften hat die EDV-gestützte Pflegeplanung und Pflegedokumentation (vgl. Sowinski et al. 2013: 22ff).

Mit dem zunehmenden Technikeinsatz im Pflegebereich ist eine entsprechende Stromabhängigkeit verbunden. Bei einem größeren Stromausfall könnte die Situation insbesondere für außerklinische IntensivpatientInnen, die auf stromabhängige Technik zwingend angewiesen sind, schnell lebensbedrohlich werden. So können bei der Versorgung von heimbeatmeten PatientInnen unter anderem folgende stromabhängige Geräte zum Einsatz kommen: Beatmungsgerät, Pulsoxymeter, Absauggerät, Kapnometrie, Sauerstoffkonzentrator oder Flüssigsauerstofftank sowie Ernährungspumpe (vgl. Beusch 2017).

Im folgenden Gastbeitrag wird deutlich, welche Herausforderungen die Erarbeitung eines Schutzkonzeptes für Beatmungs-Wohngemeinschaften darstellt.

Exkurs: Resilienz von außerklinischen beatmeten Patienten in Notsituationen
Ein Beitrag von Roland Beusch, B.Eng. Rettungsingenieurwesen, Brandschutzingenieur Halfkann + Kirchner, Oberbrandmeister (FF) Feuerwehr Kerpen

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland gehört zu den besten der Welt, das allen Patienten eine Versorgung auf hohem medizinischem Niveau garantiert. So ist es möglich, Patienten, die auf eine technik-assistierte Beatmung angewiesen sind, zum größten

Teil außerhalb von Krankenhäusern und Pflegeheimen in privatem Umfeld zu versorgen. Da die Betreuung sehr spezielle Fachkenntnisse erfordert, die nur ausgebildete Fachpflegekräfte besitzen, besteht eine Möglichkeit darin, einen ambulanten Pflegedienst mehrfach täglich kommen zu lassen. Die weitere Betreuung übernehmen im Regelfall Angehörige. Eine zweite Möglichkeit bieten Wohngemeinschaften für außerklinisch beatmete Patienten (sogenannte Beatmungs-WGs).

Diese Beatmungs-WGs lassen sich in zwei Typen differenzieren: Typ 1 bilden die selbstverantworteten Wohngemeinschaften. Sie kennzeichnen sich dadurch, dass eine strikte Trennung zwischen Vermieter und Pflege- und Betreuungsdienst vorliegt. Die Bewohner üben das Hausrecht aus und bestimmen selber über neue Mitbewohner. Sie gestalten ihre Gemeinschaftsräume sowie ihren Alltag selber und organisieren ihre Haushalts- und Lebensführung inklusive Putzen, Kochen und Einkaufen. Dies beinhaltet auch die Verwaltung der Gemeinschaftsfinanzen. Der Pflegedienst darf auf Entscheidungen innerhalb der WG keinerlei Einfluss nehmen. Da die Patienten viele der genannten Aufgaben nicht selber wahrnehmen können, bilden sie oder ihre Betreuer Auftraggebergemeinschaften, die selber tätig werden oder jemanden engagieren. In der Praxis stellt sich die Situation größtenteils so dar, dass der Pflegedienst alle Leistungen anbietet und die Auftraggebergemeinschaft diese der Einfachheit halber beauftragt. Ebenso werden die Räumlichkeiten über eine Tochterfirma des Pflegedienstes vermietet. Die Anforderungen im Hinblick auf die Kontrolle der Pflegequalität sowie die baurechtlichen Erfordernisse (Stichwort Brandschutz) sind bei selbstverantworteten WGs ähnlich denen an Privathaushalte, was eine hohe Kostenersparnis bedeutet. Die verminderten Ausgaben optimieren den Gewinn des Betreibers, so dass es ein großes Interesse an einer Einstufung als selbstverantwortete Wohngemeinschaft gibt.

Als Typ 2 lassen sich anbieterverantwortete Wohngemeinschaften einordnen. Dieser Fall liegt immer dann vor, wenn die Kriterien für selbstverantwortete Wohngemeinschaften nicht erfüllt werden. Für diese WGs besteht eine Anzeigepflicht bei den zuständigen Behörden („Heimaufsicht“), es werden regelmäßige Überprüfungen durchgeführt und die Höchstzahl der Bewohner ist in der Regel auf zwölf Personen pro WG bzw. maximal 24 Personen pro Gebäude begrenzt. Wird diese Anzahl überschritten, gelten die Anforderungen an eine Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot (Pflegeheim).

Zur Einschätzung und Verbesserung der Resilienz in Krisensituationen ist es unabdingbar, zunächst eine umfassende Analyse des Ist-Zustandes durchzuführen. Dies geschieht im Rahmen einer Prozessanalyse, die alle Prozessbausteine identifiziert, die zum Betrieb einer Beatmungs-WG erforderlich sind. Beispielhaft seien hier die Beatmung, die Medikamentenapplikation, die

Entsorgung von Abfällen, die Buchhaltung und die Dokumentation genannt. In risikotechnischer Hinsicht sind allerdings nur die Bausteine relevant, deren Ausfall eine Beeinträchtigung der Patientengesundheit nach sich ziehen. Daraus lassen sich Kern-Ressourcen ableiten, deren Ausfall zwingend verhindert werden muss, wie zum Beispiel die Strom- und Wasserversorgung, das Fachpersonal oder das Verbrauchsmaterial.

In einem weiteren Schritt werden Szenarien entwickelt, die den Regelbetrieb stören, zum Beispiel Hochwasser, Großbrand in der Nähe der WG, Stromausfall, Pandemie, Bombenfund. Diese richten sich nach den individuellen Gegebenheiten jeder einzelnen Wohngemeinschaft. Auf Basis der Prozessanalyse und der anschließenden Kombination mit möglichen Szenarien lässt sich für jede Wohngemeinschaft ein individuelles Schutzkonzept erstellen. Dies beinhaltet folgende Punkte:

- Verantwortlichkeiten und Weisungsbefugnisse
- Erreichbarkeiten und Vertretungsregelungen
- Informations- und Meldewege
- Kommunikationseinrichtungen und Kontaktdaten
- Abläufe und Verhaltensweisen
- Technische Notfalleinrichtungen
- Ausbildung und Training aller Beteiligten
- Gefahrenabwehrpläne und Checklisten

Das Ziel muss dabei immer sein, dem Regelbetrieb möglichst nahe zu kommen oder zumindest möglichst lange autark zu sein, da mit externer Hilfe zunächst nicht verlässlich zu rechnen ist. In der Erstellungsphase empfiehlt sich dringend die Kontaktaufnahme mit den Gefahrenabwehrbehörden (beispielsweise der örtlichen Feuerwehr), da einerseits deren Erfahrung genutzt werden kann, andererseits die Behörden um die Existenz eines Schutzkonzeptes wissen sollten. Das Schutzkonzept muss so aufgebaut sein, dass es für alle Beteiligten leicht verständlich und im Ereignisfall schnell und problemlos anwendbar ist.

Der Weg zu einem funktionierenden Schutzkonzept und damit zu einer Steigerung der Resilienz ist nicht schnell und leicht beschritten. Es ist eine detaillierte Analyse und im Anschluss eine aufwändige Entwicklung von Lösungen notwendig, die praxistauglich umgesetzt werden müssen. Dies erfordert die Investition von Zeit und Geld, die aber keine Aussicht auf monetäre Ergebnissteigerung weckt, so dass viele Beteiligte versuchen, die Verantwortung auf die Gefahrenabwehrbehörden abzuwälzen. Wenn es gelingt, die Verantwortlichen dazu zu bringen, ihre Verantwortung anzunehmen, ist ein großer Schritt zur Resilienzsteigerung gemacht und das Ziel

ist in sichtbarer Nähe, im Ereignisfall das Leben von heimbeatmeten Patienten in Wohngemeinschaften und in der häuslichen Pflege zu erhalten.

Eine weitere Entwicklung im Altenpflegebereich, die auch in einer Krise oder Katastrophe von Bedeutung ist, ist die begrenzte Verfügbarkeit von professionellen Pflegekräften. Die meisten Pflegekräfte im ambulanten Dienst (70 Prozent) arbeiten in Teilzeit (vgl. Ehrentraut et al. 2015: 8) und oft unter enormen Zeitdruck. Sie betreuen im Durchschnitt vergleichsweise viele pflegebedürftige Menschen (vgl. Theobald et al. 2013). Zudem zeigt sich ein Pflegekräftemangel, der noch stark zunehmen wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017). Hinzu kommt, dass im Pflegebereich manche regulären Pflegekräfte nur über begrenzte Deutschkenntnisse verfügen.¹¹ Einer Studie zufolge leben geschätzt etwa 163.000 Menschen aus Osteuropa, zum Teil irregulär, bei Pflegebedürftigen in deren Häuslichkeiten im Rahmen einer sogenannten 24-Stunden-Pflege und betreuen sie für eine begrenzte Zeit. Dies entspricht etwa 8 Prozent aller Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person lebt (vgl. Hielscher et al. 2017: 95).

Für den Katastrophenschutz bedeutet dies, dass sich die beschriebenen Entwicklungen in einer Krisen-, Großschadens- oder Katastrophensituation erschwerend auswirken könnten. So könnten unter Umständen nicht ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Oder diese verstehen die Anweisungen der Einsatzkräfte aufgrund mangelhafter Deutschkenntnisse nicht. Auch ein Verstecken aus Furcht vor „Entdeckung“ ist denkbar.

Auch muss die zunehmende Technisierung im Pflegebereich, insbesondere mit Blick auf lebenserhaltende, stromabhängige Geräte wie zum Beispiel bei der Heimbeatmung, im ambulanten Bereich mitbedacht werden. Die oben bereits zitierte DRK-Befragung bei den Landesverbänden zu vulnerablen Gruppen verdeutlicht zudem, dass die steigende Zahl der Pflegebedürftigen neue Anforderungen an die Betreuung in Einsätzen stellt. So bräuchten ältere Menschen zum Beispiel weniger (medizinische) Ersthilfe, als vielmehr eine generelle (medizinische) Unterstützung (vgl. Heinrich 2017: 3).

¹¹ Mit Blick auf den sich seit Jahren immer stärker entwickelnden Fachkräftemangel in der Pflege wurden unter anderen von der Bundesregierung Aktivitäten zu Anwerbung von Arbeitskräften aus anderen Ländern gestartet (vgl. zum Beispiel Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2014). Einer älteren Studie zufolge liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund bei Altenpflegekräften bei 18,3 Prozent, was allerdings keine Aussagen über ihre Sprachkenntnisse erlaubt (vgl. Afentakis et al. 2009: 31).

Auf einen Blick ...

- Die Zahl der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen wird voraussichtlich weiter zunehmen.
- Der zunehmende Technikeinsatz in der Pflege bedeutet auch eine höhere Stromabhängigkeit bei Pflegebedürftigen.
- Therapiebezogene Technologien ermöglichen immer mehr Schwerstpflegebedürftigen ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Schätzungen gehen zum Beispiel von 20.000 heimbeatmeten Patienten aus.
- Pflegekräfte für den ambulanten Dienst stehen nur begrenzt zur Verfügung und arbeiten zudem oft in Teilzeit. Manche Pflegekräfte verfügen über begrenzte Deutschkenntnisse. In manchen Pflegehaushalten leben Haushaltshilfen aus Osteuropa im Rahmen einer irregulären 24-Stunden-Pflege.

2.2 Vulnerabilität von pflegebedürftigen Menschen

Wie in Kapitel 1 angeführt, gelten ältere pflegebedürftige Menschen in Krisen und Katastrophen als besonders vulnerabel. Zunächst wurden mögliche Gründe für die erhöhte Vulnerabilität ausgeführt sowie die sich daraus ergebenden Folgen, die für den Katastrophenschutz relevant sind. Dabei sollte aber nicht übersehen werden, dass ältere und pflegebedürftige Menschen über Potenziale und Ressourcen verfügen können, die mit Blick auf Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen hilfreich und wertvoll für sie selbst und auch für andere sein können. Pflegebedürftigkeit ist also nicht mit einem generellen Verlust von Fähigkeiten und Ressourcen gleichzusetzen. Dies wird in Kapitel 4.5 (Einbeziehung der Zielgruppe) weiter ausgeführt.

Ältere pflegebedürftige Menschen sind im Alltag bereits auf Unterstützung angewiesen und in Krisen, Großschadenslagen oder Katastrophen oft stark gefährdet. Zwar ist das Lebensalter nicht allein entscheidend, ob ein Mensch besonders vulnerabel ist (vgl. Geißler 2015: 11).¹² Dies kann jedoch eine Rolle spielen, da mit fortschreitendem Alter vermehrt Probleme auftreten, die die Vulnerabilität erhöhen können, zum Beispiel Schwäche, Funktionseinschränkungen und eingeschränkte sensorische Wahrnehmungen. Eine Zusammenstellung des Robert Koch-Instituts zeigt, dass viele ältere Menschen unter Bluthochdruck, Arthrose, kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie Diabetes und/oder Asthma leiden (vgl. Tabelle

¹² Vgl. auch Dugoni, Leimegger et al. 2016: 20; vgl. auch Hackl 2017; vgl. auch Lorenz 2011: 67.

3). Bei vielen von ihnen sind die Hör- und Sehfähigkeit eingeschränkt und gut jede zehnte Frau ab 75 Jahren und fast 8 Prozent der Männer ab 75 Jahren leiden an einer demenziellen Erkrankung. Mit steigendem Alter nimmt zudem die Wahrscheinlichkeit stark zu, an einer Demenz zu erkranken. So ist von den 90-Jährigen und Älteren fast jeder Dritte demenziell erkrankt (vgl. Robert Koch-Institut 2015: 413).

	Frauen ab 75 Jahren in Prozent	Männer ab 75 Jahren in Prozent
Bluthochdruck	59,4	50,8
Arthrose	46,2	29,7
Kardiovaskuläre Erkrankungen (u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall)	35,1	40
Diabetes	19,2	19,8
Asthma	7,6	8,8
Hören (schwere Einschränkung oder unmöglich)	13,1	4,6
Sehen (schwere Einschränkung oder unmöglich)	10,9	10,4
Multimorbidität (zwei oder mehr gleichzeitig vorliegende chronische Erkrankungen)	81,7	74,2
Multimorbidität (fünf oder mehr gleichzeitig vorliegende chronische Erkrankungen)	34,6	25,9
Demenzielle Erkrankungen bei Menschen ab 65 Jahren	10,8	6,9
Demenzielle Erkrankungen bei Menschen ab 90 Jahren	29,2	44,2

Quellen: Robert Koch-Institut 2015; Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2016: 2

Tabelle 3: Häufige Krankheiten bei älteren Menschen

Mit zunehmendem Alter erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, mehrere chronische Erkrankungen zu haben, also multimorbide zu sein. So haben zum Beispiel vier von fünf Frauen ab 75 Jahren zwei oder mehr chronische Erkrankungen und bei gut jeder Dritten liegen sogar fünf oder mehr chronische Erkrankungen vor (vgl. Tabelle 3). Die gesundheitliche, medizinische und soziale Versorgung von multimorbiden älteren Menschen stellt eine besondere Herausforderung dar. So müssen zum Beispiel mit steigender Anzahl der Erkrankungen auch eine zunehmende Zahl an Medikamenten – bei einem 80-Jährigen im Durchschnitt sieben (vgl. Pöpperl 2016) – aufeinander abgestimmt werden, um potenziell gefährliche Wechselwirkungen zu vermeiden (vgl. Robert Koch-Institut 2015: 416).

Ältere Menschen haben eher chronische Erkrankungen und sind in der Folge oft anfälliger in Extremwetterlagen. Studien zeigen zum Beispiel, dass ältere Menschen von Hitzewellen, Hitzetagen und Tropennächten besonders betroffen sind. Vor allem Personen mit kardiovaskulären

und zerebrovaskulären Erkrankungen, also Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Störungen der Hirndurchblutung wie zum Beispiel Schlaganfall, haben ein erhöhtes Sterberisiko bei Hitze (vgl. Henschke et al. 2013: 728).

Bei zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen, insbesondere, wenn sie alleine leben, ist zudem zu berücksichtigen, dass sie oft zwingend auf eine professionelle ambulante Pflegeversorgung angewiesen sind. Das Personal von ambulanten Pflegediensten kommt eventuell einmal oder auch mehrmals täglich in die Häuslichkeit des Pflegebedürftigen und erbringt Dienstleistungen wie die Unterstützung bei der Körperhygiene oder Nahrungsaufnahme, aber auch bei der Stomaversorgung, Blasen- oder Darmentleerung sowie bei der Medikamenteneinnahme. Dabei muss die Pflegeleistung zumindest teilweise bedingt zeitabhängig erbracht werden, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten (vgl. Blättner et al. 2013). In einer Studie zu den Auswirkungen von Extremwetterereignissen in Hessen führen Blättner (2013) zum Beispiel unter anderem an, dass schon eine wetterbedingte Unterbrechung der ambulanten Pflege von einem halben Tag zu erheblichen Problemen führen kann. Denn in dem Untersuchungsraum ist die Mehrheit der Pflegebedürftigen darauf angewiesen, zwei bis dreimal am Tag von einem Pflegedienst aufgesucht zu werden (vgl. Blättner et al. 2013: 274). Auch eine regelmäßige Medikamenteneinnahme ist wichtig: So kann zum Beispiel schon ein kurzzeitiges Aussetzen der medikamentösen Therapie bei PatientInnen mit stabiler Herzinsuffizienz Auswirkungen haben, unter Umständen, ohne dass die betreffende Person es merkt (vgl. Leiner 2017).

Neben den gesundheitlichen Problemen, die im Alter vermehrt auftreten, spielen auch soziale Faktoren eine wichtige Rolle mit Blick auf die Vulnerabilität von pflegebedürftigen Menschen. Wie oben bereits angeführt, nimmt der Anteil der bedürftigen Pflegebedürftigen zu. Ihre geringen finanziellen Ressourcen schränken ihre Möglichkeiten ein, sich auf Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen vorzubereiten. Armut kann sich auch auf die Wohnsituation auswirken. Sie kann zum Beispiel zur Folge haben, dass pflegebedürftige Menschen in sozial prekären Gegenden leben (müssen), in denen kaum Kontakte untereinander bestehen und Nachbarschaftshilfe nicht geleistet wird. Denkbar ist auch, dass bedürftige Pflegebedürftige sich nur sehr günstige Wohnungen – zum Beispiel in oberen Etagen von Hochhäusern – leisten können, aus denen sich eine Evakuierung schwieriger gestaltet.

Zudem finden sich in zahlreichen Forschungs- und forschungsbasierten Beiträgen verstärkt Hinweise darauf, dass ältere Menschen in Katastrophen- und Konfliktsituationen oft übersehen und ihre Anliegen von den Notfallprogrammen oder -planern selten behandelt werden (vgl.

Hutton 2008: 19).¹³ Dies weist darauf hin, dass in der Katastrophenvorsorge und im Katastrophenmanagement eine Form der Altersdiskriminierung wirksam wird, die zur erhöhten Vulnerabilität älterer Menschen in Krisen und Katastrophen maßgeblich beiträgt.¹⁴

Für den Katastrophenschutz sind die möglichen Folgewirkungen der erhöhten Vulnerabilität von pflegebedürftigen Menschen bedeutsam.¹⁵ Zusammengefasst können in einer Krisen- oder Katastrophensituation die angeführten Aspekte zur Folge haben,

- dass ältere Menschen eventuell aufgrund von Sinneseinschränkungen Warnsignale schlecht oder gar nicht hören oder sehen können.
- dass ältere pflegebedürftige Menschen aufgrund nachlassender kognitiver Fähigkeiten eventuell katastrophenrelevante Informationen weniger gut verarbeiten können (vgl. Geißler 2015: 18).
- dass sie sich eventuell aufgrund von Mobilitätseinschränkungen nicht selbstständig in Sicherheit oder zu einer Sammelstelle begeben können.
- dass sie mit Blick auf eine sichere und regelmäßige Medikamenteneinnahme gegebenenfalls besonders gefährdet sind oder unter Umständen nicht (mehr) wissen, auf welche Medikamente sie angewiesen sind.
- dass zu Hause versorgte pflegebedürftige Menschen eventuell auf, zum Teil lebenserhaltende, strombetriebene technische Hilfsmittel angewiesen sind, zum Beispiel Beatmungs- oder Dialysegeräte, Ernährungspumpen, Überwachungsmonitore und Insulinpumpen. Dies kann bei einem Stromausfall schnell lebensbedrohlich werden (vgl. Geißler 2015).
- dass zu Hause versorgte pflegebedürftige Menschen oft auf (professionelle) Pflegedienstleistungen angewiesen sind, die zumindest teilweise zeitabhängig erbracht werden müssen, um die Gesundheit der Betroffenen aufrechtzuerhalten.
- dass pflegebedürftige Menschen zum Teil auf eine spezielle Ernährung angewiesen sind sowie auf eine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und beim Trinken.
- dass eventuell die Kommunikation mit demenziell veränderten Pflegebedürftigen stark beeinträchtigt sein kann. Dies kann zur Folge haben, dass die Betroffenen gegebenenfalls verstärkt irritiert sind und zu Aggressionen und herausforderndem Verhalten (vgl. Isfort et al. 2012: 16) neigen. Auch können sie Orientierungsprobleme haben und Weglauftendenzen aufweisen, was zum Beispiel nachts in einer Notunterkunft eine besondere Herausforderung darstellen kann.

¹³ Vgl. auch Hartog 2014: 5; vgl. auch Dugoni, Leimegger 2016: 19.

¹⁴ In einem Report über Altersdiskriminierung in verschiedenen Politikbereichen wird zum Beispiel der diskriminierende Umgang der Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr mit Älteren in Krisen und Katastrophen, wie bei dem Terroranschlag am 11. September 2001 oder bei dem Hurrikan Katrina, angeführt (vgl. Ageism in America 2006: 85).

¹⁵ Vgl. mit Blick auf eine Gasmangellage auch Oschmiansky, 2018.

- dass pflegebedürftige Menschen ein erhöhtes Risiko haben, durch unvorhergesehene Ereignisse emotionalen Stress zu erleben.
 - dass eine Evakuierung für pflegebedürftigen Menschen mit erhöhten Risiken für deren Gesundheit verbunden ist.¹⁶
- 

¹⁶ In Studien wird darauf hingewiesen, dass in den Monaten nach einer Katastrophe die Erkrankungs- und die Sterberaten bei älteren, gebrechlichen Evakuierten ansteigen (vgl. Dosa et al. 2012; Nomura et al. 2016).

Pflegebedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen: Erfahrungen und Herausforderungen

Ältere Menschen – und damit mutmaßlich auch ältere pflegebedürftige Menschen – sind in Krisen und Katastrophen oft besonders häufig unter den Opfern. Das zeigen internationale Erfahrungen. Wie in Abbildung 1 dargestellt, liegt der Anteil älterer Menschen an Katastrophenopfern deutlich über ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung. In New Orleans waren zum Beispiel von den etwa 1330 Toten infolge des Hurrikans Katrina im Jahr 2005 rund 71 Prozent 65 Jahre und älter, obgleich die ältere Bevölkerung (60 Jahre und älter) dort nur einen Anteil von 15 Prozent hatte. Bei der Katastrophe in Japan in Fukushima-Daiichi 2011 (Erdbeben, Tsunami, Verstrahlung) verstarben etwa 18.000 Menschen (56 Prozent), von denen mehr als die Hälfte 65 Jahre oder älter war, während ihr Bevölkerungsanteil in der Region bei 23 Prozent

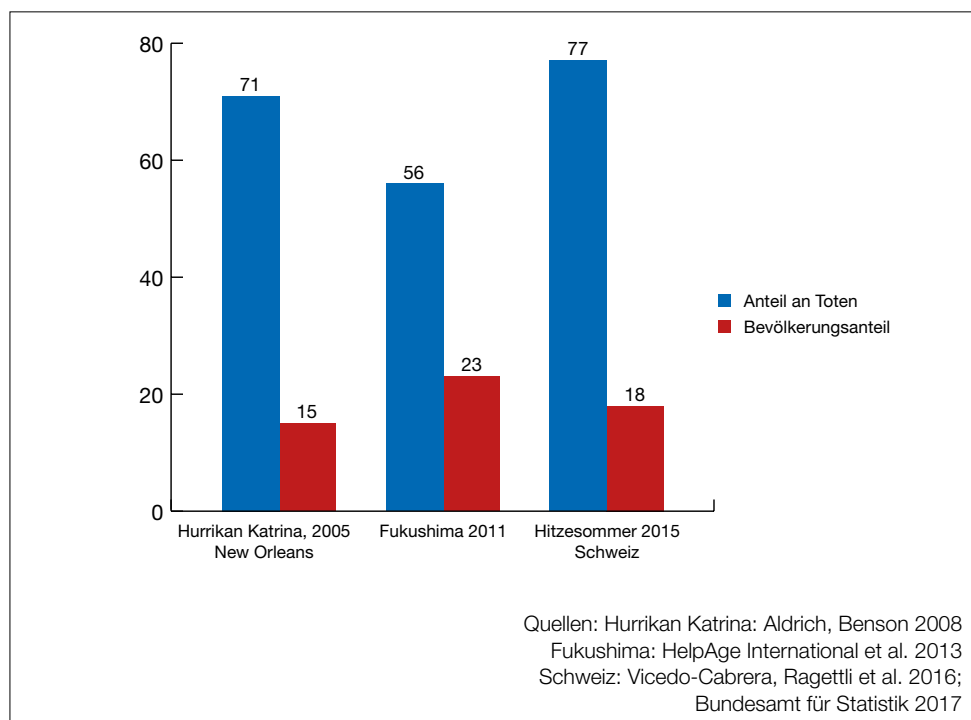


Abbildung 1: Anteil älterer Menschen an Katastrophenopfern und an der Bevölkerung in Prozent

lag. Im Hitzesommer 2015 lag in der Schweiz der Anteil der älteren Menschen unter den Toten bei 77 Prozent, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung hingegen nur bei 18 Prozent (vgl. HelpAge International et al. 2013: 3ff).

Auch für Deutschland liegen Erfahrungen zu der besonderen Betroffenheit von älteren Menschen und Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf in Krisen vor: Im Münsterländer **Wintersturm im Jahr 2005** fiel der Strom zum Teil über mehrere Tage, in einigen Orten sogar bis zu vier Tagen, aus. Insgesamt waren rund 250.000 Menschen betroffen. Eine Befragung (vgl. Menski 2008) von knapp 600 betroffenen Haushalten weist darauf hin, dass die Versorgung von Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf in dieser Situation von manchen Personen als nicht ausreichend eingeschätzt wurde. Um Hilfsbedürftige zu erreichen, wurden von den Einwohnermeldeämtern alle Anschriften von Personen über 70 Jahren zur Verfügung gestellt, so dass Hilfsorganisationen diese aufsuchen konnten. Allerdings wurden jüngere Hilfsbedürftige so nicht erfasst (vgl. Menski 2008: 70f). Die Befragung ergab, dass 13 der befragten Haushalte die Versorgung von Älteren bzw. Hilfsbedürftigen als mangelhaft einschätzten. Von sieben Haushalten wurde sie hingegen gelobt.

Das **Hochwasser vom August 2002** hat gezeigt, dass mit Blick auf pflege- und hilfsbedürftige Menschen Verbesserungen bei der Ausbildung von Katastropheneinsatzkräften und beim Frühwarnsystem erforderlich sind. Bei dem Hochwasser, das in Mitteleuropa katastrophale Auswirkungen hatte, starben insgesamt 37 Menschen, davon allein in Deutschland 19 Personen. Vor allem in den Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt waren rund 337.000 Menschen direkt betroffen (vgl. Deutsches Komitee für Katastrophenvorsorge 2003). Das Deutsche Rote Kreuz, das beim Katastropheneinsatz beteiligt und unter anderem für die Sicherstellung des Rettungsdienstes, die Evakuierung von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und die Errichtung von Notunterkünften und die Verpflegung von Betroffenen und Einsatzkräften zuständig war, veranlasste eine Untersuchung seines Einsatzes (vgl. Luipold 2003). Hierfür wurden rund 110 Mitarbeitende befragt. Mit Blick auf die Ausbildung wurde von den Befragten unter anderem angeführt, dass die Aspekte Pflege und psychosoziale Betreuung in der Ausbildung ein stärkeres Gewicht erlangen müssen. Diese Aspekte hatten sich bei der Evakuierung als äußerst bedeutsam erwiesen.

In Dresden wurde im Hochwasser 2002 die Bevölkerung von der Polizei ausschließlich über Lautsprecher über die anstehende Evakuierung informiert. So konnten gehörlose oder schwerhörige Menschen zum Teil nicht erreicht werden. Aufgrund des Fehlens eines barrierefreien Frühwarnsystems blieben diese Menschen in ihren von der Stromversorgung abgeschnittenen, dunklen Wohnungen zurück (vgl. Bachmann 2013).

Das **Hochwasser von 2013**, von dem in Deutschland vor allem Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt betroffen waren, hat verdeutlicht, dass die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen vom Katastrophenschutz oft noch unterschätzt wird. Nach der Zahl der Notrufe war das Hochwasser 2013 die größte Katastrophe nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland. Der Katastrophenalarm wurde in 50 Landkreisen ausgerufen und 9 Prozent aller vorhandenen Kräfte waren im Einsatz (vgl. Richert 2017: 55). Dabei stellte sich die Evakuierung von älteren Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut wurden, als eine besondere Herausforderung dar. Im Landkreis Stendal verliefen die Evakuierungen von Senioreneinrichtungen beispielsweise relativ problemlos. Dagegen stellte sich bei der Planung der Evakuierung von hilfsbedürftigen Personen aus ihren Wohnungen und Häusern als erschwerend heraus, dass es keine zentrale Übersicht bzw. Liste gab, wo diese Menschen wohnen. Die Pflegedienste im Landkreis wurden aufgefordert, ihre KundInnen zu melden. Aber einige Pflegebedürftigen wurden von Pflegediensten betreut, die außerhalb des Landkreises ihren Sitz hatten. Dies hatte zur Folge, dass deren KundInnen nicht gemeldet und somit nicht in der Planung erfasst wurden. Nachdem die Evakuierungen planmäßig abgeschlossen waren, meldeten sich Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf beim Krisenstab, die erst im Nachhinein von der Evakuierung erfahren hatten und noch nicht weggebracht worden waren. In der Folge mussten ungeplante Einsätze gefahren werden, die unter Zeitdruck erfolgten. Die Einsatzkräfte hatten keine Informationen über den Zustand der pflege- und hilfsbedürftigen Menschen und die Fahrten waren mit Blick auf die sich zuspitzende Situation und die teilweise kaum mehr passierbare Strecke mit Risiken verbunden (vgl. Brahms 2013).¹⁷

Auch bei der umfangreichsten Evakuierungsaktion in der Bundesrepublik Deutschland, in **Frankfurt im Jahr 2017 infolge einer Bombenentschärfung**, bei der mehr als 60.000 Menschen evakuiert wurden, war die Erreichbarkeit von zu Hause lebenden Hilfsbedürftigen eine große Herausforderung:

„Länger als erwartet dauerte es auch, hilfsbedürftige Menschen aus der Zone zu bringen. Das sei ‚super ärgerlich und super aufwendig‘ gewesen, sagte ein Sprecher der Feuerwehr. Polizei und Rettungskräfte hätten am Morgen ausreichend Zeit und Kapazitäten gehabt, Hilfsbedürftige zu transportieren, man habe aber nichts von ihnen gewusst. ‚Erst wenn keine Meldungen mehr ankommen, können wir den Raum freigeben.‘“

Spiegel online vom 03.09.17: Evakuierung in Frankfurt

¹⁷ Vgl. auch Kneisel 2015.

Auch die Evakuierung aufgrund einer **Bombenentschärfung in Berlin im Oktober 2017** hat gezeigt, dass spezifische Bedürfnisse von älteren pflege- und hilfsbedürftigen Menschen in Evakuierungssituationen noch nicht ausreichend bekannt sind. Zum einen wurde eine Notunterkunft für Hilfsbedürftige eingerichtet, die baulich weniger geeignet (zu kleine Toiletten für Rollstuhl und Begleitung) und aufgrund der hohen Zahl von Hilfsbedürftigen schnell überfüllt war. Zum anderen gaben Evakuierte an, dass die Polizei von einem nur kurzen Evakuierungszeitraum ausging und dies ihnen gegenüber auch so kommunizierte. In der Folge benötigten einige Menschen nach mehreren Stunden Wartezeit Medikamente bzw. medizinisch-pflegerisches Hilfsmaterial für ihren Diabetes bzw. künstlichen Darmausgang. Da sie aber entsprechendes Material bei der Evakuierung nicht mitgenommen hatten und dieses auch nicht vor Ort vorhanden war, musste es von den Einsatzkräften erst besorgt werden.

Die hier angeführten Erfahrungen verdeutlichen, dass über die wachsende Zahl von älteren, zum Teil pflege- und hilfsbedürftigen, Menschen und ihre besonderen Versorgungsbedürfnisse im Katastrophenschutz noch zu wenig bekannt ist bzw. dieser für ihre Bedürfnisse noch nicht ausreichend sensibilisiert ist. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die im Katastrophenschutz eingesetzten Kräfte zum Teil nicht ausreichend geschult sind im Hinblick auf ältere und pflegebedürftige Menschen (vgl. Knickmann 2016). Diese Einschätzung wird auch durch eine Befragung der Einsatzkräfte des DRK-Betreuungsdienstes gestützt, die im Rahmen von vier deutschlandweiten Regionalkonferenzen erfolgte und an der insgesamt 128 Einsatzkräfte des DRK-Betreuungsdienstes beteiligt waren. Von den Befragten wurde mit Blick auf die Zukunft des Betreuungsdienstes unter anderem auch das Erfordernis von pflegerischen Grundkenntnissen angeführt (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2017b: 59).

„In unserer alternden Gesellschaft stellen die Kommunikation und Betreuung von älteren Menschen eine zentrale Herausforderung für den Betreuungsdienst dar.“

Martin Bullermann, Bundesbereitschaftsleiter DRK, 14.02.18

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die vorhandenen Ressourcen im Katastrophenschutz begrenzt sind. So fehlt es den Feuerwehren in Notsituationen zum Teil an den notwendigen Kapazitäten, um neben anderen Aufgaben, wie zum Beispiel der Räumung von Verkehrswegen, die Notfallversorgung von Pflege- und Betreuungsbedürftigen zu übernehmen (Hafner et al. 2013: 508f).

Umgekehrt gibt es Hinweise darauf, dass Katastrophenschutz und Notfallvorsorge auch im Pflegebereich noch eine zu geringe Rolle spielen. So gibt es zum Beispiel keine Vorschriften zur Notstromversorgung und zu Notfallplänen in Senioreneinrichtungen. Einer Befragung zu

Extremwetterereignissen (vgl. Capellaro, Sturm 2015) zufolge, gaben zwar immerhin 62 bzw. 55 Prozent der befragten stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen an, dass sie eine Notstromversorgung bzw. einen Plan für den Ausfall der Stromversorgung haben. Bei den ambulanten Pflegediensten gaben hingegen 60 Prozent der Pflegekräfte an, keinen Plan für den Ausfall der Stromversorgung beim Kunden zu haben.

Ein Risikobewusstsein im professionellen Pflegebereich scheint nicht immer ausgeprägt zu sein, wie die folgende Experteneinschätzung zeigt:

„Auf länger andauernde und außergewöhnliche Schadensszenarien wie ein flächendeckender und langanhaltender Stromausfall sind Altenpflegeheime nach Einschätzung der befragten Experten in der Regel überhaupt nicht vorbereitet [...]“ (Hermann 2014: 14).

In einem anderen Beitrag über die Folgen eines größeren Stromausfalls für Altenpflegeheime kommt die Autorin zu der Einschätzung, dass eine Katastrophe wie ein mehrtägiger Stromausfall von den meisten Verantwortlichen in Senioreneinrichtungen „nicht ernst genommen wird“ (vgl. Schecka 2011: 49). Auch eine Befragung von Klewer (2017) unter angehenden akademischen Leitungskräften von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu ihrer persönlichen Notfallvorsorge weist auf ein geringes Risikobewusstsein hin. Den Ergebnissen zufolge haben sich zum Beispiel drei von vier Befragten noch nie intensiv mit persönlicher Notfallvorsorge befasst. Klewer stellt abschließend die Frage, wie angehende Leitungskräfte, die selbst Defizite in der persönlichen Notfallvorsorge ausweisen, später in der Lage seien, für die ihnen anvertrauten PatientInnen bzw. Pflegebedürftigen eine ausreichende Notfallvorsorge zu organisieren. Eine verpflichtende gesetzliche Regelung zur Optimierung der Notfallvorsorge erscheint aus seiner Sicht sinnvoll, nicht zuletzt um eine Risikokultur zu entwickeln (vgl. Klewer 2017: 31).

Einen weiteren Hinweis auf ein möglicherweise geringes Risikobewusstsein im Pflegebereich bieten die Erfahrungen des Leiters des Katastrophenschutzstabes in einem hessischen Landkreis mit rund 233.000 Einwohnern. Zur Vorplanung zwecks Unterbringung und Transportkapazität muss der Katastrophenschutz in etwa wissen, mit welchen Zahlen aus welchen Gebieten zu rechnen ist. Im Zusammenhang mit der planerischen Katastrophenschutz-Vorbereitung hatte der Leiter des Katastrophenschutzstabes rund 30 Pflegedienste angeschrieben mit der Bitte um Unterstützung. Die Anfrage umfasste einen einseitigen Fragebogen, mit dem in Erfahrung gebracht werden sollte, wie viele pflegebedürftige Personen von dem jeweiligen Pflegedienst betreut werden und wie viele von ihnen im Falle einer Evakuierung – zum Beispiel gegebenenfalls liegend in einem Fahrzeug – transportiert werden müssten. Zudem wurde unter anderem nach elektrischen medizinischen Geräten wie Beatmungsgeräte oder Sauerstoffkonzentratoren

gefragt und ob diese auch über Batterien verfügen. Das Anliegen wurde nur von einer geringen Anzahl der Pflegedienste unterstützt, auch nach einer telefonischen Nachfrage sowie dem Einschalten von Pflegeverbänden (vgl. Reuber 2017).

Die oben beschriebenen Erfahrungen sowie Experteneinschätzungen weisen darauf hin, dass es kaum einen regulären und regelmäßigen Austausch zwischen Katastrophenschutz und Pflege in Deutschland gibt und dass bisher keine gemeinsame Vorbereitung im ausreichenden Maß stattfindet.

„Der Katastrophenschutz und der Pflegebereich sind mit Blick auf die steigende Zahl pflege- und hilfsbedürftiger Menschen nicht ausreichend systematisch miteinander verzahnt.“

Christine Scholl, Abteilungsleiterin Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e.V., Abteilung Nationale Hilfsgesellschaft/Landesschule

Für Schweden hat Palm (2009) zudem nachgewiesen, dass die Verantwortlichkeit für die Versorgung von pflegebedürftigen Personen in einer Krise nicht klar geregelt ist und diesbezüglich unterschiedliche Sichtweisen zwischen den Behörden und der Bevölkerung bestehen (vgl. Palm 2009). Dies kann Versorgungslücken zur Folge haben (vgl. Lorenz 2011: 67f).

Zusammenfassend lassen sich folgende Punkte festhalten:

1. Ältere Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf sind in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen oft besonders gefährdet bzw. vulnerabel.
2. Die Zahl der Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf – insbesondere derjenigen, die zu Hause versorgt werden – wird in Krisen, Großschadenslagen oder Katastrophen unterschätzt.
3. Nach Aussage von Einsatzkräften der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben gibt es Wissenslücken in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Zum einen: Wo leben ältere Menschen mit Pflege und Hilfsbedarf? Zum anderen: Welche Versorgungsbedürfnisse haben sie bzw. was benötigen sie?
4. Der Katastrophenschutz ist nicht ausreichend auf zu Hause versorgte Pflege- und Hilfsbedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen vorbereitet.
5. Der professionelle Pflegebereich ist auf den Alltag ausgerichtet und nicht auf Krisen, Großschadenslagen oder Katastrophen.
6. Der Katastrophenschutz und der Pflegebereich sind nicht ausreichend miteinander verzahnt.



Wie können zu Hause versorgte Pflegebedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen unterstützt werden?

Generell wird das Risikobewusstsein der Bevölkerung mit Blick auf Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen in Deutschland als nicht ausreichend eingeschätzt. Diese geringe Sensibilität begrenzt wiederum die Möglichkeiten der Behörden, die Bevölkerung zu informieren sowie zu vorbereitenden Maßnahmen und der Bereitschaft zur Selbsthilfe und Hilfe für andere zu aktivieren (Birkhofer et al. 2011: 31).

Auch Menschen, die in einer Krise oder Katastrophe besonders gefährdet sein könnten, haben möglicherweise kein stärker ausgeprägtes Risikobewusstsein. Eine aktuelle Untersuchung von Schulze, Schander et al. (2018: 56f) zeigt, dass Pflege- und Hilfsbedürftige sich ein Krisenszenario, zum Beispiel einen größeren Stromausfall im Winter und die sich daraus für sie möglicherweise ergebenden Folgen, nur schwer vorstellen können. Von den für die Studie befragten pflegebedürftigen Menschen haben sich die wenigsten mit dem Thema Extremsituationen befasst. Die meisten von ihnen haben keine konkreten Vorstellungen davon, was sie in einer solchen Situation tun würden beziehungsweise, wie man ihnen helfen kann. Dies ist einer der Gründe, warum die Befragten nicht ausreichend vorsorgen.

Aber auch der Pflegebereich und der Katastrophenschutz scheinen, wie in Kapitel 3 angeführt, die Zielgruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen noch nicht ausreichend zu beachten. Beide Bereiche sind mit Blick auf die Herausforderung, zu Hause versorgte Pflegebedürftige in einer Krise oder Großschadenslage zu unterstützen, nicht angemessen vorbereitet und möglicherweise auch nicht hinreichend dafür sensibilisiert. Eine differenzierte Sensibilisierung, die auf die jeweiligen Bereiche (und Zielgruppen) zugeschnitten ist, kann eine Lösung sein. Steetskamp und van Wijk (1994) haben bereits 1994 empfohlen, das Risikobewusstsein (nicht nur) bei der Bevölkerung, sondern auch bei einzelnen Bereichen, insbesondere Betrieben, Einrichtungen und öffentlichen Instanzen, zu schärfen und das Ausmaß bzw. die Konsequenzen einer möglichen Krise oder Katastrophe für diese zu verdeutlichen. Sie haben die Folgen eines größeren und länger andauenden Stromausfalls unter anderem für zu Hause versorgte hilfe- und pflegebedürftigen Menschen beschrieben: Demnach können schon zwei Stunden nach einem Stromausfall deutliche Verzögerungen bei der Hilfeleistung eintreten, weil die Dienstpläne der Pflegedienste nicht mehr

eingehalten werden (können). Wenn Pflegebedürftigen nicht (mehr) erreicht werden können, kann dies bei ihnen Panikreaktionen auslösen. Nach acht Stunden können die Hilfeleistungen für die zu Hause versorgten Pflegebedürftigen auf ein nicht mehr akzeptables Niveau sinken. In einem Zeitraum von 8 bis 24 Stunden kann so ein Stromausfall zu einer katastrophalen Versorgungssituation führen.

Für die Rettung und Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen in einer Krisen- oder Katastrophensituation müssen Einsatz- bzw. Pflegekräfte im Katastrophenschutz bzw. im Pflegebereich entsprechend geschult sein. Wie in Kapitel 3 angeführt, plädieren ExpertInnen und Einsatzkräfte aus dem Katastrophenschutz dafür, dass pflegerelevante Aspekte in Schulungen eine (größere) Rolle spielen sollten. Auch die Befragung der 19 DRK-Landesverbände hat gezeigt, dass es einen großen Bedarf an Aus- und Weiterbildung des eigenen Personals im Umgang mit Älteren und Pflegebedürftigen gibt (vgl. Heinrich 2017: 7). Mit Blick auf die Vorbereitung von Pflegekräften auf Katastrophen sehen Görres, Harenberg et al. (2012: 2f) einen deutlichen Handlungsbedarf. Zwar sei die Vermittlung von Katastrophenschutzkenntnissen in der Krankenpflegeausbildung bereits seit 2003 im Krankenpflegegesetz festgeschrieben, in der Praxis fände diese jedoch kaum statt.¹⁸

Eine Möglichkeit, wie katastrophenrelevante Kenntnisse in die Pflegeausbildung integriert werden können, sieht der Pflegestandard „Mobiles Pflegeheim in Zeltform“ der Altenpflegeschule RotKreuzCampus des DRK-Landesverbandes Hessen vor. Er beinhaltet ein Lernmodul, nach dem die SchülerInnen im Rahmen ihrer Altenpflegeausbildung eine Szenarioübung – Pflegen in einem Zelt als Notunterkunft – absolvieren. Auf dem Gelände der Landesverstärkung Hessen in Fritzlar wurden entsprechende Übungen absolviert, die von Bediensteten der Landesverstärkung Hessen sowie zahlreichen ehrenamtlichen HelferInnen des Roten Kreuzes unterstützt wurden. Bei den Übungen trainierten die SchülerInnen situationsorientiertes Handeln und Pflegen in Krisensituationen, um mit diesen Erfahrungen in Evakuierungsmaßnahmen, wie zum Beispiel bei Bränden oder Überschwemmungen, effizient helfen zu können.

Katastrophenrelevante Kenntnisse für bereits ausgebildete oder sonstige Pflegekräfte können in Schulungen vermittelt werden. Im Rahmen des Forschungsprojektes „KLIMZUG-Nordhessen“ wurde jedoch die Erfahrung gemacht, dass die Pflegedienste wenig für das Thema „Pflege

¹⁸ Mit der neuen generalistischen Pflegeausbildung, die voraussichtlich im Jahr 2020 startet, sollen nun alle Pflegeschülerinnen und -schüler befähigt werden, entsprechende Maßnahmen in Krisen, Großschadenslagen oder Katastrophensituationen durchzuführen.

bei Extremwetterereignissen“ sensibilisiert waren und diesem auch eine geringe Relevanz zumaßen. Es wurde befürchtet, dass Lehr- und Lernmodule allein bei den Pflegekräften wie bei den Pflegediensten nicht auf die nötige Akzeptanz stoßen würden. Daher wurde in dem Forschungsprojekt zusätzlich ein Qualitätssiegel entwickelt, mit dem für die Pflegedienste ein Imagegewinn erzielt werden sollte. Das Qualitätssiegel sieht Qualifikationsanforderungen sowie einen Notfallplan vor (vgl. Neuschäfer 2013).

4.1 „Starke Partnerschaften“ – Zusammenarbeit von Pflege- bzw. Altenhilfebereich, Katastrophenschutz und Kommunen

Aldrich und Benson (2008: 3) empfehlen zur Katastrophenvorbereitung die Entwicklung von „starken Partnerschaften“ zwischen öffentlichen Gesundheitsorganisationen, Dienstleistern aus dem Altenhilfebereich und der Notfallhilfe. Der Tod vieler älterer und chronisch kranker Menschen infolge des Hurrikans Katrina 2005 in den USA hat deutlich gemacht, dass es an einer adäquaten Gesundheitsversorgung von älteren und chronisch kranken Menschen während und nach der Katastrophe mangelte. Der Gesundheits- und der Altenhilfebereich sollte daher stärker in die Katastrophenschutzplanung einbezogen werden, um die Koordination, Kommunikation und Aktivitäten in Notfällen zu verbessern. In Zusammenarbeit mit einem Netzwerk aus Altenhilfediensten können am effektivsten Katastrophenvorsorgepläne entwickelt werden. Denn diese Dienste kennen „ihre“ KlientInnen und können diejenigen identifizieren, die Unterstützung bei der Versorgung mit Lebensmitteln oder Medikamenten benötigen.

Auch Fernandez et al. (2001: 71f) betonen die Zusammenarbeit zwischen den lokalen Behörden, der Katastrophenhilfe und den Diensten, die ältere Menschen in Anspruch nehmen, wie Menübringdienste, Pflegedienste, Transportdienste etc. Diese Dienste bieten Serviceleistungen für ältere gebrechliche Menschen im Alltag an, die in Katastrophen helfen können. Zudem verfügen einige dieser Dienste auch über Listen mit Pflegebedürftigen mit spezifischen Bedürfnissen, die für den Notfall genutzt werden könnten. Auch die Einrichtung von Registrierungsmöglichkeiten, bei denen ältere Menschen sich mit Namen, Adresse und Angaben zu ihren Erkrankungen und spezifischen Bedürfnissen erfassen lassen können, wird von den Autoren angeführt. Diese Datengrundlage könnte dann mit potenziellen entsprechenden Dienstleistungsangeboten verknüpft werden.

Zur Erhöhung der Sicherheit von pflegebedürftigen Menschen bei Extremwetterereignissen sollten Capellaro und Sturm (2015: 59f) zufolge Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste untereinander und mit Krankenhäusern und ÄrztInnen Absprachen treffen. So kann beim Ausfall oder

der Einschränkung von einzelnen Diensten bei einem Extremwetterereignis die Pflege durch andere Dienste, Einrichtungen oder Krankenhäuser übernommen werden. Aufgrund des Fehlens anderer übergreifender koordinierender Strukturen, empfehlen die Autoren, dass die Gesundheitsbehörden der Kreise bzw. die kommunalen Verwaltungen den Prozess der regionalen Kooperation zwischen den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen anstoßen und moderieren sollten.

4.2 Die Rolle von häuslichen Pflegediensten bzw. Anbietern von häuslicher Pflege

Whyte-Lake et al. (2015) betonen, wie wichtig es sei, dass Anbieter von häuslicher Pflege ihre Rolle und Bedeutung in Krisen und Katastrophen verstehen. Zum einen müssen sie in einer Krise oder Katastrophe ihre Pflegedienstleistungen aufrechterhalten können, auch mit Blick darauf, dass in Krisensituationen mit einem erhöhten Patientenaufkommen zu rechnen ist. Denn Krankenhäuser werden gegebenenfalls ihre nicht-akut behandlungsbedürftigen PatientInnen frühzeitig in die häusliche Pflege entlassen, um Platz für Schwerstkranke zu schaffen (vgl. Whyte-Lake et al. 2015). Zum anderen sind Anbieter von häuslicher Pflege dafür verantwortlich sicherzustellen, dass in einem Notfall ihre KundInnen so gut wie möglich vorbereitet sind. Das Vorbereitetsein der KundInnen wird zunehmend zu einer Schlüsselkomponente der Notfallmanagement-Rolle, die die Anbieter von häuslicher Pflege übernehmen müssen. Schließlich sollten Kunde bzw. Kundin und Pflegekraft sich darüber bewusst sein, mit welcher Unterstützung der Pflegebedürftige nach der Katastrophe rechnen kann. Die Autoren empfehlen folgende vier katastrophenvorbereitende Maßnahmen, die Anbieter von häuslicher Pflege ergreifen sollten:

- Einen schriftlichen Notfallplan erstellen.
- Die Bedürfnisse der Mitarbeitenden (Versorgung ihrer eigenen Angehörigen) sollten berücksichtigt werden, zum Beispiel durch die Entwicklung von Familien-Notfallplänen.
- Ein standardisiertes Risikoklassifizierungssystem entwickeln, das Prioritäten in der häuslichen Versorgung vorsieht, entsprechend der Bedürfnisse der KundInnen.
- Die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der KundInnen, insbesondere, wenn sie auf elektrische Geräte oder bestimmte Medikamente zwingend angewiesen sind.

Um ihre KundInnen auf Katastrophen vorzubereiten, empfehlen Wyte-Lake unter anderem den Anbietern von häuslicher Pflege, diese bei der Entwicklung von Notfall- und Evakuierungsplänen zu unterstützen. Dazu gehört auch die Zusammenstellung eines Notfall-Informationspakets, das neben medizinischen Telefonnummern (Arzt, Apotheke) auch die Nummern von Angehörigen und FreundInnen sowie aktuelle Medikamenten- und Verschreibungslisten enthalten sollte.

Auch Fernandez et al. (2001) führen an, dass die Katastrophenvorsorgeplanung in der Verantwortung von Anbietern von Dienstleistungen für ältere Menschen liegen sollte. Dabei sollten diese Dienste von den KatastrophenschützerInnen Unterstützung erhalten. Hierzu gehört auch ein Katastrophenschutztraining für die Mitarbeitenden der Dienste.

Für Deutschland empfehlen Capellaro und Sturm (2015: 54ff), dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste verpflichtet werden sollten, Notfallpläne für Störungen bei der pflegerischen Versorgung infolge von Extremwetterereignissen vorzuhalten. Nach ihrer Erhebung haben mehr als 80 Prozent der Pflegeeinrichtungen und Dienste bereits Erfahrungen mit solchen Ereignissen gemacht und verbinden große Ängste mit dem Thema. Dennoch verfügen viele der Einrichtungen und Dienste nicht über entsprechende Notfallpläne.

Die oben angeführte Studie von Schulze et al. (2018) zeigt, dass pflegebedürftige Menschen, die von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden, von diesem auch Hilfe in Extremsituationen erwarten. Knapp die Hälfte der Befragten erwartet zudem von Pflegediensten die Fähigkeit, mit einer solchen Krisen- oder Katastrophensituation umzugehen. Die pflegenden Angehörigen wurden im Rahmen der Studie ebenfalls gebeten, Einschätzungen zu den Kompetenzen verschiedener Akteure abzugeben. Aus ihrer Sicht sind es an erster Stelle die Pflegedienste, die über entsprechende Kompetenzen verfügen, gefolgt von den Behörden und Hilfsorganisationen. 50 bzw. 46 Prozent der Befragten schrieben diesen Akteuren die entsprechenden Kompetenzen zu. Sich selbst sahen die pflegenden Angehörigen als am wenigsten kompetent an, eine Krisensituation zu bewältigen (vgl. Schulze 2018: 50ff).

4.3 Persönliche und organisierte soziale Netzwerke

In der Forschung finden sich Empfehlungen zu persönlichen Netzwerken sowie zu organisierten sozialen Netzwerken, in denen zum einen Wissen vorhanden ist, wo ältere Pflegebedürftige wohnen und aus denen heraus Hilfe für diese Personen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen organisiert werden kann. Während sich persönliche Netzwerke auf die individuellen direkten Kontakte der Pflegebedürftigen beziehen (zum Beispiel NachbarInnen, Angehörige, FreundInnen), sind mit organisierten sozialen Netzwerken solche gemeint, in denen VertreterInnen verschiedener – in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophenfall relevanten – lokaler Organisationen zusammenwirken.

Fernandez et al. (2001: 71) schätzen persönliche Netzwerke aus Angehörigen und FreundInnen als eine Form der Selbsthilfe ein, die möglicherweise die größte Ressource für ältere

gebrechliche Menschen sein kann. Die Autoren empfehlen, dass für diese Gruppe sowie ihre Familien und FreundInnen entsprechende Checklisten und pädagogische Materialien entwickelt werden sollten, die über soziale Netzwerke und die Kommunen verteilt werden könnten. Die Checklisten könnten in einer Katastrophe auch die Kommunen daran erinnern, nach ihren älteren MitbewohnerInnen zu sehen; es sollten von der Kommune auch spezielle Telefonnummern für diese Zielgruppe eingerichtet werden.

In diesem Zusammenhang interessant sind die Erkenntnisse des Projektes „Katastrophenschutz-Leuchttürme (KatLeuchttürme)“, indem der Frage nachgegangen wurde, wie und unter welchen Voraussetzungen es in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen gelingen kann, die Bevölkerung zu aktivieren und als Partner für das Krisen- und Katastrophenmanagement zu gewinnen. Dabei wurde auch die Bereitschaft der Bevölkerung in drei Berliner Bezirken untersucht, bei einem größeren Stromausfall Hilfe zu leisten. Ohder et al. (2014) stellen fest, dass die ermittelte Bereitschaft herausragend hoch ist. Besonders ausgeprägt ist die Bereitschaft zu nachbarschaftlicher Hilfe dabei bei Befragten, die lange in ihrem „Kiez“ wohnen (Ohder et al. 2014: 53ff). Hinsichtlich der steigenden Zahl älterer Menschen in der Gesellschaft wird in dem Projekt „KatLeuchttürme“ davon ausgegangen, dass die Hilfe, die diese Bevölkerungsgruppe gegebenenfalls in einer Krise oder Katastrophe benötigen würde, nur durch freiwillige HelferInnen zu leisten wäre. So schlägt Geißler (2015: 73ff) ein Hilfenetzwerk aus freiwilligen HelferInnen vor, die in einer Krise oder Katastrophe in ihrer Nachbarschaft von Tür zu Tür gehen, krisenrelevante Informationen weitergeben und sich nach dem Befinden der Menschen erkundigen. Aus ihrer Sicht kommen für ein solches lokale Hilfenetzwerk ganz besonders ehemalige Mitarbeitende aus dem Gesundheitsbereich in Frage, da sie über die nötigen fachlichen und sozialen Kompetenzen verfügen und keiner beruflichen Verpflichtung in der Katastrophe nachkommen müssen. Aber auch Menschen, die selbst als vulnerabel gelten, können der Autorin zufolge als Helfende in Frage kommen, da sie über besonderes Wissen verfügen und selbst am besten auf spezifische Schwachstellen der Versorgung von Hilfebedürftigen aufmerksam machen können.

Auch Blättner et al. (2013) empfehlen organisierte soziale Netzwerke vor Ort, die gegebenenfalls einspringen können, wenn eine Versorgung von Pflegebedürftigen durch ambulante Dienste zeitweise nicht möglich ist. Die Wissenschaftler verstehen unter solchen Netzwerken eine organisierte Form von bürgerschaftlichem Engagement in der Nachbarschaft. Eine Gemeinde kann sich an einem Netzwerk zur Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligen und so auf dem Gemeindegebiet Strukturen der Notfallvorsorge schaffen. Blättner et al. verweisen auf ein kommunales Netzwerk zur Unterstützung Pflegebedürftiger während Unwetterereignissen in Nordhessen, in dem neben dem Bürgermeister und Ortsvorsteher auch die Kirchengemeinde, die

Freiwillige Feuerwehr, der Landfrauenverein, ein Bürgernetzwerk sowie Pflegedienste vertreten sind. Mit dem Modellprojekt „Freiwilligen-vor-Ort-System (FvOS)“ sollen Engpässe in der ambulanten Pflegeversorgung von pflegebedürftigen Menschen bei Unwetterereignissen überbrückt werden. Im Rahmen des Projektes, das im September 2018 abgeschlossen wird, wird eine Unterstützungs- und Vernetzungsstruktur für vulnerable Personen in klimawandelbedingten Krisensituationen aufgebaut. Das Projekt wird von der Gesundheitsregion Nordhessen koordiniert und in zwei dünnbesiedelten Landkreisen in Hessen aufgebaut. Im Rahmen des Projektes werden Freiwillige in den beiden Regionen geschult, um bei einem Unwetterereignis und dem eventuellen Ausfall ambulanter Pflegedienste pflege- und betreuungsbedürftige Menschen bis zum Eintreffen von Einsatzkräften versorgen zu können (vgl. Regionalmanagement Nordhessen GmbH o.J.).

Ein interessantes Praxisbeispiel aus dem Sozialbereich zur Erweiterung von persönlichen Netzwerken könnte eventuell auch mit Blick auf Krisen nutzbar sein: In Jersey werden seit 2013 PostbotInnen eingesetzt, um pflege- und hilfsbedürftige Menschen aufzusuchen und zu schauen, wie es ihnen geht. Hintergrund des Programms „Call & Check“ war der Rückgang des postalischen Aufkommens sowie die Fähigkeit der Post als Dienstleister, täglich jede Wohnung bzw. jedes Haus aufsuchen zu können. Während der normalen Zustelltour fragt der Postbote bzw. die Postbotin nach dem Befinden, nach der Medikamenteneinnahme, nach Informationen für die entsprechenden Pflegekräfte oder Pflegepersonen sowie nach drängenden Sorgen oder Wünschen. Wenn der Kunde bzw. die Kundin ein besonderes Anliegen hat, wird dies an entsprechende Organisationen weitergeleitet, zum Beispiel an den Hausarzt bzw. die Hausärztin oder einen ehrenamtlichen Dienst. Zudem kann der Postbote bzw. die Postbotin regelmäßige Verschreibungen liefern (vgl. Dickinson 2018: 112f).

Auch in Frankreich werden PostbotInnen zu Helfenden für alte und kranke Menschen umgeschult, da mit der Digitalisierung das Brief- und Paketvolumen immer weiter abnimmt. Die PostbotInnen kommen im Rahmen eines Abonnements (29,90 Euro pro Monat) zweimal in der Woche zu den älteren Menschen, unterhalten sich mit ihnen und unterstützen sie bei kleinen Alltagsproblemen. Etwa die Hälfte der 73.000 französischen PostbotInnen hat bereits eine entsprechende Ausbildung absolviert (vgl. Brändle 2017).

4.4 Einbeziehung der Zielgruppe

In der Literatur finden sich Beiträge, die sich mit den Ressourcen und Potenzialen von älteren Menschen befassen und darauf hinweisen, dass auch Ältere in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen andere Menschen unterstützen können. Ältere Menschen verfügen – anders als jüngere Menschen – über viel Lebenserfahrung und oft auch die Fähigkeit, ihre Situation aus einer vergleichenden und weitreichenden Perspektive zu betrachten. Die älteren Menschen, die nach dem Hurrikan Katrina in den USA im Jahr 2005 in die besonders schwer betroffene Stadt New Orleans zurückkehrten und die ersten Jahre nach dem Hurrikan überlebten, waren aufgrund ihrer Vergleichsmöglichkeiten widerstandsfähiger bzw. resilienter gegenüber der anhaltenden Belastung. Sie konnten ihre aktuelle Situation vor dem Hintergrund bewerten, dass sie bereits „andere Hurrikans“ und „härtere Zeiten“ durchlebt hatten (vgl. Adams et al. 2011: 8).

Auch bei den Erdbeben in Canterbury/Neuseeland im September 2010 bzw. Februar 2011 zeigte sich, dass viele ältere BewohnerInnen einen hohen Grad an Resilienz aufgrund ihrer Lebenserfahrung und psychologischen Ressourcen aufwiesen. Sie konzentrierten sich auf die Bedürfnisse ihrer Familien, FreundInnen und NachbarInnen und bemühten sich, diese zu unterstützen. Viele nutzten die Erdbeben als „Lernerfahrungen“ und entwickelten Notfallplanungs-Strategien. Sie waren in der Lage, einige normale Routinen aufrecht zu erhalten. Es gab Nachbarschaftsunterstützungsgruppen, die sich unmittelbar um alte Menschen kümmerten und die oft von „jüngeren Älteren“ geleitet wurden (vgl. Davey, Neale 2013: 5f).

In der entwicklungspolitischen Praxis finden sich ebenfalls Hinweise auf die Potenziale von älteren Menschen in der Krisenbewältigung. Die Hilfsorganisation HelpAge unterstützt beispielsweise in vielen Ländern zusammen mit regionalen Partnern gezielt die Umsetzung von Katastrophenvorbereitungs- und -bewältigungsmaßnahmen durch ältere Menschen. Auf den Philippinen wurden zum Beispiel nach dem Taifun Hayan 2013 ältere Menschen als Freiwillige ausgebildet, um andere ältere Menschen psychosozial unterstützen zu können, die infolge von Katastrophenerlebnissen traumatisiert waren.

Auf Haiti wurde nach dem Erdbeben von 2010 ein Unterstützungssystem („Buddy-System“) genutzt, das auf einem Freiwilligen-Netzwerk von älteren Menschen beruhte. Die Freiwilligen begleiteten zum Beispiel andere besonders gebrechliche ältere Menschen zu Verteilungszentren und stellten sicher, dass diese die ihnen zustehende humanitäre Hilfe erhielten. HelpAge bot für die älteren Freiwilligen Trainings unter anderem in Katastrophenvorbereitung und Evakuierung an.

In Bolivien unterstützte HelpAge die „Weissen Brigaden“, die nach der Haarfarbe vieler ihrer TeilnehmerInnen benannt wurden. Die Weissen Brigaden bestehen aus älteren Menschen, die in Vorbeugung und Katastropheneinsatzplanung trainiert wurden. Sie sind unter anderem für die Registrierung und Identifizierung von gebrechlichen älteren Menschen verantwortlich sowie für die Zuteilung von Freiwilligen aus der Gemeinde, die sich direkt um diese Personen kümmern. Die Weissen Brigaden sind auch zuständig für die Entwicklung eines Notfallvorbereitungsplans und für die Teilnahme an Gemeindeübungen. Sie sind darauf vorbereitet, die Bedürfnisse von älteren Menschen zu identifizieren und ihnen beim Zugang zu humanitärer Hilfe zu helfen (vgl. HelpAge International 2014: 21-25).

Auch für Deutschland finden sich in der Literatur Hinweise auf eine große Hilfsbereitschaft von älteren Menschen in Krisensituationen. In der oben angeführten Studie von Ohder et al. (2014) im Rahmen des Projektes KatLeuchttürme wurde die Hilfsbereitschaft der Bevölkerung in einem Krisenfall in Berlin untersucht. Besonders interessant war die Erkenntnis, dass Personen, die selbst als vulnerabel gelten, wie ältere Menschen, MigrantInnen und Familien mit Kindern, eine überdurchschnittlich hohe Hilfsbereitschaft erkennen ließen. Sie zeigten sich im höherem Maße bereit, anderen zu helfen und unter Inkaufnahme persönlicher Einschränkungen knappe Güter zu teilen oder Fremde in der eigenen Wohnung aufzunehmen (vgl. Ohder et al. 2014: 53ff).



Das Forschungsprojekt KOPHIS in der Modellregion Willich

Bislang wurden die Bedarfe von älteren und pflegebedürftigen Menschen, die in ihrer Häuslichkeit versorgt werden, im Kontext von Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz kaum strukturiert beachtet. Auch in ressortübergreifenden Debatten bezüglich Pflege- und Hilfsbedürftiger wurde die Thematik noch nicht in den Blick genommen. Hier setzt das Forschungsprojekt „KOPHIS¹⁹ – Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“ an. KOPHIS greift die Frage nach der Stärkung der Resilienz der Gruppe der Pflege- und Hilfsbedürftigen für Krisen- und Katastrophensituationen auf und konzentriert sich dabei auf zu Hause versorgte Personen. Der Begriff Resilienz bezieht sich auf die Widerstandsfähigkeit von Individuen und Gemeinschaften in Notlagen. Sowohl Vorbeugung als auch Bewältigung und Aufarbeitung von Notlagen stehen dabei im Fokus der Definition des Deutschen Roten Kreuzes (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2014: 6).

Als Szenario für KOPHIS wurde ein Wintersturm verbunden mit einem dadurch verursachten länger andauernden Stromausfall gewählt. Zum einen sind Winterstürme mit gravierenden Folgen in Deutschland relativ häufig. Zum anderen können Stromausfallszenarien, je nach Dauer, massive Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche haben. Ist die Stromversorgung unterbrochen, werden schnell auch andere Ressourcen knapp, beispielsweise Notstromaggregate, Treibstoff oder auch Fach-, Hilfs- oder Rettungskräfte. Schließlich umfasst das Szenario „Stromausfall mit Wintersturm“ zwei Phasen: Eine Isolationsphase, in der die Menschen bis zum Eintreffen von Einsatzkräften auf sich selbst gestellt sind, und eine Evakuierungsphase, in der Menschen ihre Wohnungen verlassen müssen und anderweitig, zum Beispiel in Notunterkünften, untergebracht werden. In beiden Phasen können ältere und zu Hause versorgte pflegebedürftige Menschen spezifische Versorgungsbedürfnisse haben.

Um eine praxisnahe Forschung zu gewährleisten, orientiert sich das Szenario am Münsterländer Wintersturm im Jahr 2005, bei dem das Münsterland, das Bergische Land und das

¹⁹ Das Forschungsprojekt KOPHIS ist ein Verbundprojekt. Neben dem Deutschen Roten Kreuz als Projektkoordinator sind die Katastrophenforschungsstelle (KFS) der Freien Universität Berlin, das Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement (IAT) der Universität Stuttgart, das Internationale Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Eberhard-Karls-Universität Tübingen sowie das Zentrum für Telemedizin (ZTM) Bad Kissingen GmbH beteiligt.

Ruhrgebiet betroffen waren. Etwa 250.000 Menschen mussten mehrere Stunden, teilweise bis zu vier Tage, ohne Stromzufuhr auskommen. Die Wohnungen und Häuser der Betroffenen kühlten schnell aus. Es war der gravierendste Stromausfall, der in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg verzeichnet wurde. Mindestens drei Menschen kamen ums Leben (vgl. Sävert 2015). Das Forschungsprojekt KOPHIS ist in mehreren Hinsichten innovativ: Vernetzung, Sozialraumorientierung und Partizipation bilden die Basis für jede einzelne Aktivität im Projekt.

5.1 Vernetzung und Sozialraumorientierung

In KOPHIS geht es nicht in erster Linie um die Stärkung der individuellen Resilienz. Zu Hause versorgte Pflege- und Hilfsbedürftige sind bereits im Alltag stark belastet und auf Hilfe angewiesen. Zur Stärkung der Resilienz dieser Personen muss daher deren persönliches und soziales Umfeld unmittelbar einbezogen werden. Somit konzentriert sich das Projekt auch auf eine geeignete sozialräumliche Vernetzung vor Ort und bedient damit eine weitere wesentliche Fragestellung des DRK-Verbandes. Da den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) keine zentralen Informationen über die Zielgruppe der zu Hause versorgten Pflege- und Hilfsbedürftigen zur Verfügung stehen, bedarf es der Verzahnung einer Vielzahl von Akteuren aus verschiedenen Bereichen²⁰, die bislang weitgehend separat voneinander existieren und agieren:

- Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
- Pflegeinfrastruktur²¹
- Weitere unterstützende Organisationen aus der Zivilgesellschaft²²

Solche Netzwerke müssen bereits in Nicht-Krisenzeiten geknüpft werden, um im Krisenfall vollumfänglich einsatzbereit zu sein. In der Modellregion von KOPHIS – der Stadt Willich in Nordrhein-Westfalen (NRW) mit rund 51.000 EinwohnerInnen – wird daher im Rahmen des Projektes ein lokales Unterstützungsnetzwerk im Sozialraum etabliert, in der Akteure aus den Bereichen BOS, Pflege und Zivilgesellschaft zusammenwirken.

²⁰ Im Rahmen des Forschungsprojektes INVOLVE – Verringerung sozialer Vulnerabilität durch freiwilliges Engagement – wurde vonseiten des DRK-Betreuungsdienstes bereits die Wichtigkeit einer Vernetzung mit „externen“ Akteuren betont. Gleichzeitig wurde aber ein Handlungsbedarf formuliert, um die Vernetzung aufzubauen bzw. zu vertiefen, zum Beispiel durch regelmäßige Kontaktpflege oder eine gemeinsame Ausbildung (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2017b: 36f).

²¹ Insbesondere ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen.

²² Unter anderem Begegnungsstätten, Kirchengemeinden, (zielgruppenspezifische) Vereine und Nachbarschaftsinitiativen.

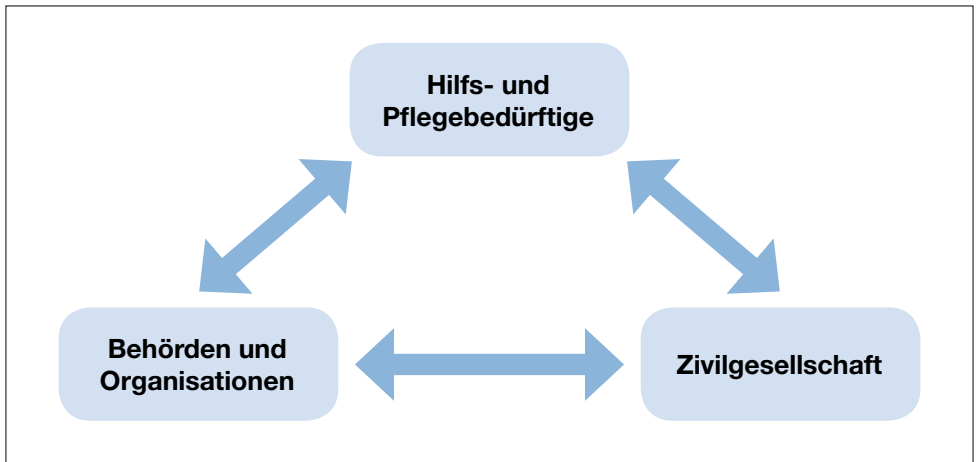


Abbildung 2: Verzahnung im Projekt KOPHIS

Mit dieser Verzahnung und der Einbeziehung des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Betroffenen beschreitet KOPHIS neue Wege im Bevölkerungsschutz und baut damit auf den Forschungsergebnissen des Projektes INVOLVE im Hinblick auf den darin formulierten Bedarf nach Vernetzung der beteiligten Akteure auf. Einsätze sind nach Aussagen der im Rahmen von INVOLVE interviewten ExpertInnen insbesondere dann gut gelungen, wenn auch die Zusammenarbeit der Akteure im Katastrophenschutz untereinander und mit anderen Akteuren, beispielsweise aus den Bereichen Gesundheit und Wohlfahrt, aber auch aus dem Sozialraum (zum Beispiel Kirchen, Bürgermeister, Vereine, Nachbarschaftsinitiativen) gut funktioniert hat (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2017a: 27). Demnach wäre es sinnvoll, eine solche Vernetzung aller beteiligten Akteure zu fördern und, wenn möglich, zu institutionalisieren. Der Katastrophenschutz sollte sich an vorhandenen Vernetzungsstrukturen beteiligen und kann diese gegebenenfalls auch (mit-)fördern. Eine umfassende Kartierung des Sozialraums in der Modellregion Willich bildet dabei im Projekt die Basis für die Vernetzung aller relevanten Akteure, die einen Beitrag zur Stärkung der Selbsthilfefähigkeit der Pflege- und Hilfsbedürftigen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen leisten können.

5.2 Partizipation

Im Projekt KOPHIS werden in einem über das gesamte Projekt andauernden partizipativen Prozess mit allen Beteiligten bedarfsgerechte Ansätze erarbeitet, wie die Sicherheit von zu Hause versorgten pflege- und hilfebedürftigen Menschen in Krisen und Katastrophen erhöht werden kann. Diese Vorgehensweise erscheint vor dem Hintergrund der fehlenden Erfahrungswerte

und Wissensdefizite im Hinblick auf die besonderen Bedarfe der vulnerablen Zielgruppe essenziell. Ein enger Austausch zwischen den Bereiche Bevölkerungsschutz und Wohlfahrtspflege im DRK-Verband ist an dieser Stelle von großer Bedeutung und ein erster Schritt in der Etablierung eines geeigneten Unterstützungsnetzwerkes.

Runde Tische

Der partizipative Prozess im Projekt KOPHIS betrifft verschiedene Formate. Der Aufbau eines Unterstützungsnetzwerkes in der Modellregion in NRW erfolgt durch die Initiierung eines Runden Tisches, der in regelmäßigen Abständen stattfindet und auch nach Projektende weiterbestehen soll. Ein Konzept für den Aufbau und den dauerhaften Erhalt eines Unterstützungsnetzwerks ist zentraler Bestandteil der Projektaktivitäten in der Modellregion Willich vor Ort.

Dabei sollen die Bereiche Bevölkerungsschutz und Wohlfahrtspflege, hier demnach BOS und Pflegeinfrastruktur sowie zivilgesellschaftliche Akteure, zusammengebracht und miteinander verzahnt werden. Dahinter steckt das Vorhaben, sich auf eine gemeinsame Strategie zur Unterstützung von in ihrer Häuslichkeit versorgten Hilfs- und Pflegebedürftigen im Krisen- oder Katastrophenfall zu verständigen. Allem voran steht dabei das Erreichen eines gemeinsamen ressortübergreifenden Verständnisses für die Bedarfe der Zielgruppe. Dabei werden modellhaft Konzepte entwickelt, die darauf abzielen, die gesellschaftliche Resilienz zu erhöhen und Vulnerabilitäten abzubauen.

Dialogforen

Ziel ist es demnach auch, die zunehmend wichtige Gruppe der zu Hause lebenden Pflege- und Hilfsbedürftigen für den Bevölkerungsschutz zu stärken. Die Partizipation der Zielgruppe erfolgt in Form von Dialogforen

- zum einen mit pflege- und hilfsbedürftigen Personen und
- zum anderen mit deren Angehörigen und Bezugspersonen.

Dabei liegt das Augenmerk nicht nur auf den Bedarfen der Zielgruppe, sondern auch auf ihren individuellen Potenzialen im Hinblick auf eine Krisen- oder Katastrophensituation.

Ergebnis dieses Partizipationsprozesses sollen innovative Konzepte für bedarfsorientierte, Resilienz steigernde Angebote für Pflege- und Hilfsbedürftige selbst und/oder für ihre Angehörigen und Bezugspersonen sein. Dies schließt die Themenbereiche Sensibilisierung, Prävention sowie den Umgang mit einer realen Krisen- oder Katastrophensituation ein. Eine enge Einbeziehung der Betroffenen ist vor allem deshalb notwendig, um die aus den Partizipationsformaten

resultierenden Hilfsmaterialien und Konzepte bedarfsgerecht zu gestalten und die Motivation der Betroffenen, diese auch tatsächlich zu nutzen, zu erhöhen.²³

	Unterstützungsnetzwerk	Pflege- und Hilfsbedürftige, Angehörige/Bezugspersonen
Sensibilisierung	• Austausch im Rahmen von Netzwerktreffen/Runden Tischen • Konzept für Aufbau und dauerhafte Einrichtung des Unterstützungsnetzwerkes	• Sensibilisierungskonzept • Schulungskonzept • Informations- und Hilfsmaterial
Prävention	• Abstimmung von Kommunikations- und Handlungsabläufen	• Hilfsmaterial, modular kombinierbar (u.a. Vernetzung, spezifische Notfallvorsorge)
Eintritt	• Handlungsempfehlungen	• Hilfsmaterial

Tabelle 4: Auswahl KOPHIS – Konzepte und Hilfsmaterialien

Die in beiden Partizipationsformaten entwickelten Konzepte und Materialien werden wiederholt an die beteiligten Akteure des Unterstützungsnetzwerkes bzw. an die vulnerable Gruppe der Pflege- und Hilfsbedürftigen und ihre Bezugspersonen rückgekoppelt und im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit geprüft und angepasst. So soll die Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse gewährleistet werden. ■

²³ Siehe auch Protokoll zur 2. Fachtagung „Zivile Sicherheitsforschung im DRK“ am 27. und 28.11.2013, S. 3 (Aussage von Prof. Dr. Schmitz).

Der erste Teil der Schriftenreihe Band 6 beschreibt den Forschungs- und Handlungsbedarf im Hinblick auf die vulnerable Gruppe der in ihrer Häuslichkeit versorgten älteren und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Der demografische Wandel, gesellschaftliche Entwicklungen sowie Veränderungen in der Pflegestruktur führen dazu, dass immer mehr ältere, oft auch alleinstehende, pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt werden. Sie können in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen besonders vulnerabel sein und einen spezifischen Unterstützungsbedarf haben, zum Beispiel, wenn sie auf Hilfe bei der Medikamenteneinnahme oder auf lebenderhaltende technische Geräte angewiesen sind. Einsatzerfahrungen in Krisen zeigen, dass oft nicht bekannt ist, wo diese Personen wohnen und welche besonderen Versorgungsbedürfnisse sie haben. Es gibt Hinweise darauf, dass der Katastrophenschutz in Deutschland bisher noch nicht ausreichend auf zu Hause versorgte Pflege- und Hilfsbedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen vorbereitet ist. Ebenso scheint der professionelle Pflegebereich vor allem auf den pflegerischen Alltag, jedoch nicht ausreichend auf Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen vorbereitet zu sein. Beide Bereiche – Katastrophenschutz und Pflegebereich – scheinen bisher nicht systematisch miteinander verzahnt zu sein.

Erhebungen des DRK verdeutlichen, dass die Zahl der älteren und zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen in Krisen immer weiter zunimmt und neue Anforderungen an die Betreuung stellt. Im Rahmen einer Befragung gaben DRK-Mitarbeitende entsprechend an, dass in den Ausbildungen die Pflege und die psychosoziale Betreuung ein stärkeres Gewicht haben sollten. Eine aktuelle Befragung der 19 DRK-Landesverbände weist auch auf die stark steigende Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hin, die auf lebenserhaltende, stromabhängige Geräte angewiesen sind, wie zum Beispiel bei der Heimbeatmung.

Zur Stärkung der Resilienz von älteren und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen finden sich in der Forschung Beiträge, die zum einen eine (verstärkte) Sensibilisierung und Information der Bevölkerung sowie Schulungen von Einsatz- und Pflegekräften empfehlen. Zum anderen wird die große Bedeutung von ambulanten Pflegediensten für die vulnerable Zielgruppe in Krisen und Katastrophen betont.

In Forschungsbeiträgen wird zum einen eine Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen und -diensten empfohlen, Notfallpläne für die pflegerische Versorgung in Krisen vorzuhalten. Zum anderen

wird eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegeanbietern und anderen Diensten, die ältere Menschen in Anspruch nehmen (zum Beispiel Menübring- und Transportdienste), mit den lokalen Behörden und der Katastrophenhilfe empfohlen. Denn diese Dienste verfügen über versorgungsrelevantes Wissen über ihre KundInnen/KlientInnen und können in einer Krise und Katastrophe so gegebenenfalls direkt helfen.

Da jedoch nicht alle zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen ambulante Pflege- und sonstige Dienste nutzen, ist aus Forschungsperspektive auch die Einbeziehung weiterer (zivil-) gesellschaftlicher Akteure und Organisationen wichtig. Nachbarschaftsinitiativen, Altenhilfevereine, Kirchengemeinden oder ähnliche Organisationen und Akteure verfügen gegebenenfalls über das Wissen, wo pflegebedürftige Menschen leben und in einer Krise, Großschadenslage oder Katastrophe Unterstützung benötigen. Gegebenenfalls können diese Organisationen auch Hilfe leisten. Daher finden sich Forschungshinweise, die auf eine Entwicklung und Förderung von organisierten Netzwerken im Sozialraum mit Blick auf Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen zielen. Im Altenhilfebereich wird zudem schon seit Jahren eine sozialraumorientierte Vernetzung verschiedener Akteure vor Ort für eine verbesserte Alltagsunterstützung von zu Hause lebenden älteren und hilfebedürftigen Menschen diskutiert und zum Teil auch entwickelt.²⁴ Neben sozialen organisierten Netzwerken wird in Forschungsbeiträgen auch den persönlichen Netzwerken der älteren und pflegebedürftigen Menschen – also NachbarInnen, Angehörige und FreundInnen – eine hohe Bedeutung als Form der Selbsthilfe beigemessen und entsprechende Unterstützung empfohlen. Schließlich wird in Beiträgen betont, dass die Zielgruppe, also ältere und pflegebedürftige Menschen, bei der Entwicklung von Lösungsansätzen einbezogen werden sollte, um die Akzeptanz und die Passgenauigkeit zu erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zur Stärkung der Resilienz von älteren und pflegebedürftigen Menschen zum einen Sensibilisierung und Schulungen wichtig sind. Aus Forschungsperspektive sind zum anderen die Zusammenarbeit zwischen dem Katastrophenschutz, dem professionellen Pflegebereich und zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie eine Unterstützung von sozialen organisierten Netzwerken vor Ort und persönlichen Netzwerken hilfreich. Diese Erkenntnisse und Empfehlungen werden im Forschungsprojekt KOPHIS aufgegriffen und weiterentwickelt.

²⁴ Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen hat zum Beispiel einen Masterplan für altengerechte Quartiere entwickelt. Mit diesem Strategie- und Handlungskonzept soll ein selbstbestimmtes Leben im Alter gefördert werden (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter 2016).

Mit dem Projekt werden erstmals pflege- und hilfebedürftige Menschen in Privathaushalten in den Fokus des deutschen Katastrophenschutzes gerückt. Betroffene zu Beteiligten zu machen steht hier im Mittelpunkt der Forschungsaktivitäten. KOPHIS setzt in seiner Vorgehensweise insbesondere auf Sozialraumorientierung, Vernetzung und Partizipation.

Im zweiten und dritten Teil von Band 6 der Schriftenreihe der DRK-Forschung werden das Vorgehen und die Erkenntnisse des Projektes KOPHIS in der Modellregion Willich in Nordrhein-Westfalen ausführlich beschrieben. Der partizipative Ansatz, der eine Einbeziehung der Zielgruppe in die Projektaktivitäten vorsieht und in Form von regelmäßigen Austauschtreffen („Dialogforen“) erfolgt, wird erläutert. Die sozialraumorientierte Vernetzung in der Modellregion, die ebenfalls auf regelmäßigen Austauschtreffen („Runde Tische“) basiert, wird beschrieben und durch ein Konzept zur Vernetzung, das gegebenenfalls auch für andere Regionen interessant sein kann, ergänzt. Zudem werden Lösungsansätze anderer Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften zu älteren Menschen in Krisen und Katastrophen angeführt. Mit Blick auf deren Erfahrungen sowie hinsichtlich der Ergebnisse und Erkenntnisse zum Runden Tisch und zum Dialogforum von KOPHIS wird danach gefragt, was dies für eine Hilfsorganisation bedeutet. ■

Adams, V., Kaufman, S., Van Hattum, T. & Moody, S. 2011: Aging Disaster: Mortality, Vulnerability, and Long-Term Recovery Among Katrina Survivors. In: *Med Anthropol*, S. 247-270.

Afentakis, A. & K. Böhm 2009: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Heft 46, Robert Koch-Institut. Berlin.

Ageism in America 2006: International Longevity Center – USA, Open Society Institute.

Online abrufbar: http://aging.columbia.edu/sites/default/files/Ageism_in_America.pdf (Stand 13.03.18)

Aldrich, N. & Benson, W. F. 2008: Disaster Preparedness and the Chronic Disease needs of Vulnerable Older Adults. In: *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice and Policy*, Volume 5: No. 1 January 2008.

Bachmann, W. 2013: Katastrophenschutz für hörbehinderte Menschen. Online abrufbar unter: http://www.barrierefreiheit.de/katastrophenschutz_fuer_hoerbehinderte_menschen.html (Stand 08.03.18)

Beusch, R. 2017: Risikoanalyse von Beatmungs-Wohngemeinschaften. Wie kann mit den Risiken in Beatmungs-WGs umgegangen werden? In: *BRANDSchutz Deutsche Feuerwehrzeitung* 11/2017, S. 892-897.

Beusch, R.: Risikoanalyse von Beatmungs-Wohngemeinschaften. Technische Hochschule Köln. Bachelorarbeit. 19.07.17.

Birkhofer, P., Bozkurt, H., Groeben, N., Hummel, K., Karpuzi, Ö., Lemp, C. 2011: Maßnahmen zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung im Katastrophenfall. Berlin, Ein Projekt im Auftrag der Senatsverwaltung für Inneres und Sport.

Blättner, B., Gregory, S. & Grewe, A. 2013: Sicherstellung ambulanter Pflege in ländlichen Regionen bei Extremwetterereignissen. In A. Roßnagel (Hrsg.), *Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse. Umsetzungen am Beispiel Nordhessens*. Universität Kassel, Kassel. S. 267-296.

Brahms, B.-V. 2013: Zögerliches Verhalten bei Evakuierung. In: Volksstimme vom 12.07.2013.

Brändle, S. 2017: Der Postbote als Sozialarbeiter. In: Frankfurter Rundschau vom 01.09.2017. Online abrufbar unter: <http://www.fr.de/wirtschaft/arbeit-soziales/brieftraeger-der-postbote-als-sozialarbeiter-a-1343471> (Stand: 08.03.18)

Bundesamt für Statistik (Hrsg.) 2017: Die Bevölkerung der Schweiz 2016. Neuchatel.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2017: Pflegefachkräftemangel. Online abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646> (Stand: 11.05.2017)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) o.J.: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Online abrufbar unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten_ab1995.pdf (Stand: 13.12.2016)

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2014: Ausbildung junger Menschen aus Drittstaaten. Chancen zur Gewinnung künftiger Fachkräfte für die Pflegewirtschaft. Berlin.

Capellaro, M. & Sturm, D. 2015: Evaluation von Informationssystemen zu Klimawandel und Gesundheit. Band 2 – Anpassung an den Klimawandel: Strategie für die Versorgung bei Extremwetterereignissen. Bundesumweltamt, Umwelt & Gesundheit 04/2015. Berlin.

Davey, J. & Neale, J. 2013: Earthquake Preparedness in an Ageing Society. Learning from the Experience of the Canterbury Earthquakes. Victoria University of Wellington New Zealand. Wellington: Report prepared for the Earthquake Commission, with funding from the EQC 2012 Beinnial Grants Programme.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) 2016: Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. Online abrufbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Stand 08.03.18)

Deutsches Komitee für Katastrophenvorsorge e.V. (Hrsg.) 2003: Hochwasservorsorge in Deutschland. Lernen aus der Katastrophe 2002 im Elbegebiet. Schriften des DKKV 29. Bonn. Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hrsg.). 2014: Der Resilienzansatz des Deutschen Roten Kreuzes. Stärkung der Resilienz durch die internationale Zusammenarbeit des DRK. Berlin.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hrsg.) 2017a: Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst. Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Bedingungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst. Schriftenreihe der Forschung – Band 4. Berlin.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hrsg.) 2017b: Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst. Teil 2: Die Sicht der DRK-Einsatzkräfte: Dokumentation der vier Regionalkonferenzen Betreuungsdienst. Schriftenreihe der Forschung – Band 4. Berlin.

Dickinson, J. 2018: Call & Check: Ein sozialer Dienst. In: Pflegewelt Ausgabe 3 – Januar 2018, Sonderedition zur 4. Pflegekonferenz.

Dosa, D., Hyer, K., Swaminathan, S., Frang, Z., Brown, L. & Mor, V. 2012: To Evacuate or Shelter in Place: Implications of Universal Hurricane Evacuation Policies on Nursing Home Residents. In: Journal of the American Medical Directors Association(2).

Dugoni, A., Leimegger, M. et al. 2016: Leitfaden Management sozialer Belange im Zusammenhang mit Notunterkünften SAMETS (Social Affairs Management in the Emergency Temporary Shelter, SAMETS). Online abrufbar unter: http://sametsproject.eu/wp-content/uploads/sites/7/2016/06/SAMETS_Guidelin_DE.pdf (Stand 13.03.18)

Ehrentraut, O., Hackmann, T., Krämer, L. & Schmutz, S. 2015: Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Engels, D., Engel, H. & Schmitz, A. 2016: Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bundesministerium für Soziales. Bonn.

Ewers, M. 2010: Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive Versorgung in Deutschland. Pflege & Gesellschaft, H. 4, S. 314-329.

Fernandez, L. S., Byard, D., Lin, C. C., Benson, S. & Barbera, J. 2001: Frail Elderly as Disaster Victims: Emergency management strategies. In: Prehospital and Disaster Medicine, S. 67-74.

Geißler, S. 2015: Vulnerable Menschen in Katastrophen. Hilfebedarf von vulnerablen Bevölkerungsgruppen und Möglichkeiten der Unterstützung bei anhaltenden Stromausfall in Berlin. In: Analyse im Rahmen des Forschungsprojektes „Katastrophenschutz-Leuchttürme“ als Anlaufstelle für die Bevölkerung in Krisensituationen. Hochschule für Recht und Wirtschaft in Berlin. Berlin.

Görres, S., Harenberg, N., Magens, D., Sander, E. & Krieger, T. 2012: Rolle der Pflegeberufe bei internationalen Katastropheneinsätzen „Global Disaster Nursing“. Ausgewählte Ergebnisse einer Nationalen Synopse. In: ipp Info-Ausgabe 10, Frühjahr 2012. Newsletter des Instituts für Public Health und Pflegeforschung. Online abrufbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP_Info/IPP_info_no10.pdf (Stand 08.03.18)

Hackl, C. 2017: PrepAGE – Katastrophenvorsorge und -management für die ältere Bevölkerung in der EU. Präsentation auf dem KOPHIS Verbundtreffen. Tübingen. 15.02.17.

Hafner, S., Roßnagel, A. & Weidlich, S. 2013: Rechtsfragen der Klimaanpassung in Hessen. In: A. Roßnagel (Hrsg.), Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse. Umsetzung am Beispiel Nordhessens. Universität Kassel. Kassel. S. 485-523.

Hartog, J. 2014: Disaster resilience in an Ageing World- How to make policies and programmes inclusive for older people. HelpAGE International. London.

Heinrich, C. 2017: Vulnerable Gruppen und neue Engagementformen. Ergebnisse einer Befragung der DRK-Landesverbände. Berlin.

HelpAge International, Japanese Red Cross College of Nursing & the National Council of YMCAs of Japan (Hrsg.) 2013: Displacement and Older People. The Case of the Great East Japan Earthquake and Tsunami 2011. Suthep.

Henschke, C., Benz, S., Roßnagel, A. & Steffens, M. 2013: Umsetzungsverbünde als Werkzeug zum Management von Transdisziplinarität. In: A. Roßnagel (Hrsg.), Regionale Klimaanpassung - Herausforderungen - Lösungen - Hemmnisse - Umsetzung am Beispiel Nordhessens. Universität Kassel. Kassel. S. 721-760.

Hermann, C. 2014: Die Schwächen sträken: Die Selbstschutz- und Selbsthilfefähigkeit von Alten- und Pflegeheimen. In: Notfallvorsorge 1/2014, S. 9-14.

Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., Nock, L. & Ischebeck, M. 2017: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.

Hutton, D. 2008: Older people in emergencies: Considerations for Action and Policy Development. World Health Organisation. Genf.

Isfort, M., Gehlen, D. & Kraus, S. 2012: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln.

Klewer, J. 2017: Persönliche Notfallversorgung bei angehenden Leitungskräften im Pflege- und Gesundheitswesen. In: HeilberufeScience Feb. 2017, Vol. 8, Issue 1, S. 23-32.

Kneisel, C. 2015: Das Deutsche Rote Kreuz im Katastrophenschutz in Deutschland. Eine ExpertInnen-Befragung am Fallbeispiel Sachsen-Anhalt zum Hochwasser 2013. Berlin.

Knickmann, A. 2016: Planung und Organisation: Evakuierung einer Pflegeeinrichtung. In: IM EINSATZ Oktober 2016, S. 222-225.

Krüger, M. & Max, M. (Hrsg.) 2019: Resilienz im Katastrophenfall. Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz. Transcript: Bielefeld. Im Erscheinen.

Krüger, U. 2018: AKNZ-Fachkongress 2017: Betreuungswesen im Bevölkerungsschutz. In: IM EINSATZ. Zeitschrift für Einsatzkräfte im Katastrophenschutz; Februar 2018, S. 12-15.

Leiner, P. 2017: Herzinsuffizienz: Aussetzen der Therapie hat schnelle Folgen. Ärztezeitung vom 16.04.2017.

Lorenz, D. F. 2011: Kritische Infrastrukturen aus Sicht der Bevölkerung. Forschungsforum Öffentliche Sicherheit. Schriftenreihe Sicherheit Nr. 3. Freie Universität Berlin. Berlin.

Luipold, U. 2003: Evaluierung des Hochwassereinsatzes des Deutschen Roten Kreuzes im August 2002. Abschlussbericht. Berlin. (unveröffentlichtes Dokument).

Menski, U. 2008: Auswirkungen des Ausfalls kritischer Infrastrukturen auf den Ernährungssektor am Beispiel des Stromausfalls im Münsterland im Herbst 2005. Empirische Untersuchungen im Auftrag der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE). Fachhochschule Münster. Münster.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016: Masterplan altengerechte Quartiere. NRW. Strategie – und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf.

Naumann, D., Schulze, E., Geyer, J. & Korfhage, T. 2014: Versorgungsformen in Deutschland. Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf ; ZQP-Abschlussbericht. Berlin.

Neuschäfer, D. 2013: Anpassung an den Klimawandel in der ambulanten Pflege. In: A. Roßnagel (Hrsg.), Regionale Klimaanpassung. Herausforderungen – Lösungen – Hemmnisse – Umsetzungen am Beispiel Nordhessens. Universität Kassel. Kassel. S. 323-349.

Nomura, S., Blangiardo, M., Tsubokura, M., Nishikawa, Y., Gilmour, S., Kami, M. 2016: Post-nuclear disaster evacuation and survival amongst elderly people in Fukushima: A comparative analysis between evacuees and non-evacuees. Preventive Medicine(82), S. 77-82.

Nowassadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. 2016: Pflege und Unterstützung für Angehörige. In: D. Z. Altersfragen, Report Altersdaten 1/2016. Berlin.

Ohder, C., Röpcke, J., Sticher, B., Geißler, S. & Schweer, B. 2014: Hilfebedarf und Hilfebereitschaft bei anhaltendem Stromausfall. Ergebnisse einer Bürgerbefragung in drei Berliner Bezirken. Online abrufbar unter: <http://www.kat-leuchtturm.de/assets/content/images/pdfs/Bericht%20B%C3%BCrgerbefragung%202014.01.16.pdf> (Stand 08.03.18)

Oschmiansky, H. 2018: Zu Hause versorgte Pflege- und Hilfsbedürftige in einer Gasmangellage und das Projekt KOPHIS. In: Tagungsband LÜKEX 2018, 2. Thementag, Bedeutung einer längerfristigen Unterbrechung der Gasversorgung für den Bevölkerungsschutz. Hrsg. vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

Palm, J. 2009: Emergency Management in the Swedish Electricity Grid from a Household Perspective. In: Journal of Contingencies and Crisis Management(17), S. 55-63.

Pöpperl, T. 2016: Wie viele Medikamente nehmen Sie ein? Online abrufbar unter: <https://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Wie-viele-Medikamente-nehmen-Sie-ein-526169.html> (Stand 08.03.18)

Rauchhaupt von, U. 2017: Warum die Bomben aus dem Krieg noch so gefährlich sind. In: FAZ vom 5.5.17, Online abrufbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/familie/wie-erkläre-ich-s-meinem-kind/kindern-erklärt-bomben-aus-dem-krieg-entschaerfen-15001319.html> (Stand 27.03.18)

Regionalmanagement Nordhessen GmbH (Hrsg.) o.J.: Freiwilligen-vor-Ort-System (FvOS). Online abrufbar unter: <http://www.nordhessen-gesundheit.de/die-projekte/fvos/> (Stand: 08.03.18)

Reuber, W. 2017: Planerische Vorbereitung für einen möglichen Blackout im Hochtaunuskreis. Vortrag am 26.09.2017 in der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz. Bad-Neuenahr-Ahrweiler.

Rhein, S. 2017: Kapazitäten der Bevölkerung bei einem Stromausfall. Empirische Untersuchung für das Bezugsgebiet Deutschland. In: Bundesministerium für Katastrophenhilfe, Band 12 – Praxis im Bevölkerungsschutz. Bonn.

Richert, J. 2017: Dringender Gesprächsbedarf. Ehrenamt braucht neue Organisationsform. Behördenspiegel Oktober 2017. Berlin.

Richert, J. 2007: Das Rote Kreuz – eine Organisation sui generis. In: Informationsdienst 3-2007 Badisches Rotes Kreuz, S. 8-10.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2015: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Online abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 08.03.18)

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. 2016: BARMER GEK Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Berlin.

Sävert, T. 2015: Vor 10 Jahren: Schneechaos im Münsterland. Online abrufbar unter: <http://wetterkanal.kachelmannwetter.com/vor-10-jahren-schneechaos-im-muensterland/> (Stand 22.10.16)

Schaeffer, D. & Ewers, M. 2001: Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. GGW 1/2001, S. 13-20.

Schecka, G. 2011: Welche Folgen hat ein mehrtägiger Stromausfall auf Altenpflegeheime? Analyse ausgewählter Altenpflegeheime in Berlin und Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Hochschule für Wirtschaft und Recht in Berlin. Berlin.

Schulze, K., Schander, J., Jungmann, A. & Voss, M. 2018: Bedarfe und Ressourcen Hilfe- und Pflegebedürftiger im Alltag und in Exstramsituationen. Auswertung einer quantitativen Befragung in Willich. Freie Universität Berlin. Berlin.

Sowinski, C.; Kirchen-Peters, S. & V. Hielscher 2013: Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege (Stand November 2013), Kuratorium Deutsche Altershilfe. Online abrufbar unter: https://www.boeckler.de/pdf_fof/91394.pdf (Stand 08.03.18)

Spiegel online vom 03.09.17: Evakuierung in Frankfurt – Weltkriegsbombe ist entschärft. Online abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/frankfurt-am-main-weltkriegsbombe-ist-entschaerft-a-1165918.html> (Stand 13.03.18)

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2001: Kurzbericht Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 1999. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015a: Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015b: Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Plege. Wiesbaden. Online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html (Stand: 20.01.2017)

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017: Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Steetskamp, I. & van Wijk, A. 1994: Stromausfall: Die Verletzlichkeit der Gesellschaft. Die Folgen von Störungen der Elektrizitätsversorgung. Rathenau-Institut, Universität Utrecht., Den Haag.

Theobald, H., Szebehely, M. & Preuß, M. 2013: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: Edition Sigma.

United Nations 2015: Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030. Online abrufbar unter: https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf (Stand 13.03.18)

Vicedo-Cabrera, A.M., Ragettli, M.S., Schindler, C. & Rösli, M. 2016: Excess mortality during the warm summer of 2015 in Switzerland. In: Swiss Medical Weekly 12/2016.

Wyte-Lake, T., Claver, M., Dalton, S. & Dobalian, A. 2015: Disaster Planning for Home Health Patients and Providers. A Literature Review of Best Practices. In: Home Health Care Management & Practice 2015, Vol. 27(4), S. 247-255.

ZQP-Presseinformation vom 07.05.14: Alleinlebende Pflegebedürftige in Krisensituationen häufig auf sich gestellt. Online abrufbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2014_05_07_PI_Alleinlebende_Pflegebeduerftige_in_Krisensituationen_haeufig_auf_sich_gestellt.pdf (Stand 16.01.18)

Abbildung 1:	Anteil älterer Menschen an Katastrophenopfern und an der Bevölkerung in Prozent	27
Abbildung 2:	Verzahnung im Projekt KOPHIS	44
Tabelle 1:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	15
Tabelle 2:	Entwicklung der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen im Sinne der Pflegeversicherung	17
Tabelle 3:	Häufige Krankheiten bei älteren Menschen	23
Tabelle 4:	Auswahl KOPHIS – Konzepte und Hilfsmaterialien	46

Für die schnelle Leserin/ den schnellen Leser

Der erste Teil der Schriftenreihe Band 6 beschreibt den Forschungs- und Handlungsbedarf im Hinblick auf die vulnerable Gruppe der zu Hause versorgten älteren und pflegebedürftigen Menschen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen.

- Die Zahl der älteren, pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause versorgt werden, nimmt zu. Sie sind oft besonders gefährdet/vulnerabel in Krisen und Katastrophen.
- Oft haben sie einen besonderen Unterstützungsbedarf (zum Beispiel Medikamenteneinnahme, Heimbeatmung, Hemodialyse).
- Einsatzerfahrungen in Krisen zeigen, dass nicht immer bekannt ist, wo diese Personen wohnen und welche besonderen Versorgungsbedürfnisse sie haben.
- Ihre Versorgung in Krisen stellt neue Anforderungen an Einsatzkräfte.
- Der Katastrophenschutz und der Pflegebereich in Deutschland sind darauf bisher nicht ausreichend vorbereitet und nicht systematisch miteinander verzahnt.
- Befragungen von DRK-Ehrenamtlichen und -Mitarbeitenden zeigen, dass in den Ausbildungen von Einsatzkräften die Themen „Pflege“ und „psychosoziale Betreuung“ ein stärkeres Gewicht erhalten sollten.

In Forschungsbeiträgen wird empfohlen:

- Eine stärkere Sensibilisierung, Information und Schulungen von Einsatz- und Pflegekräften
- Die Entwicklung von organisierten sozialen Netzwerken vor Ort aus Behörden, Katastrophenhilfe und weiteren gesellschaftlichen Akteuren (Nachbarschaftsinitiativen, Altenhilfevereine, Kirchengemeinden ...)
- Die Förderung von persönlichen Netzwerken der älteren und pflegebedürftigen Menschen (NachbarInnen, Angehörige und FreundInnen)
- Die Einbeziehung von älteren und pflegebedürftigen Menschen bei der Entwicklung von Lösungsansätzen

Diese Erkenntnisse und Empfehlungen werden im Forschungsprojekt KOPHIS aufgegriffen und entsprechend Lösungsansätze entwickelt. KOPHIS setzt in seiner Vorgehensweise auf Sozialraumorientierung, Vernetzung und Partizipation.

Im zweiten und dritten Teil von Band 6 der Schriftenreihe der DRK-Forschung werden das Vorgehen und die Erkenntnisse des Projektes KOPHIS in der Modellregion Willich in Nordrhein-Westfalen ausführlich beschrieben.

www.DRK.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Carstennstraße 58
12205 Berlin
www.drk.de

© 2018 Deutsches Rotes Kreuz e.V., Berlin

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

