

Pflege in Krisen und Katastrophen

Band 1 - Handbuch Lehrende

Didaktische Grundlagen und Umsetzung des MODINA-Unterrichtsmoduls

Autorinnen und Autoren:

Frauke Hartung, Jennifer Kasper, Johannes Oeser, Susanne Scheck,
Julia Bremicker-Smieja, Petra Gaugisch, Miriam Peters

Vorläufige Ausgabe
Vorläufige Ausgabe (Stand: 09.07.2026)

Nicht zur Zitierung bestimmt.

Vorläufige Ausgabe

Vorwort

Die berufliche Pflegebildung steht vor der Aufgabe, Pflegefachpersonen gezielt auf außergewöhnliche Einsatzlagen vorzubereiten. Naturbedingte Katastrophen, Pandemien und technische Großschadensereignisse nehmen in ihrer Häufigkeit und Komplexität zu und damit wachsen auch die Anforderungen an professionell handelnde Pflegefachpersonen. Vor diesem Hintergrund kommt der beruflichen Pflegebildung eine Schlüsselrolle zu, Pflegefachpersonen auf das Handeln in Krisen- und Katastrophensituationen vorzubereiten. Mit dem Projekt „MODINA – Krisenresilienz durch Pflegekompetenz“ (Modul Disaster Nursing in der Ausbildung) wurde im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) ein praxisorientiertes Unterrichtsmodul entwickelt. Es zielt darauf ab, Kompetenzen für das Handeln in Krisen- und Katastrophensituationen in der Pflegebildung gezielt zu fördern und entsprechende Bildungsangebote zu ergänzen. Das Modul ist flexibel in die generalistische Pflegeausbildung, in primärqualifizierende Pflegestudiengänge sowie in Weiterbildungsangebote integrierbar. Inhaltlich orientiert es sich an den Kompetenzvorgaben der Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) sowie am Kompetenzrahmen „Disaster Nursing 2.0“ des International Council of Nurses (ICN). Das vorliegende Handbuch (Band 1) richtet sich an Lehrende an Pflegeschulen und Hochschulen. Es vermittelt die konzeptionellen und didaktischen Grundlagen des MODINA-Moduls, beschreibt dessen 40 Unterrichtseinheiten und bietet Sachanalysen zu zentralen Themen, von Katastrophenarten und Führungsstrukturen über Triage und psychosoziale Notfallversorgung bis hin zu Cybersicherheit und der Versorgung vulnerabler Gruppen. Es unterstützt Lehrende dabei, das Modul souverän und kompetent in ihrer Lehre einzusetzen. Die Anwendung und Vertiefung der im Unterrichtsmodul erworbenen Kompetenzen erfolgt mithilfe dreier Planspiele, die im zweiten Band des MODINA-Handbuchs ausführlich beschrieben werden.

Allen Projektbeteiligten, der DRK-Schwesternschaft „Bonn“ e.V. sowie den Kooperationspartnern Württembergische Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V., Frankfurt University of Applied Sciences, IEGUS und Fraunhofer IAO – gilt mein herzlicher Dank für ihr engagiertes Mitwirken. Den Lehrenden in der beruflichen und hochschulischen Pflegebildung wünsche ich eine anregende Lektüre sowie viel Freude und Erfolg bei der Umsetzung der Inhalte in ihrer Lehrpraxis.

Dr. Monika Hackel
Leiterin Abteilung „Struktur und Ordnung der Berufsbildung“
Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
1. Einleitung.....	1
2. Hinweise zur Nutzung.....	3
3. Modulbeschreibung MODINA Disaster Nursing in der Ausbildung.....	5
4. Kompetenzverständnis	22
4.1 Der Kompetenzbegriff	22
4.2 Kompetenztheoretische Ansätze.....	22
4.3 Kompetenzmessung und Performanz	23
4.4 Abgrenzung zum Kompetenzbegriff in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik	23
4.5 Kompetenzen im Kontext von Disaster Nursing und im Modul MODINA	24
5. Schritte der Curriculumentwicklung.....	26
6. Didaktische Grundlagen und pflegedidaktische Einordnung des Projekts MODINA	28
7. Sachanalysen.....	30
7.1. Begriffsbestimmung: Alltagsnotfall, Großschadenslage und Katastrophe.....	30
7.1.1. Katastrophenarten.....	31
7.1.2 Der Katastrophenmanagementzyklus.....	34
7.1.3 Das AVDASA- Modell.....	37
7.2. Sachanalyse Katastrophenvorbereitung und Warnsysteme	39
7.2.1 Was sollte man zu Hause haben?	39
7.2.2 Das Notgepäck.....	41
7.2.3 Empfohlene Maßnahmen für pflegende Angehörige.....	43
7.2.4 Digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme, Warnsysteme	43
7.3. Sachanalyse Akteure im Katastrophenschutz	46
7.3.1 Zivilschutz	48
7.3.2 Katastrophenschutz.....	49
7.4. Rolle der Pflegenden im Katastrophenschutz.....	52

7.4.1	Kernkompetenzen in der Pflege in Krisen- und Katastrophen nach ICN	53
7.4.2	Aufgaben von Pflegefachpersonen in den Phasen des Katastrophenmanagement-Zyklus	55
7.5.	Katastrophenschutz-Einsatzleitung und Stäbe (Führungsstrukturen, Meldekette) .	56
7.5.1	Aufgaben der Einsatzleitung.....	57
7.5.2	Aufbau einer Einsatzeinheit im Katastrophenschutz	57
7.5.3	Kommunikationswege	60
7.6.	Grundlagen der Einsatzplanung und Ablauf eines Einsatzes	61
7.7	Ablauf eines Katastrophenschutzereignisses	62
7.8	Krankhausalarm- und -Einsatzplanung	65
7.9	Umgang mit Medien.....	70
7.10	Psychosoziale Notfallversorgung	72
7.10.1	Typische Stressoren im Katastropheneinsatz.....	72
7.10.2	Psychische Reaktionen auf Extremlast.....	73
7.10.3	Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV).....	73
7.10.4	Erkennen eigener Belastungsgrenzen und Warnsignale (körperlich, emotional, kognitiv) 76	
7.10.5	Individuelle Coping-Strategien.....	76
7.11	Triage	78
7.12	Handlungsempfehlung zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag	82
7.13	Pandemie und Hygiene (Wiederholung für das Planspiel Pandemie im Krankenhaus).....	83
7.14	Kommunikationsmittel und -wege im Krisenfall	96
7.15	Versorgung vulnerabler Gruppen in Krisen, Großschadenslagen, Katastrophen.	101
7.15.1	Katastrophenschutz-Leuchttürme.....	104
7.15.2	Pflegeregister	105
7.16	Notfall- und Evakuierungspläne in Einrichtungen und im ambulanten Setting	106
7.16.1	Besonderheiten im ambulanten Bereich	106
7.16.2	Umgang mit Klientinnen und Klienten, die eine Evakuierung verweigern.....	109
7.17	Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung.....	109

7.18	Einrichtung einer Erstversorgungsstelle „Einsatzabschnitt Pflege“ (Raumstruktur, Material, Abläufe) und Versorgung der Betroffenen	111
7.19	Planspiel Cyberangriff	116
7.19.1	Bedeutung von IT-Sicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege	116
7.19.2	Verhalten bei Cyberangriff und Stromausfall	117
7.19.3	Analoge Dokumentation im IT-Ausfall.....	120
7.19.4	Einbindung externer Akteure bei Ausfall digitaler Kanäle.....	121
7.19.5	Kommunikation und strukturierte Übergabe.....	121
7.19.6	Kontroversen und kritische Aspekte	124
8	Ablaufplan	126
9	Verlaufsübersicht der Unterrichtseinheiten	128
9.1	Einführung, Begriffe, Katastrophenarten, Katastrophenmanagementzyklus, Katastrophenvorsorge (UE 1 und 2)	128
9.2	Akteure und Strukturen des Katastrophenschutzes, Rollen der Pflege, Katastrophenschutz-Einsatzleitung und Stäbe (UE 3 und 4).....	129
9.3	Grundlagen der Einsatzplanung, KAEP, Umgang mit Medien (UE 5 und 6).....	131
9.4	Psychosoziale Notfallversorgung, Umgang mit Stress, Resilienz, Triage, HEIKAT (UE 7 und 8)	133
9.5	Hygiene, Schutzausrüstung (UE 9 und 10)	135
9.6	Kommunikationsmittel und -wege (UE17 und 18).....	136
9.7	Versorgung von vulnerablen Gruppen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen (UE 19 bis 20)	138
9.8	Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung, Einrichten eines Einsatzabschnitts Pflege (UE 21 – 22).....	139
9.9	Cyberangriff und Stromausfall (UE 23 und 24).....	141
10	Prüfungsleistung	143
10.1	Ausbildung zur Pflegefachperson.....	145
10.2	Hochschulische Pflegeausbildung.....	151
	Kompetenzbereich V: Wissenschaft und Berufsethos	156
11	Literaturverzeichnis.....	158

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Absolute und prozentuale Häufigkeit Katastrophen und Todesfälle nach Katastrophen für Deutschland im Zeitraum 1990 bis 2024	33
Abbildung 2: Katastrophenmanagementzyklus	34
Abbildung 3: AVDASA-Modell	37
Abbildung 4: Systemstruktur des Bevölkerungsschutzes	47
Abbildung 5: Kompetenzbereiche nach ICN	54
Abbildung 6: Einsatzeinheit NRW (eigene Darstellung)	60
Abbildung 7: DRK-Nachrichtenvordruck 4fach	100
Abbildung 8: Bedarfe/ Aspekte vulnerabler Personengruppen in Krisensituationen	104
Abbildung 9: Muster-Krisen-Konzept	107
Abbildung 10: Mögliche Aufgaben verschiedener Akteurinnen und Akteure	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Modulbeschreibung MODINA Disaster Nursing in der Ausbildung	5
Tabelle 2: Methodisches Vorgehen in einzelnen Schritten nach Knigge-Demal	27
Tabelle 3: Positionierung von MODINA im Analyseinstrument der Sektion Bildung	29
Tabelle 4: Phasen einer Pandemie	85
Tabelle 5: Evidenzbasierte Studien zu Donning & Doffing von PSA	89
Tabelle 6: Funk Alphabet (deutsch)	99
Tabelle 7: Zentrale Herausforderungen nach Eintritt eines Stromausfalls	119
Tabelle 8: Notwendige Handlungsfelder auf Grundlage von Empfehlungen / Checklisten ..	119
Tabelle 9: Krankenhaus – Kommunikationsalternativen bei IT /Stromausfall	123
Tabelle 10: Pflegeheim – Kommunikationsalternativen bei IT /Stromausfall	123
Tabelle 11: Ambulanter Pflegedienst – Kommunikationsalternativen bei IT /Stromausfall ..	124
Tabelle 12: Ablaufplan	126
Tabelle 13: UE1 und 2	128
Tabelle 14: UE3 und 4	129
Tabelle 15: UE5 und 6	131
Tabelle 16: UE7 und 8	133
Tabelle 17: UE9 und 10	135
Tabelle 18: UE17 und 18	136
Tabelle 19: UE19 und 20	138
Tabelle 20: UE 21 bis 22	139
Tabelle 21: UE23 und 24	141
Tabelle 22: Prüfungsleistung Ausbildung Pflegefachpersonen	150
Tabelle 23: Prüfungsleistung hochschulische Pflegeausbildung	157

Abkürzungsverzeichnis

AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte
Akkus	Akkumulator
Apps	Applikation
AUPIK	Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
AVDASA-Modell	Alltag 1, Vorbereitung, Definition, Aktion, Stabilisierung, Alltag 2.
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V.
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
°C	Celsius
C-/B-Gefahren	chemische und biologische Gefahren
CBRN	chemische, biologische, radiologische und nukleare Gefahren
COVID-19	coronavirus disease 2019
DGKH	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene
DKKV	Deutsches Komitee Katastrophenvorsorge e.V.
DLRG	Deutsche Lebensrettungs-Gesellschaft
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DQR	Deutschen Qualifikationsrahmen
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
eCall	Emergency Call
EEA	European Environment Agency
EM-AT	Emergency Events Database
ETB	Einsatztagebuch
e.V.	eingetragener Verein
FFP	Filtering Face Piece
HBKG	Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz
HEIKAT	Handlungsempfehlung zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag
H1N1	Subtyp des Influenzavirus
ICN	International Council of Nursing
IEGUS	Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft

JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe
KAEP	Krankenhausalarm- und -einsatzplanung
Kat-L	Katastrophenschutz-Leuchttürme
KatGK	Katastrophenbezogener Gesundheitskompetenz
KatNu	Katastrophen Nursing
KATWARN-App	Katastrophenwarnung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KMK	Kompetenzmodell der Kultusministerkonferenz
KRITIS	Kritische Infrastrukturen
LifeGRID	Lebensrettung in flut- und energiekritischen Gefährdungssituationen durch Realisierung von Insellösungen im Rahmen der Daseinsvorsorge
LKatSG	Landeskatastrophenschutzgesetz
MANV	Massenanfall an Verletzten
MANE	Massenanfall an Erkrankten
MEWS	Modified Early Warning Score
MODINA	Modul Disaster Nursing in der Ausbildung
MoWaS	Modulares Warnsystem
MHD	Malteser Hilfsdienst
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeuge
NEWS	National Early Warning Score
NINA-Warnapp	Notfall-Informations- und Nachrichten-App
o.J.	ohne Jahr
OpKEL	operative Krankenhausleitung
PDV 800	Polizeidienstvorschrift 800
PfIAPrV	Pflege-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PSA	persönliche Schutzausrüstung
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PSS	Psychosozialer Support
PsychKM	Psychosoziales Krisenmanagement
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
PUK	Pflegeunterstützungskräfte
qSOFA	quick Sequential Organ Failure Assessment
R	Reproduktionswert
RTH	Rettungstransporthubschrauber
RTW	Rettungstransportwagen

SMS	Short Message Service
SOS	Notrufsystem
THW	Technisches Hilfswerk
TÜV	Technischer Überwachungs-Verein
USB	Universal Serial Bus
z.B.	zum Beispiel
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
ZSKG	Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz

Vorläufige Ausgabe

1. Einleitung

Naturbedingte Katastrophen wie Überschwemmungen, Dürren und extremen Wetterereignisse nehmen in Europa infolge des Klimawandels zu. Damit steigen auch die Anforderungen an professionelles und kompetentes Handeln im Gesundheitswesen (vgl. GERMANWATCH 2025; EUROPEAN ENVIRONMENT AGENCY 2025).

Die zunehmende Häufigkeit und Intensität solcher Ereignisse führt zu komplexeren Einsatzsituationen. Für eine angemessene Versorgung, insbesondere vulnerabler Bevölkerungsgruppen, sind daher qualifizierte Pflegefachpersonen erforderlich.

Im deutschsprachigen Raum existieren bislang nur wenige niedrigschwellige Bildungsangebote, die sich gezielt mit der Rolle der Pflege in Krisen- und Katastrophensituationen befassen. Insbesondere die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie spezifische Handlungskompetenzen für solche Einsatzlagen werden in der Aus- und Weiterbildung bisher nur begrenzt vermittelt.

Die vom International Council of Nurses (ICN) entwickelten **Disaster-Nursing-Kompetenzen** sind in Deutschland, Österreich und der Schweiz bislang wenig bekannt und kaum verbreitet. Eine systematische curricular verankerte Vermittlung der ICN-Disaster-Nursing-Kompetenzen in der Pflegeausbildung und in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen ist im deutschsprachigen Raum bislang nicht etabliert.

Vor diesem Hintergrund startete am 1. August 2024 das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte Forschungsprojekt „MODINA - Krisenresilienz durch Pflegekompetenz“, mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Das Projekt wird von der DRK-Schwesternschaft „Bonn“ e.V. durchgeführt. Kooperationspartner sind die Württembergische Schwesternschaft vom Roten Kreuz, die Frankfurt University of Applied Sciences, das Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IEGUS) sowie das Fraunhofer IAO. Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines Unterrichtsmoduls zum Thema „Pflege in Krisen- und Katastrophensituationen“, das unter anderem durch Planspiele ergänzt wird. Dieses Modul ist flexibel in die generalistische Pflegeausbildung, in primärqualifizierende Pflegestudiengänge sowie in Weiterbildungen integrierbar.

Das Modul basiert auf den Kompetenzvorgaben der Pflege-Ausbildungs- und - Prüfungsverordnung (PflAPrV) und des ICN-Rahmenwerks in Disaster Nursing 2.0 und umfasst 40 Unterrichtseinheiten mit didaktisch aufbereiteten Lehr- und Lernmaterialien. Die Lernenden erwerben darin systematisch spezifische Kompetenzen für den Umgang mit unterschiedlichen Katastrophenszenarien. Ziel ist es, die pflegerische Handlungsfähigkeit unter außergewöhnlichen Bedingungen zu stärken und die Versorgung insbesondere vulnerabler Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Dieses Handbuch (Band 1) bildet das konzeptionelle und fachliche Fundament des MODINA-Moduls. Es enthält die Modulbeschreibung, das Kompetenzverständnis, die

didaktischen Grundlagen sowie umfangreiche Sachanalysen zu den relevanten Themenfeldern der Pflege in Krisen und Katastrophen – von Triage und Evakuierung bis hin zu psychosozialer Notfallversorgung und Hygiene im Pandemiefall.

Die konkreten Planspiele – Pandemie im Akutkrankenhaus, Cyberangriff auf ein Pflegeheim und Unwetterkatastrophe im ambulanten Pflegedienst – sind mit allen Spielunterlagen, Ereigniskarten und Debriefing-Leitfäden in Band 2 dargestellt. Beide Bände sind aufeinander abgestimmt und ergänzen sich: Band 1 bereitet fachlich und didaktisch vor, Band 2 ermöglicht die Durchführung.

Vorläufige Ausgabe

2. Hinweise zur Nutzung

Das vorliegende Handbuch unterstützt Lehrende bei der Planung und Umsetzung des MODINA-Moduls. Es enthält sowohl konzeptionelle Grundlagen als auch konkrete Materialien zur Gestaltung der Unterrichtseinheiten.

Das Handbuch ist in mehrere thematische Kapitel gegliedert:

- **Modulbeschreibung:**
Dieses Kapitel bietet einen Überblick über Zielsetzung, Inhalte und Struktur des Moduls sowie über die zugrunde liegenden Kompetenzmodelle.
- **Kompetenzverständnis:**
Hier werden die theoretischen Grundlagen erläutert, die für die Formulierung der Lernziele und die Auswahl geeigneter Lehrstrategien maßgeblich sind.
- **Schritte der Curriculumentwicklung:**
Dieses Kapitel beschreibt den methodischen Entwicklungsprozess des Moduls und gibt Einblick in die didaktische Planung.
- **Didaktische Grundlagen**
Hier werden zentrale pädagogische Ansätze vorgestellt, die der Gestaltung des Moduls zugrunde liegen
- **Sachanalysen**
Die Sachanalysen liefern fachliches Hintergrundwissen zu zentralen Themenfeldern, beispielsweise zur Katastrophenvorbereitung oder zu Akteuren des Katastrophenschutzes.
- **Ablaufplan**
Der Ablaufplan gibt einen Überblick über die zeitliche Struktur und die inhaltliche Abfolge der Unterrichtseinheiten.
- **Unterrichtseinheiten**
In diesem Kapitel finden Lehrende konkrete didaktische Materialien und Anleitungen für die einzelnen Lernphasen— von der Einführung über Themen wie Eigensicherung und psychosoziale Notfallversorgung bis hin zur Versorgung von Betroffenen in einer Betreuungsstelle Pflege.
- **Prüfungsleistung**
Dieses Kapitel beschreibt mögliche Formen der Leistungsüberprüfung und zeigt auf, wie das Modul in bestehende Ausbildungs- und Studiencurricula integriert werden kann.
- **Literatur**
Das abschließende Kapitel enthält die wissenschaftlichen Quellen und weiterführende Materialien, auf denen das Modul konzeptionell basiert.

Das Handbuch kann sowohl zur Planung des gesamten Moduls wie auch als Nachschlagewerk für einzelne Unterrichtseinheiten genutzt werden. Die Kapitel sind miteinander verknüpft, so dass Lehrende gezielt auf die für sie relevanten Inhalte zugreifen können.

Im Downloadbereich des BIBB stehen ergänzend zum Handbuch weitere Materialien zur Verfügung, darunter PowerPoint-Präsentationen, Arbeitsblätter und ein Workbook für Lernende. Diese Materialien dienen als Grundlage für die Unterrichtsgestaltung und können je nach Ergebnissen der Bedingungsanalyse am jeweiligen Lernort angepasst werden.

Die Materialien für beide Bände finden sie hier:

[MODINA | BIBB](#)



3. Modulbeschreibung MODINA Disaster Nursing in der Ausbildung

MODINA ist ein integriertes Unterrichtsmodul zum Thema Disaster Nursing, das die Kompetenzen von Auszubildenden in Krisen-, Not- und Katastrophensituationen praxisnah erweitert. Das Modul orientiert sich an den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG und kann insbesondere in die CE06-Einheit „In Akutsituationen sicher handeln“ integriert werden. Ziel der Einbettung ist es, die Handlungsfähigkeit der Lernenden in Krisen- und Katastrophensituationen systematisch zu stärken, fundierte Entscheidungskompetenzen zu vermitteln und interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Das Modul bietet eine klare Struktur, umfassende Unterrichtsmaterialien und drei eng verzahnte Planspielszenarien (Pandemie, Cyberangriff, Unwetterkatastrophe), die die Inhalte und Kompetenzen von CE06 konkret operationalisieren.

In der Modulbeschreibung wurden die Kompetenzen aus der PflAPrV und den ICN Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0 berücksichtigt. Die Inhalte orientieren sich an den in der PflAPrV festgelegten Anforderungen zu Notfall- und Krisenmanagement, Dokumentation, Eigen- und Teamverantwortung und Eigensicherung sowie an den ICN Core Competencies, die die interprofessionelle Zusammenarbeit, ethische Prinzipien, Kommunikation, Hygiene, Notfall- und Evakuierungsplanung sowie psychosoziale Unterstützung umfassen. Die Kompetenzen werden systematisch mit Lernzielen, Lehrmethoden und Unterrichtsmaterialien verknüpft. Dadurch wird die Handlungsfähigkeit der Lernenden in Krisen- und Katastrophensituationen gezielt entwickelt.

MODINA zielt darauf ab, dass Auszubildende in echten oder simulierten Notfallsituationen sicher handeln, krisenspezifische Entscheidungen treffen, Verantwortung übernehmen, effizient mit externen Akteuren kooperieren und die Versorgung vulnerabler Gruppen sicherstellen und dabei rechtliche sowie ethische Rahmenbedingungen berücksichtigen.

Tabelle 1: Modulbeschreibung MODINA Disaster Nursing in der Ausbildung

Modultitel	MODINA Disaster Nursing in der Ausbildung
Verwendbarkeit des Moduls	Im Rahmen der Fachkommission-Rahmenpläne nach § 53 PflBG kann das Modul MODINA sinnvoll in die Einheit CE06 „In Akutsituationen sicher handeln“ integriert werden. Ziel der Integration ist es, die Kompetenzen der Auszubildenden im Bereich der Krisen und Katastrophen praxisnah zu erweitern und die Handlungsfähigkeit in akuten Pflegesituationen zu stärken. MODINA bietet dabei eine strukturierte Vorgehensweise, alle notwendigen Unterrichtsmaterialien sowie

	drei Szenarien, die eng mit den Inhalten und Kompetenzen von CE06 verzahnt werden können.
Stunden	40
Empfohlene inhaltliche Vorkenntnisse	Das Modul MODINA sollte ab der zweiten Hälfte des 2. Ausbildungsjahres unterrichtet werden. Da grundlegende Kenntnisse in folgenden Bereichen vorausgesetzt werden: • Pflegeprozess und Pflegedokumentation • Assessmentverfahren • Hygiene und Infektionsprävention • Atemwegserkrankungen (Grundlagen, Versorgungskontexte) • Kommunikationsfähigkeiten (schriftlich und mündlich) • Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Teamarbeit • Erste Hilfe-Grundlagen (Notfallmaßnahmen, Basismaßnahmen) • Ethik Diese Vorkenntnisse gewährleisten eine sichere Einordnung von MODINA-internen Inhalten in den bestehenden Lernprozess. Sie ermöglichen zielgerichtete Planspiele, realistische Fallarbeiten und praxisnahe Reflexionen.
Kompetenzen PflAPrV	Kompetenzen - Anlage 2 PflAPrV Die Auszubildenden: • übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Menschen aller Altersstufen (I.1.b) • nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen (I.1.c) • schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein (I.1.d) • nutzen analoge und digitale Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen selbständig und im Pflegeteam zu evaluieren (I.1.f)

	• treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.a) • koordinieren den Einsatz der Ersthelferinnen oder Ersthelfer bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.a) • erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.c) • wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (1.6.a) • gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b) • gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c) • reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen mit Menschen aller Altersstufen und entwickeln Ansätze zur Konfliktschlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f) • tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c) • sind aufmerksam für Spannungen und Konflikte im Team, reflektieren diesbezüglich die eigene Rolle und Persönlichkeit und bringen sich zur Bewältigung von Spannungen und Konflikten konstruktiv im Pflorgeteam ein (III.1.f)
--	---

	• beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a) • nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b) • setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c)
Kompetenzen ICN - Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0	• (...) erstellt einen allgemein gehaltenen persönlichen, familiären und beruflichen Bereitschaftsplan für Notfälle, Krisen und Katastrophen (I.1.1) • (...) beteiligt sich gemeinsam mit anderen Berufsgruppen an Schulungen und Übungen zum Umgang mit Notfällen, Krisen und Katastrophen am Arbeitsplatz (I.1.2) • (...) hält ihr vorhandenes Wissen über Ressourcen, Pläne, Strategien und Verfahren, die für Krisen und Katastrophen verfügbar sind auf aktuellem Stand (I.1.3) • (...) benennt Vorgehensweisen zur Unterbringung gefährdeter Bevölkerungsgruppen während einer Notfall-, Krisen- und Katastrophenschutzmaßnahme (I.1.4) • (...) verwendet bei der Kommunikation mit allen Einsatzkräften und Adressat:innen die korrekte Terminologie für Notfälle, Krisen und Katastrophen (I.2.1) • (...) gibt wichtige Informationen zum Ereignisfall unverzüglich an die jeweils benannten Ansprechpersonen weiter (I.2.2) • (...) beherrscht grundlegende Kommunikationsfertigkeiten für den Einsatz bei Krisen, Notfällen und Katastrophen (I.2.3) • (...) nutzt vorhandene mehrsprachige Ressourcen,

	um eine klare Kommunikation mit den von einem Ereignisfall betroffenen Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten (I.2.4) • (...) passt die Dokumentation wesentlicher Informationen über das Assessment und die Intervention an die Möglichkeiten und das Ausmaß des Ereignisfalls an (I.2.5) • (...) beschreibt die nationalen Strukturen und Organisationen für den Schutz vor und die Reaktion auf einen Notfall, eine Krise oder Katastrophe (I.3.1) • (...) verwendet den spezifischen Notfall-, Krisen- und Katastrophenschutzplan einschließlich der darin festgelegten Befehlskette für den jeweiligen Arbeitsplatz bei einer Schulung, einer Übung oder einem Ereignis (I.3.2) • (...) trägt mit eigenen Beobachtungen und Erfahrungen zur Evaluation nach einem Ereignisfall bei (I.3.3) • (...) bewahrt auch beim Einsatz in einem interprofessionellen Team oder an einem unbekannten Einsatzort die professionelle Arbeitsweise innerhalb des für die Pflege definierten Aufgaben- und Verantwortungsrahmens (I.3.4) • (...) sorgt während eines Notfalls, einer Krise oder Katastrophe für die eigene Sicherheit und die Sicherheit anderer - sowohl in normalen wie in eingeschränkten Arbeitsumgebungen (I.4.1) • (...) passt grundlegende Verfahren der Infektionskontrolle an die vorhandenen (eingeschränkten) Möglichkeiten an (I.4.2) • (...) führt im Ereignisfall ein regelmäßiges Assessment bei sich selbst und bei Kolleg:innen durch, um den Bedarf an körperlicher oder mentaler Unterstützung zu ermitteln (I.4.3) • (...) verwendet im Ereignisfall die Persönliche Schutzbekleidung (PSA) gemäß den Anweisungen aus der Befehlskette (I.4.4)
--	---

	• (...) weist auf mögliche Risiken für die eigene Sicherheit oder die Sicherheit anderer hin (I.4.5) • (...) meldet Symptome oder Vorfälle, die auf das Eintreten eines Notfalls bei den jeweils zugeteilten Patient:innen, Familien oder sozialen Gemeinschaften hinweisen (I.5.1) • (...) führt basierend auf den Grundsätzen der Triage und ausgerichtet auf die Art eines Ereignisses ein sofortiges Assessment der körperlichen und geistigen Gesundheit der jeweils zugeteilten Patient:innen, Familien und sozialen Gemeinschaften durch (I.5.2) • (...) setzt das Assessment für die zugeteilten Patient/innen, Familien oder sozialen Gemeinschaften kontinuierlich fort, um in Reaktion auf den sich entwickelnden Ereignisfall notwendige Änderung in der Versorgung vornehmen zu können (I.5.3) • (...) führt im Bedarfsfall für Personen in unmittelbarer Nähe Erste-Hilfe-Maßnahmen durch (I.6.1) • (...) isoliert Einzelpersonen, Familien oder Personengruppen, bei denen die Gefahr besteht, dass sie Infektionskrankheiten auf andere übertragen (I.6.2) • (...) beteiligt sich auf Anweisung von Personen aus der Befehlskette an der Kontaminationsbewertung oder der Dekontamination von Einzelpersonen (I.6.3) • (...) bindet Patient:innen, Familienangehörige oder zugeteilte Freiwillige im Rahmen ihrer Fähigkeiten ein, um die (Interventions-)Möglichkeiten im Ereignisfall zu erweitern (I.6.4) • (...) erbringt Versorgungsleistungen für Patient:innen je nach vorrangigem Bedarf und verfügbaren Ressourcen (I.6.5) • (...) wirkt - sofern dazu eingeteilt - an Maßnahmen zur Erweiterung von (personellen) Kapazitäten mit (z.B. bei Massenimpfungen) (I.6.6) • (...) hält sich an die Verfahren für den respektvollen Umgang mit einer großen Zahl von Verstorbenen I.6.7
--	---

	• (...) unterstützt eine Organisation bei der Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit während eines Ereignisses und bei der Wiederherstellung danach (I.7.1) • (...) hilft den jeweils zugeteilten Patient:innen, Familien oder Gemeinschaften bei der Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit während eines Ereignisses und bei der Wiederherstellung danach (I.7.2) • (...) überweist bei der Entlassung aus dem eigenen Verantwortungsbereich an Stellen, die für die weitere physische und psychische Gesundheit der Patient:innen Sorge tragen (I.7.3) • (...) nimmt an der Nachbesprechung zur Überleitung teil, um den individuellen Bedarf an kontinuierlicher Unterstützung zu identifizieren (I.7.4) • (...) praktiziert im Rahmen der geltenden Gesetze, Richtlinien und Verfahren für die professionelle Pflege sowie für Notfälle, Krisen und Katastrophen (I.8.1) • (...) wendet bei der Versorgung von Einzelpersonen, Familien und sozialen Gemeinschaften einen institutionellen oder nationalen ethischen Rahmen für das Verhalten bei Notfällen, Krisen und Katastrophen an (I.8.2)
Inhalte des Moduls	• Begriffsbestimmungen: Alltagsnotfälle, Großschadenslagen, Katastrophen • Katastrophenarten • Katastrophenmanagementzyklus • Das AVDASA-Modell • Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Katastrophe • Digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme, Warnsysteme • Strukturen und Akteure des Katastrophenschutzes in Deutschland • Zusammenarbeit mit externen Akteuren (THW, Feuerwehr, Rettungsdienste, Ordnungsamt) • Katastrophenschutz-Einsatzleitung und Stäbe (Führungsstrukturen, Meldekette)

	• Kommunikationsmittel und -wege im Krisenfall • Rechtliche Rahmenbedingungen (Zivilschutzgesetz, Landeskatastrophenschutzgesetze) • Grundlagen der Einsatzplanung (Briefing, Einschätzung des Settings, Orientierung im Katastrophengebiet) • Aufbau und Ablauf eines Einsatzes: von der Lageerkundung bis zur Nachsorge • Rolle von Pflegenden im Katastrophenschutz • Versorgung von vulnerablen Gruppen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen • Umgang mit den Medien • Handlungsempfehlung zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag (HEIKAT) • Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP) • Notfall- und Evakuierungspläne in Einrichtungen und im ambulanten Setting • Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung am Beispiel einer Krankenhausevakuierung • Einrichtung einer Erstversorgungsstelle „Einsatzabschnitt Pflege“ (Raumstruktur, Material, Abläufe) • Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Notunterkünften: Basale Versorgung, Hygiene, Strukturierung von Abläufen • Triage • Pflegeunterstützungskräfte (PUK) • Psychosoziale Notfallversorgung • Zusätzliche Lehrinhalte im Rahmen des Planspiels „Pandemie im Krankenhaus“ ○ Begriffserklärung Pandemie ○ Pandemische Einsatzlage im Krankenhaus ○ Hygienemaßnahmen ○ Schutzausrüstung ○ Isolation ○ Assessmentinstrumente bei Atemwegserkrankungen ○ Interprofessionelle Zusammenarbeit
--	---

	○ Umgang mit begrenzten Ressourcen, Triageprinzipien, patientenorientierte Entscheidungsprinzipien ○ Stressmanagement ○ Deeskalation und empathische Kommunikation unter Druck • Zusätzliche Lehrinhalte im Rahmen des Planspiels „Cyberangriff in einer stationären Pflegeeinrichtung“ ○ Bedeutung von IT-Sicherheit im Gesundheitswesen ○ Verhalten bei einem Cyberangriff und Stromausfall ○ Möglichkeiten der analogen Dokumentation bei Ausfall digitaler Infrastruktur ○ Sicherstellung der Grundversorgung beim Ausfall von IT-Systemen und Strom ○ Einbindung externer Akteure (Rettungsdienst, Krankenhäuser, Behörden) auch ohne digitale Kanäle • Zusätzliche Lehrinhalte im Rahmen des Planspiels „Unwetterkatastrophe für einen ambulanten Pflegedienst“ ○ Rolle und Aufgaben der ambulanten Pflege im Krisen- und Katastrophenschutz ○ Strukturierte Team- und Lagebesprechungen unter Unsicherheit ○ Kriterien zur Einstufung von Klientinnen und Klienten nach Gefährdungsgrad und Pflegebedarfen ○ Umgang mit ethischen Dilemmata bei Priorisierung (z. B. Evakuierung verweigert, fehlende Hilfeleistung) ○ Rechtliche Rahmenbedingungen: Einwilligungsfähigkeit, Schutzpflichten, Mitwirkung von Polizei/Ordnungsamt ○ Umgang mit Vorwürfen, Konflikten und Schuldzuweisungen (z. B. Angehörige nach Todesfall) ○ Hitzeschutz- und Basispflegemaßnahmen bei Extremwetterlagen
Lernziele	Taxonomie kognitiver Lernziele nach Bloom et al., 1986, überarbeitet von Anderson und Krathwohl, 2001

1. Erinnern

Die Auszubildenden

- definieren die Begriffe Alltagsnotfall, Großschadenslage und Katastrophe
- benennen verschiedene Katastrophenarten und Beispiele
- zählen die Phasen des Katastrophenmanagementzyklus auf
- benennen die Grundzüge des AVDASA-Modells
- erklären die rechtlichen Grundlagen des Katastrophenschutzes (Zivilschutzgesetz, Landesgesetze)
- nennen Akteure und Strukturen des Katastrophenschutzes in Deutschland
- benennen die Strukturen der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) in Deutschland
- definieren die Begriffe Pandemie, Cyberangriff und deren Relevanz für Einrichtungen des Gesundheitswesens

2. Verstehen

Die Auszubildenden

- erläutern Maßnahmen zur Vorbereitung auf Katastrophen (z. B. Notfallpläne, Evakuierungspläne)
- beschreiben die Funktion digitaler Notfall-Informations- und Frühwarnsysteme
- erklären die Aufgaben und Rollen externer Akteure (THW, Feuerwehr, Rettungsdienst, Ordnungsamt)
- beschreiben vorbehaltene Aufgaben des Pflegeberufs sowie die Aufgabenfelder anderer Berufsgruppen im interdisziplinären Team
- veranschaulichen den Aufbau und Ablauf eines Einsatzes von Lageerkundung bis Nachsorge
- erklären typische Stressoren und psychische Reaktionen im Katastropheneinsatz
- verdeutlichen den Unterschied zwischen Aufgaben und Grenzen von PSNV

	• beschreiben die Bedeutung von IT-Sicherheit im Gesundheitswesen 3. Anwenden Die Auszubildenden • planen eine Evakuierung für eine Einrichtung oder im ambulanten Setting • erstellen ein Kommunikationskonzept für den Ausfall digitaler Systeme • wenden das HEIKAT-Konzept (Eigensicherung nach Anschlag) in einem Fallbeispiel an • führen Gesprächstechniken zur Deeskalation in emotionalen Ausnahmesituationen durch • nutzen Assessmentinstrumente bei Atemwegserkrankungen im Rahmen einer Pandemie-Simulation • setzen Maßnahmen zur basalen Versorgung und Hygiene in Notunterkünften praktisch um • erproben individuelle Coping-Strategien (Atemübungen, Mikropausen) im Rahmen eines Trainings 4. Analysieren Die Auszubildenden • analysieren eine Katastrophenlage und differenzieren zwischen den Rollen verschiedener Akteure • untersuchen den Ablauf einer Team- und Lagebesprechung unter Unsicherheit • unterscheiden Kriterien zur Einstufung von Klientinnen und Klienten nach Gefährdungsgrad und Pflegebedarf • identifizieren ethische Dilemmata (z. B. Evakuierungsverweigerung, fehlende Hilfeleistung) in Fallbeispielen • analysieren die Versorgung vulnerabler Gruppen unter Katastrophenbedingungen • erkennen eigene Belastungsgrenzen und ordnen Warnsignale (körperlich, emotional, kognitiv) zu
--	---

5. Bewerten

Die Auszubildenden

- bewerten Priorisierungsentscheidungen im Rahmen einer Triage-Simulation
- urteilen über die Angemessenheit von Kommunikationsstrategien im Umgang mit Angehörigen und Medien
- beurteilen die Wirksamkeit von Hitzeschutzmaßnahmen in Notunterkünften
- reflektieren die Bedeutung von Resilienzförderung für Pflegende in Katastropheneinsätzen
- diskutieren die rechtlichen und ethischen Aspekte der Einwilligungsfähigkeit bei Evakuierungsverweigerung.
- bewerten Strategien zur Aufrechterhaltung der Versorgung bei einem Cyberangriff

6. Erschaffen

Die Auszubildenden

- entwickeln einen Notfall- und Evakuierungsplan für eine Pflegeeinrichtung oder einen ambulanten Dienst
- gestalten eine Erstversorgungsstelle (Einsatzabschnitt Pflege) unter Nutzung von Materialsimulationen
- konzipieren Handlungsempfehlungen zur Eigensicherung für Pflegende im Einsatz
- entwerfen Konzepte für psychosoziale Teamunterstützung (z. B. Kurzdebriefings, Peer-Support)
- erarbeiten ein interprofessionelles Versorgungskonzept für pandemische Lagen im Krankenhaus
- entwickeln Strategien zum ressourcenschonenden Einsatz von Personal und Material in Katastrophenszenarien

Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich nach Krathwohl et al., 1978

1. Aufmerksamwerden

Die Auszubildenden

	• zeigen Interesse an den Thema Katastrophenschutz • nehmen wahr, welche Akteure und Strukturen im Katastrophenschutz relevant sind • hören zu, wenn Belastungsreaktionen und Stressoren im Katastropheneinsatz thematisiert werden 2. Reagieren Die Auszubildenden • beteiligen sich aktiv an den Planspielen (Pandemie, Cyberangriff, Flutkatastrophe) • diskutieren über Maßnahmen zur Eigensicherung und zeigen Engagement für persönliche Sicherheit • nehmen teil an Übungen zur Gesprächsführung in emotional belasteten Situationen 3. Werten Die Auszubildenden • zeigen Wertschätzung für die Zusammenarbeit mit externen Akteuren (THW, Feuerwehr, Rettungsdienst) • erkennen an, dass die Versorgung vulnerabler Gruppen in Katastrophenlagen besondere Aufmerksamkeit erfordert • unterstreichen die Bedeutung von Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstung in pandemischen Lagen 4. Organisieren Die Auszubildenden • integrieren eigene Werte zu Fürsorge, Sicherheit und Selbstschutz in ein kohärentes Handlungsmodell. • entwickeln eine persönliche Haltung zur Priorisierung bei Triageentscheidungen • formulieren Strategien zur Stressbewältigung und Resilienzförderung, die sie in den eigenen Wertehorizont einbetten 5. Charakterisieren Die Auszubildenden
--	---

- verkörpern eine Haltung, die Teamkohärenz, gegenseitige Unterstützung und interprofessionelle Zusammenarbeit als zentrale Werte hervorhebt
- treten ein für die Rechte und die Versorgung vulnerabler Gruppen auch unter Ressourcenknappheit
- zeigen durch ihr Verhalten, dass psychosoziale Unterstützung, Empathie und Deeskalation Teil ihres professionellen Selbstverständnisses sind

Taxonomie von psychomotorischen Lernzielen nach Dave et. al, 1973

1. Imitation

Die Auszubildenden

- probieren aus, wie Funkgeräte/Walkie Talkies bedient werden
- führen nach Anleitung Übungen zur Stressbewältigung durch
- spielen nach, wie ein Briefing oder eine Lagebesprechung abläuft

2. Manipulation

Die Auszubildenden

- üben, eine Erstversorgungsstelle „Einsatzabschnitt Pflege“ mit Materialien und Raumstruktur aufzubauen
- trainieren, korrekt Schutzausrüstung in einer pandemischen Lage anzulegen und abzulegen
- wenden an, wie sie analoge Dokumentation bei IT-Ausfall führen
- erproben, wie vulnerable Gruppen (z. B. mobilitätseingeschränkte Menschen) praktisch evakuiert werden können

3. Präzision

Die Auszubildenden

- führen sicher eine Triage nach vorgegebenen Kriterien durch

	• wenden zuverlässig Maßnahmen der Basispflege in Notunterkünften an (Hygiene, Strukturierung von Abläufen) • setzen präzise Gesprächstechniken zur Deeskalation in Übungen ein 4. Artikulation Die Auszubildenden • kombinieren Hygienemaßnahmen, Isolation und interprofessionelle Zusammenarbeit bei einer pandemischen Lage • koordinieren den Ablauf einer Evakuierung von der Lageerkundung bis zur Nachsorge • stimmen ab, wie mit externen Akteuren (THW, Feuerwehr, Rettungsdienst) im Einsatz praktisch zusammengearbeitet wird 5. Naturalisierung Die Auszubildenden • handeln routiniert, wenn sie in Planspielen (Pandemie, Cyberangriff, Flutkatastrophe) komplexe Abläufe umsetzen • zeigen selbstverständlich, wie Selbstschutzmaßnahmen in den pflegerischen Einsatz integriert werden • reagieren flexibel, wenn Versorgungsprozesse bei begrenzten Ressourcen improvisiert werden müssen • demonstrieren verinnerlicht, wie psychosozialer Support für Patientinnen und Patienten, Angehörige sowie Kolleginnen und Kollegen praktisch umgesetzt wird.
Lehrformen des Moduls	Impulsvortrag, Gruppenarbeit, Partnerarbeit, Einzelarbeit, Demonstration, Simulation, Fallarbeit, Strukturlegetechnik, konvergierende und divergierende Gespräche, Videosequenzen, Planspiele
Lehrmaterialien	Handbuch für Lehrende, Band 1 und Band 2 Workbook für Lernende Arbeitsblätter, Präsentationen

	Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen (BBK)
Prüfungsleistung	Fallbearbeitung
Weiterführende Literatur (Auswahl)	BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE (Hrsg.): Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Handreichung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen. Berlin 2023. URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/2023/_BAGFW_Handreichung_Krisenkonzepte.pdf (Stand: 11.09.2025) DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (AUIPK). Berlin 2023. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_13/Schriftenreihe_Band_13_web.pdf (Stand: 01.01.2026) DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Situative Vulnerabilität identifizieren und gesellschaftliche Resilienz stärken: Hochwasserkatastrophen und COVID-19-Pandemie im Großraum Dresden. Berlin 2022. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_11/221011_Schriftenreihe_Band11_DE_Druck.pdf (Stand: 01.01.2026) DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 2: Vernetzung und Partizipation - auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz 2018. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_6/Band_VI_Teil_2.pdf (Stand: 01.01.2026) EWERS, Michael; LEHMANN, Yvonne: Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege. Working Paper No. 21-02 der Unit Gesundheitswissenschaften

	und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin 2021 FIROUZKOUHI, Mohammadreza; KAKO, Mayumi; ABDOLLAHIMOHAMMAD, Abdolghani; BALOUCHI, Abbas; FARZI, Jebraeil: Nurses' Roles in Nursing Disaster Model: A Systematic Scoping Review. In: Iranian journal of public health 50 (2021) 5, S. 879-887 INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege – Version 2.0. Deutschsprachige Ausgabe der englischen Originalversion von 2019. Berlin 2024. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CORE_ICN-Katastrophenpflege_Stufe_I-II_2019.pdf (Stand: 01.01.2026) KARUTZ, Harald; GEIER, Wolfram; MITSCHKE, Thomas (Hrsg.): Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg 2017
--	---

4. Kompetenzverständnis

4.1 Der Kompetenzbegriff

Der Kompetenzbegriff hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in der beruflichen Bildung gewonnen, auch in der Pflegeausbildung. Kompetenzen werden als komplexe Fähigkeiten verstanden, die es einer Person ermöglichen, in offenen und unbestimmten Situationen selbstorganisiert und kreativ zu handeln (vgl. FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020a). Sie umfassen nicht nur Wissen und Fertigkeiten, sondern auch Einstellungen, Werte sowie die Motivation zum Handeln (vgl. HAMAR 2023).

Diese Definition orientiert sich am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) sowie am Kompetenzmodell der Kultusministerkonferenz (KMK), die eine ganzheitliche Sichtweise auf Kompetenz als Zusammenspiel von Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen verfolgen (vgl. BRATER 2016).

Bei der Gestaltung von Bildungsangeboten, deren Prüfungen sowie der Konzeption von Curricula stellen Kompetenzen ein zentrales Element dar. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) im Jahr 2020 wurde ein kompetenzorientierter Ansatz implementiert, der die berufliche Handlungsfähigkeit der Auszubildenden fördern soll (vgl. HAMAR 2023). Allerdings existieren unterschiedliche Verständnisse des Kompetenzbegriffs, die sich grob in handlungsorientierte und kognitionspsychologische Ansätze unterteilen lassen.

4.2 Kompetenztheoretische Ansätze

Handlungsorientierter Kompetenzbegriff

Der handlungsorientierte Kompetenzbegriff betont die Fähigkeit zum situationsangemessenen Handeln in beruflichen Kontexten. Kompetenzen werden hier als ganzheitliche Dispositionen verstanden, die neben Wissen und Fertigkeiten auch motivationale und volitionale Aspekte umfassen.

RAUNER et al. (2019) unterscheiden in ihrem KOMET-Modell verschiedene Kompetenzniveaus von der funktionalen über die prozessuale bis zur ganzheitlichen Gestaltungskompetenz. Dieser Ansatz findet sich auch in den Rahmenlehrplänen für die generalistische Pflegeausbildung wieder, die auf die "Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln" abzielen.

Kognitionspsychologischer Kompetenzbegriff

Im Gegensatz dazu steht der kognitionspsychologische Kompetenzbegriff, wie er etwa von KLIEME/LEUTNER (2006) vertreten wird. Hier werden Kompetenzen als "*kontextspezifische kognitive Leistungsdispositionen*" definiert, die sich auf bestimmte Klassen von Situationen und Anforderungen beziehen. Dieser Ansatz betont stärker die kognitiven Grundlagen

kompetenten Handelns und zielt auf eine präzisere Operationalisierung sowie Messung von Kompetenzen ab.

Strukturmodelle der Pflegekompetenz

Im Rahmen der Pflegeausbildung zwischen einem pflegespezifischen Kompetenzstrukturmodell und einem Kompetenzentwicklungsmodell unterschieden (vgl. HAMAR 2023). Diese Modelle dienen der systematischen Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz und beschreiben verschiedene Entwicklungsstufen pflegerischer Kompetenz.

Typischerweise umfassen diese Modelle folgende Entwicklungsphasen:

1. Erwerb grundlegender pflegerischer Fähigkeiten und Fertigkeiten.
2. Vertiefung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse und Reflexion beruflichen Handelns.
3. Entwicklung eigenverantwortlicher, prozessgesteuerter Pflegekompetenz.

4.3 Kompetenzmessung und Performanz

Kompetenzen sind nicht direkt beobachtbar, sondern zeigen sich in der Performanz, also dem konkreten beruflichen Handeln (vgl. BRATER 2016). Die Kompetenzmessung erfolgt daher über praktische Prüfungen oder simulationsbasierte Szenarien, in der sowohl fachliche als auch soziale und methodische Fähigkeiten bewertet werden (vgl. TELIEPS u. a. 2022). Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Validierung der erworbenen Kompetenzen dar, da sich berufliche Handlungssituationen je nach Kontext und Versorgungsbereich unterscheiden können.

4.4 Abgrenzung zum Kompetenzbegriff in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik

In der Berufs- und Wirtschaftspädagogik wird Kompetenz oft in einem stärker wirtschaftlich-funktionalen Sinne betrachtet, wobei die individuelle Beschäftigungsfähigkeit (Employability) und betriebliche Verwertbarkeit im Vordergrund stehen (vgl. EULER 2018). Dabei wird Handlungskompetenz häufig als Kombination aus Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz beschrieben, wobei ein starker Bezug zur Qualifikation und den Anforderungen des Arbeitsmarktes besteht (vgl. RAUNER 2019).

In der pflegeberuflichen Bildung hingegen geht es nicht nur um arbeitsmarktbezogene Aspekte, sondern auch um ethische, interaktionale und subjektorientierte Dimensionen. Pflegekompetenz umfasst daher neben fachlichen Fähigkeiten auch die Fähigkeit zu

professioneller Beziehungsgestaltung, ethischer Entscheidungsfindung und patientenzentrierter Versorgung (HAMAR 2023).

4.5 Kompetenzen im Kontext von Disaster Nursing und im Modul MODINA

Das ICN Framework Disaster Nursing Competencies basiert auf einem integrativen Kompetenzmodell, das sowohl klinische als auch organisatorische und ethische Aspekte umfasst. Kompetenz wird hier als die Fähigkeit von Pflegefachpersonen definiert, in Katastrophensituationen professionell und effektiv zu handeln. Im Mittelpunkt stehen dabei die schnelle Anpassung an sich ändernde Bedingungen und die interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019).

Die Kompetenzdimensionen im ICN-Rahmenwerk umfassen:

1. **Klinische Kompetenz:** Fähigkeit zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen, evidenzbasierte Entscheidungen und effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen.
2. **Koordinations- und Führungsfähigkeit:** Organisatorische Kompetenzen zur Bewältigung komplexer Einsatzsituationen, einschließlich Triage- und Notfallmanagement.
3. **Ethische und psychosoziale Kompetenz:** Fähigkeit zu ethischen Entscheidungen in Krisensituationen sowie zur psychosozialen Unterstützung für Betroffene und Kolleginnen und Kollegen (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019).

Das ICN-Rahmenwerk folgt dabei einer kompetenzbasierten Ausbildungsperspektive, die sich an realitätsnahen Szenarien orientiert. Es empfiehlt insbesondere den Einsatz von Simulationen, praxisnahen Fallstudien und interdisziplinärer Zusammenarbeit in die Ausbildung (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019).

Ein ergänzender Ansatz findet sich im handlungsorientierten Kompetenzmodell von MULDER (2017), das vier zentrale Dimensionen beruflicher Handlungskompetenz beschreibt:

1. **Berufsspezifische Handlungskompetenz** – Die Fähigkeit, fachliche und methodische Kompetenzen direkt im pflegerischen Kontext anzuwenden.
2. **Selbstregulation und Adaptivität** – Die Fähigkeit, Entscheidungen eigenverantwortlich zu treffen und sich an dynamische Situationen anzupassen.
3. **Soziale Interaktion** – Die Kompetenz zur effektiven Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams.
4. **Wissensintegration** – Die kontinuierliche Verknüpfung von wissenschaftlicher Evidenz mit praktischem Handeln.

Für das Modul MODINA bedeutet dies, dass simulationsbasierte Lernmethoden wie Planspiele mit praxisnahen Szenarien, mit vorbereitenden theoretischen Unterrichtsphasen

miteinander kombiniert werden. Das Ziel besteht darin, Pflegefachpersonen gezielt auf die Anforderungen komplexer Krisen- und Katastrophensituationen vorzubereiten und eine adaptive, eigenverantwortliche sowie evidenzbasierte Handlungskompetenz zu fördern.

Vorläufige Ausgabe

5. Schritte der Curriculumentwicklung

Die curriculare Entwicklung des Moduls MODINA basiert auf einem wissenschaftlich fundierten Konzept, das aktuelle Herausforderungen, berufsrechtliche Rahmenbedingungen und zentrale theoretische Ansätze der Pflegepädagogik berücksichtigt. Die Grundlage bildet die Adaptation wissenschaftlicher Methoden, insbesondere des Curriculumentwicklungsansatzes nach KNIGGE-DEMAL (2001) sowie die Einbindung didaktischer Prinzipien aus dem Bremer Curriculum (vgl. DARMANN-FINCK 2022) und dem Nationalen Mustercurriculum (vgl. DARMANN-FINK/MUTHS/PARTSCH 2017), die im pflegeberuflichen Diskurs als wegweisend gelten.

Die Zielsetzung der Curriculumentwicklung ist, eine systematische und transparente Gestaltung von Lernzielen, Inhalten und Prüfungsformaten zu gewährleisten. Die Analyse der Handlungsfelder im Bereich Katastrophenmanagement verdeutlicht, dass Pflegefachpersonen zunehmend spezifische Kompetenzen benötigen, insbesondere in kritischen Situationen, interdisziplinärer Zusammenarbeit und beim Schutz vulnerabler Gruppen. Hierfür werden Kompetenzorientierung, Situationsorientierung, Pflegeprozessverantwortung und Entwicklungslogik als grundlegende Konstruktionsprinzipien genutzt (vgl. FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020a; TELIEPS u. a. 2022).

Konkret bedeutet Kompetenzorientierung im MODINA-Modul die systematische Förderung von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen, die für die Bewältigung von anspruchsvollen Katastrophensituationen notwendig sind (vgl. WIETECK 2020). Die Entwicklungslogik zeigt sich in einer progressiven Steigerung der Komplexität und einer schrittweisen Vertiefung der Inhalte, die sich am beruflichen Entwicklungsstand der Teilnehmenden orientiert. Die situationsorientierte Didaktik folgt den Ansätzen von KLAFFKI (1993) und DARMANN-FINCK (2010) indem sie echte Problemsituationen als Ausgangspunkte für Lernsequenzen nutzt und die Reflexionsfähigkeit, das vernetzte Denken und die Urteilskompetenz der Lernenden entwickelt.

Das Prinzip der Pflegeprozessverantwortung ist zentral für das Katastrophenmanagement, da Pflegefachpersonen befähigt werden, den gesamten Pflegeprozess eigenverantwortlich zu planen, zu steuern und zu evaluieren sowie komplexe Entscheidungssituationen zu analysieren und evidenzbasierte Maßnahmen umzusetzen (vgl. FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020a; DARMANN-FINCK 2010). Durch die Integration von Fallarbeit, Planspielen und interaktiven Lernformaten wird die Brücke zwischen theoretischer Wissensvermittlung und praktischer Anwendung geschlagen.

Die curriculare Konzeption des MODINA-Moduls ist wissenschaftlich begründet und orientiert sich bei der Auswahl und Struktur der Inhalte, der Formulierung von Lernzielen und der

Ausgestaltung von Prüfungen an den aktuellen berufsbildungsrechtlichen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Sie schafft einen kompetenzorientierten, reflexiven und situativ anschlussfähigen Rahmen für die berufliche Weiterbildung und Professionalisierung im Pflege-Katastrophenmanagement (vgl. KNIGGE-DEMAL 2001; DARMANN-FINCK 2022; FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020b).

Tabelle 2: Methodisches Vorgehen in einzelnen Schritten nach Knigge-Demal

Schritt/Phase	Beschreibung	Wissenschaftliche Prinzipien/Quellen
1. Formulierung übergeordneter Ziele	Festlegung von Bildungszielen basierend auf Subjektorientierung und Interaktionismus	(KLAFKI 1993); (DARMANN-FINK/MUTHS/PARTSCH 2017)
2. Analyse des Handlungsfeldes	Empirische/literaturgestützte Analyse typischer Berufssituationen, Pflegediagnosen, Konzepte	Wissenschaftsprinzip, Kontextanalyse (KNIGGE-DEMAL 2001)
3. Analyse Zugangsvoraussetzungen	Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben, Zielgruppenanalyse, Definition der Konstruktionsprinzipien	Kompetenzorientierung, Pflegeprozess, Entwicklungslogik, Situationsbezug (FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020b)
4. Festlegung von Lernzielen und Methoden	Entwicklung aufeinander aufbauender Lernsequenzen, Auswahl passender Lehr-Lern-Methoden	Modularisierung, didaktisch-pädagogischer Qualitätsrahmen (DARMANN-FINCK/SAHMEL 2022)
5. Dokumentation/Moduleinheiten	Strukturierung des Moduls in Curriculare Einheiten mit klaren Kompetenz- und Prüfungszuordnungen	Nachweis der gesetzlichen Vorgaben, Transparenz (KNIGGE-DEMAL 2001)
6. Implementierung/Evaluation	Curriculum-Implementierung und Anpassung auf Basis der Evaluationsergebnisse	Reflexive und iterative Weiterentwicklung (KNIGGE-DEMAL 2001)

6. Didaktische Grundlagen und pflegedidaktische Einordnung des Projekts MODINA

Das Unterrichtsmodul MODINA ist gemäß den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG (vgl. FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020a) in die generalistische Pflegeausbildung sowie in das primärqualifizierende Studium eingebettet und der Kompetenzeinheit CE06 „In Akutsituationen sicher handeln“ zugeordnet. Diese curriculare Verankerung gewährleistet eine systematische Ausrichtung auf die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen in Krisen-, Not- und Katastrophensituationen. Die fachlichen und methodischen Vorgaben der Fachkommission bilden die Grundlage für die Gestaltung lernzielorientierter Unterrichtseinheiten, Lehrmaterialien und Leistungsnachweise (vgl. FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ 2020a).

Didaktisch orientiert sich MODINA an den Prinzipien der interaktionistischen und kompetenzorientierten Pflegedidaktik nach Darmann-Finck (2022). Diese versteht Lernen als sozialen Interaktions- und Aushandlungsprozess, in dem Wissen, Fertigkeiten und Haltungen zu beruflichem Handeln integriert werden. Damit soll Pflegebildung nicht nur Qualifikation, sondern auch Bildung im professionellen Sinn ermöglichen – also die Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein, ethischer Reflexionsfähigkeit und beruflicher Identität (vgl. DARMANN-FINCK 2022).

Struktur und Lernarchitektur

Die didaktische Struktur von MODINA folgt einer dreistufigen Lernarchitektur:

1. **Vorbereitungsphase:** Aufbau theoretischer Grundlagen, Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Pflege in Krisen- und Katastrophensituationen, Einführung in Rollen und rechtliche Rahmenbedingungen.
2. **Durchführungsphase:** Anwendung und Vertiefung in unterschiedlichen Lernsettings, insbesondere durch simulationsbasierte Planspiele, Fallarbeit und interaktive Gruppenaufgaben. Diese Lernformen fördern Teamfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Stressbewältigung (vgl. LEHNEN 2024).
3. **Reflexionsphase:** Systematisches Debriefing und Peer-Learning sichern nachhaltige Lernprozesse und die Entwicklung metakognitiver Kompetenzen (vgl. STEINACKER/BISCHOF 2025).

Die Unterrichtsplanung integriert nach Schewior-Popp (2018) alle Dimensionen professionellen Lehrens – Situations-, Ziel-, Inhalts- und Methodendimension. Die anzubahnenen Kompetenzen orientieren sich an den ICN-Standards for Disaster Nursing Competencies (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019) und der PflAPrV, die Wissen, Fertigkeiten und Haltungen zur Krisenbewältigung systematisch verbinden. Dazu gehören

insbesondere Verantwortungsübernahme, ethisch fundierte Entscheidungsfindung sowie der sichere Umgang mit Schutzausrüstung (vgl. RIES 2020).

Einordnung in den pflegedidaktischen Diskurs

Zur theoretischen Verortung kann das Analyseinstrument der Sektion Bildung aus dem *Handbuch Pflegedidaktik II* herangezogen werden (vgl. BRÜHE/GAHLEN-HOOPS 2024a).

Dieses Modell differenziert vier Analyseebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene sowie Grundbegriffe), anhand derer pflegedidaktische Forschungs- und Praxisprojekte eingeordnet werden können. MODINA lässt sich darin wie folgt positionieren:

Tabelle 3: Positionierung von MODINA im Analyseinstrument der Sektion Bildung

Analyseebene	Zentrale Kategorien / Begriffe	Zuordnung und Relevanz für MODINA
Grundbegriffe (Metaparadigma)	Lernende, Lehrende, Lernen, Lehren, Bildung, berufliche Handlungskompetenz, Professionalität, berufliche Identität	MODINA zielt auf die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz in Krisensituationen und stärkt damit Professionalität und Selbstverständnis des Pflegeberufs.
Gesellschaftlich-institutioneller Rahmen (Makroebene)	Ausbildungsgesetze, Qualifikationsrahmen, Institutionen der Pflegebildung, Interdisziplinarität	MODINA ist curricular an den Rahmenplan der Fachkommission (§ 53 PflBG) gebunden und reagiert auf gesellschaftliche Anforderungen der Katastrophen- und Krisenbewältigung.
Strukturen und Konzepte (Mesoebene)	Curriculumentwicklung, Lehr- und Lernkonzepte, Kompetenzentwicklung, Evaluation, Lernorte	Das Modul ist Teil eines modularen Lehrkonzepts, integriert Lernortkooperationen und setzt auf kompetenzorientierte Leistungsnachweise und Reflexionsprozesse.
Konkretes Lehr-/Lernarrangement (Mikroebene)	Unterrichts- und Simulationsplanung, Interaktion, Methoden, Medien, Reflexion, Evaluation	Auf dieser Ebene werden simulationsbasierte Planspiele, Debriefings und Peer-Learning-Formate als didaktische Instrumente umgesetzt, um aktives, reflektiertes Lernen zu fördern.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BRÜHE/GAHLEN-HOOPS (2024)

In Anlehnung an das „pflegedidaktische Planetensystem“ nach GAHLEN-HOOPS/BRÜHE; BRÜHE/GAHLEN-HOOPS (2024) kann MODINA somit als ein didaktisch ausbalanciertes Modul verstanden werden, das theoretische, curriculare und praxisbezogene Aspekte der Pflegebildung miteinander verknüpft. Es bewegt sich im Spannungsfeld von Kompetenzentwicklung, professioneller Identitätsbildung und gesellschaftlicher Verantwortung – zentrale Themen, die im pflegedidaktischen Diskurs als Entwicklungsachsen der Disziplin gelten.

7. Sachanalysen

Die Sachanalyse bildet das inhaltliche Fundament des MODINA-Moduls im Themenfeld Pflege im Bevölkerungsschutz. Sie unterstützt Lehrenden dabei, ein strukturiertes und fundiertes Verständnis zentraler Begriffe, Strukturen und Abläufe zu entwickeln, die für Ausbildung, Studium und praktische Umsetzung im Krisen- und Katastrophenfall relevant sind. Im Fokus steht dabei das Zusammenspiel von pflegerischer Expertise und den Strukturen und Abläufen des Katastrophenschutzes – von der theoretischen Begriffsbestimmung bis zur praktischen Einsatzorganisation.

Das Kapitel führt schrittweise durch die wesentlichen Aspekte des Bevölkerungsschutzes: Es erläutert grundlegende Begriffe wie Alltagsnotfall, Großschadenslage und Katastrophe und zeigt auf, wie Katastrophenvorbereitung, Warnsysteme und Führungsstrukturen im Ernstfall ineinandergreifen. Darüber hinaus werden die Rollen der verschiedenen Akteure – insbesondere der Pflegenden – beleuchtet und zentrale Themen wie Kommunikation, Einsatzplanung, Versorgung vulnerabler Gruppen und Eigensicherung behandelt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem praktischen Handeln im Einsatz - von Evakuierungs- und Alarmplänen über die Einrichtung von Erstversorgungsstellen bis hin zu Triageverfahren und psychosozialer Unterstützung.

7.1. Begriffsbestimmung: Alltagsnotfall, Großschadenslage und Katastrophe

Der Alltag ist durch eine stabile und gewohnte Lebensweise geprägt, in der außergewöhnliche Gefahrenlagen wie Notfallsituationen, Großschadenslagen oder Katastrophen in der Regel nicht auftreten.

Ein Alltagsnotfall ist ein plötzlich eintretendes Ereignis, das Leben, Gesundheit oder Eigentum unmittelbar bedroht und sofortige Maßnahmen erfordert, für die keine übermäßige Spezialausrüstung oder professionelle Hilfe notwendig ist. Solche Situationen sind zwar nicht unbedingt lebensbedrohlich, erfordern aber dennoch eine schnelle Reaktion, wie etwa bei einer geringfügigen Verletzung, die Erste Hilfe benötigt, oder einem plötzlicher Wasserschaden (vgl. KARUTZ/GEIER/MITSCHKE 2017)

Eine Großschadenslage bezeichnet ein Ereignis, das eine Vielzahl von Verletzten, Erkrankten oder Betroffenen sowie erhebliche Sach- oder Umweltschäden verursacht, die die Kapazitäten der regulären Rettungsdienste und des örtlichen Katastrophenschutzes übersteigen. Um diese Situation zu meistern, ist eine ressortübergreifende Abstimmung der Katastrophenschutzbehörden sowie eine zentrale Leitung erforderlich. Das heißt es arbeiten verschiedene Ministerien, Hilfsorganisationen und Verwaltungsebenen eng zusammen, um Entscheidungen schnell und koordiniert umzusetzen. Dies unterscheidet sie von einem kleineren Schadensereignis und wird als Vorstufe zur Katastrophe betrachtet. Typische

Beispiele für Großschadenslagen sind Großbrände, Flugzeugabstürze, Massenkarambolagen oder andere Unfälle mit einem Massenanfall an Verletzten (MANV), die eine besondere Strukturierung und Koordination der Hilfsmaßnahmen erfordern (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025c; SENATSVERWALTUNG FÜR INNERES UND SPORT 2025).

Eine Katastrophe bezeichnet *„ein Geschehen, bei dem Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen oder die natürlichen Lebensgrundlagen oder bedeutende Sachwerte in so ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder geschädigt werden, dass die Gefahr nur abgewehrt oder die Störung nur unterbunden und beseitigt werden kann, wenn die im Katastrophenschutz mitwirkenden Behörden, Organisationen und Einrichtungen unter einheitlicher Führung und Leitung durch die Katastrophenschutzbehörde zur Gefahrenabwehr tätig werden“* (BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025d). Zu den möglichen Folgen einer Katastrophe zählen der Verlust zahlreicher Menschenleben, großes Leid, Zerstörung von Eigentum und Schäden an der Umwelt. Typische Beispiele für Katastrophen sind Hochwasser, Erdbeben, schwere Unfälle in Infrastrukturen oder Kriege und Hungersnöte (vgl. KARUTZ/GEIER/MITSCHKE 2017)

7.1.1. Katastrophenarten

Katastrophen lassen sich grob in Naturkatastrophen (wie Erdbeben, Überschwemmungen), technische Katastrophen (z. B. Unfälle, Brände) und sonstige Katastrophen (z. B. Terroranschläge, Pandemien) einteilen.

Naturkatastrophen

Eine Naturkatastrophe ist ein schwerwiegendes schädliches Ereignis in der Natur, das durch natürliche Prozesse ausgelöst wird und erhebliche Schäden an Menschen, Gesundheit, Eigentum oder Umwelt verursacht. Typische Beispiele sind Erdbeben, Vulkanausbrüche, Tsunamis, Überschwemmungen, Wirbelstürme, Hitzewellen und Dürren. Die Stärke des Ereignisses, die geografische Lage, die klimatischen Bedingungen und die Vulnerabilität der betroffenen Bevölkerung beeinflussen oft das Ausmaß einer Naturkatastrophe. Ein Vulkanausbruch auf einer unbewohnten Insel stellt zunächst ein natürliches Ereignis dar, das keine unmittelbare Bedrohung darstellt. In bewohntem Gebiet hingegen verursacht ein solcher Ausbruch potenziell erhebliche Schäden und wird als Naturgefahr eingestuft, die sich zu einer Katastrophe entwickeln kann (vgl. DIKAU/VOSS 2002). Der Begriff „Naturkatastrophe“ verdeckt häufig die Tatsache, dass nicht nur die Natur verantwortlich ist. Der Mensch ist ein wesentlicher Bestandteil dieses Systems. Seine Handlungen und deren Interaktionen mit natürlichen Gefahren haben Einfluss auf Ereignisse und können diese, vor allem im

Zusammenhang mit dem Klimawandel, oft verstärken (vgl. DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. 2024).

Deutschland ist im globalen Vergleich nur selten von Naturkatastrophen betroffen.

„Nach EM-DAT, einer internationalen Datenbank für Katastrophen, traten für Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 2024 insgesamt 92 Katastrophen im Zusammenhang mit Naturgefahren auf. Diese werden in die Datenbank aufgenommen, sofern mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt wird:

- *zehn Todesopfer*
- *100 betroffene Personen*
- *Ausruf des Notstandes (state of emergency)*
- *Aufruf für internationale Hilfe.“*

(DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. 2024)

Im untersuchten Zeitraum traten in Deutschland Stürme am häufigsten auf, gefolgt von Überschwemmungen und extremen Temperaturen (siehe Abbildung 1, links). Epidemien, Erdbeben und Lawinen traten im Vergleich deutlich seltener auf. Etwa 90 Prozent der Todesfälle wurden auf Hitze zurückgeführt, insbesondere durch die Hitzewelle des Jahres 2003, die über 9.000 Opfer forderte. Anmerkung: In der Abbildung wurde die Corona-Pandemie nicht berücksichtigt. (vgl. DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. 2024).

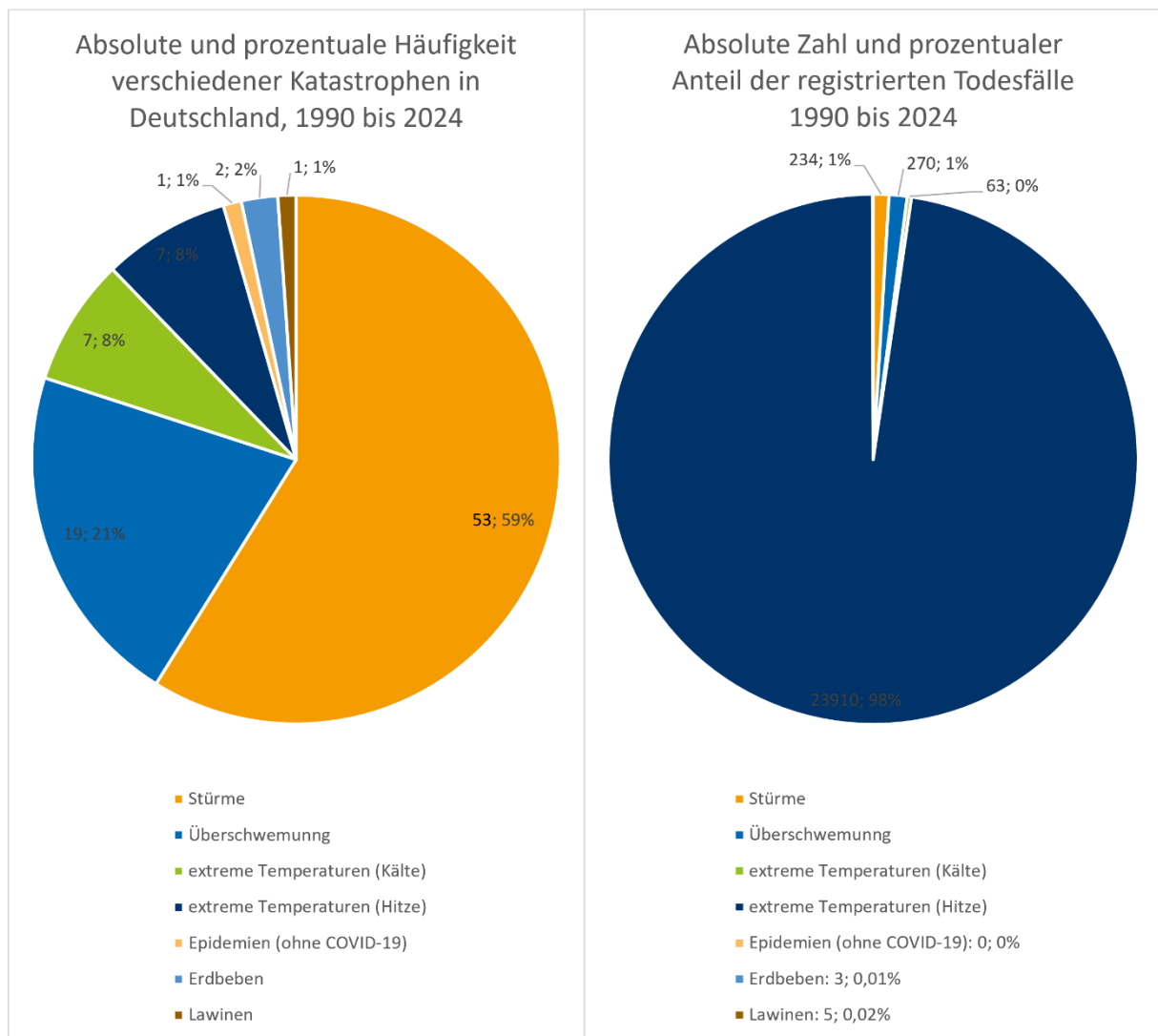


Abbildung 1: Absolute und prozentuale Häufigkeit Katastrophen und Todesfälle nach Katastrophen für Deutschland im Zeitraum 1990 bis 2024

Quelle: Eigene Darstellung nach DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. (2024); ergänzt um die absoluten Häufigkeiten von Erdbeben und Lawinen sowie farblich angepasst. Grundlage sind die in EM-DAT registrierten Katastrophen für Deutschland im Zeitraum 1990 bis 2024. COVID-19 wurde in der Datenbasis nicht berücksichtigt.

Technische Katastrophen

Technische Katastrophen sind schwerwiegende Unfälle oder Ereignisse, die durch technische Mängel, Versagen oder Missstände entstehen. Sie stellen eine Gefährdung für Leben, Gesundheit oder Umwelt dar und umfassen Vorfälle wie Explosionen, Brände, Einstürze von Bauwerken oder Infrastrukturen. Sie können durch menschliches Versagen, Konstruktionsfehler oder durch natürliche Einflüsse verursacht werden. Ein Beispiel für eine technische Katastrophe ist das ICE-Unglück von Eschede im Jahr 1998, bei dem infolge eines Materialversagens eines Radreifens ein Hochgeschwindigkeitszug entgleiste und mit einer Brücke kollidierte, die daraufhin einstürzte (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2025a).

Sonstige Katastrophen

Sonstige Katastrophen sind Ereignisse mit katastrophenähnlichem Charakter, die nicht eindeutig Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen zugeordnet werden können, da ihre Ursachen komplex oder nicht ausschließlich technisch sind. Beispiele sind Terroranschläge, politische Unruhen, Hunger und Seuchen oder auch die Kombination mehrerer Katastrophenarten, wie ein Großbrand während eines flächendeckenden Stromausfalls (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2025a).

Planspiel Bezug:

Die drei Planspielszenarien in Band 2 lassen sich jeweils einer Katastrophenart zuordnen: die Pandemie den sonstigen Katastrophen, der Cyberangriff den technischen Katastrophen und die Unwetterkatastrophe den Naturkatastrophen. Im Debriefing können Lernende diese Einordnung selbst vornehmen und begründen.

7.1.2 Der Katastrophenmanagementzyklus

Das Krisenmanagement ist eng mit dem Risikomanagement verbunden. Das Risikomanagement hat die Aufgabe, potenzielle Gefahren systematisch zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten, um präventive Maßnahmen abzuleiten, die Schäden vermeiden oder minimieren. Das Krisenmanagement hingegen konzentriert sich auf die Vorbereitung, Bewältigung und Nachbereitung von Schadensereignissen, die bereits eingetreten sind. Die Phasen der beiden Ansätze sind miteinander verbunden, beziehen sich gegenseitig aufeinander und können als ein kontinuierlicher Kreislauf dargestellt werden (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025f).

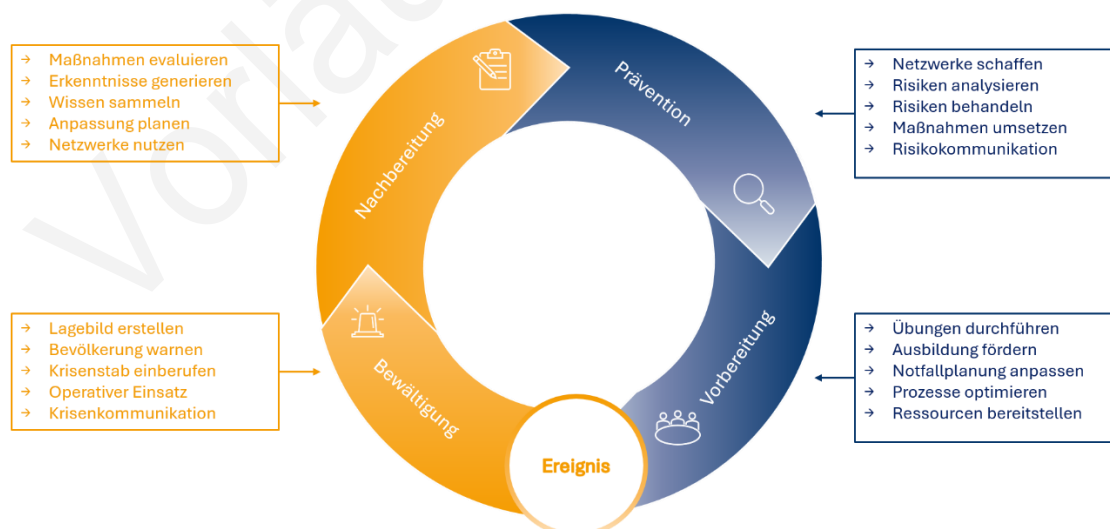


Abbildung 2: Katastrophenmanagementzyklus

Quelle: Eigene Darstellung des Risiko- und Krisenmanagementzyklus auf Basis des Risiko- und Krisenmanagementzyklus des Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025f)

Der Katastrophenmanagement-Zyklus besteht aus vier Phasen und umfasst Maßnahmen vor, während und nach einer Katastrophe: Vermeidung/Prävention, Vorsorge/Vorbereitung, Bewältigung/Reaktion und Wiederherstellung/Wiederaufbau. Um die Resilienz zu steigern und die negativen Folgen von Katastrophen zu verringern, sind diese Phasen miteinander verbunden und bauen aufeinander auf (vgl. BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 2023)

Die vier Phasen des Katastrophenmanagement-Zyklus:

- 1. Vermeidung/Prävention:** In dieser Phase werden Maßnahmen ergriffen, bevor eine Katastrophe eintritt, um die Wahrscheinlichkeit oder die Auswirkungen von Katastrophen zu verringern. Dazu gehören beispielsweise Risikoanalysen zur Identifizierung möglicher Gefahren (z. B. Hochwasser, Pandemie oder Ausfälle kritischer Infrastruktur) sowie präventive Schutzmaßnahmen, wozu unter anderem bauliche Maßnahmen wie Hochwasserschutz, erdbebensicheres Bauen oder der Schutz kritischer Infrastrukturen beispielsweise durch etabliertes Risiko- und Krisenmanagement oder Brandschutzkonzepte zählen.
- 2. Vorsorge/Vorbereitung:** Vor dem Eintritt einer Katastrophe werden organisatorische, konzeptionelle und verfahrenstechnische Voraussetzungen geschaffen. Dies beinhaltet die Ausarbeitung von Checklisten und Plänen sowie die Festlegung von Zuständigkeiten, um auf einen Notfall vorbereitet zu sein. Hierzu gehört das Erstellen von Katastrophenschutzplänen, die Entwicklung von Warn- und Alarmsystemen für die Bevölkerung, die Ausbildung von Fachkräften im Bereich Katastrophenschutz sowie das Durchführen von Übungen.
- 3. Bewältigung/Reaktion:** Wenn eine Katastrophe eintritt, ist diese Phase die unmittelbare Reaktion darauf. Ziel ist der Schutz von Menschenleben und die Begrenzung von Schäden. Dies geschieht unter anderem durch die Warnung der Bevölkerung, den Einsatz von Kräften wie Rettungsdienst, Feuerwehr, THW und Katastrophenschutz, die Koordination durch Krisenstäbe und die Rettung von Menschen aus Gefahrenbereichen.
- 4. Nachbereitung/Wiederaufbau:** Die Wiederaufbauphase konzentriert sich darauf, nach der akuten Phase den normalen Zustand zu rekonstruieren, die Infrastruktur zu stabilisieren und die Lebensbedingungen der Betroffenen wiederherzustellen. Ziel ist zugleich die Katastrophenresistenz für künftige Ereignisse zu steigern. Wiederherstellungsmaßnahmen gliedern sich in kurzfristige Überbrückungsmaßnahmen (Wiederherstellung von Energie-, Wasser- und Kommunikationsnetzen) und langfristige Wiederaufbauaktivitäten. Zentrale Aspekte sind Finanzierungshilfen für den langfristigen privaten und öffentlichen Wiederaufbau. Die Wiederherstellung privaten Eigentums liegt grundsätzlich in der Verantwortung

der Eigentümer, doch Staat, Versicherungen, Spenden und weitere Hilfen unterstützen ebenfalls (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2025b).

Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus jeder Phase und jedem Ereignis fließen wieder in die Präventions- und Vorsorgephasen ein, was zur kontinuierlichen Verbesserung des Katastrophenmanagements beiträgt.

Während der Katastrophenmanagementzyklus die grundlegenden Phasen des Umgangs mit Katastrophen – von Prävention über Vorbereitung und Reaktion bis hin zum Wiederaufbau – beschreibt, ermöglicht das AVDASA-Modell eine differenziertere Betrachtung der Abläufe innerhalb eines konkreten Ereignisses. Es richtet den Fokus stärker auf die Dynamik eines Einsatzgeschehens und auf die Entscheidungs- und Handlungsprozesse der beteiligten Akteure. Damit ergänzt das AVDASA-Modell den Katastrophenmanagementzyklus, indem es insbesondere die operative Perspektive von Krisen- und Katastropheneinsätzen detaillierter abbildet.

7.1.3 Das AVDASA- Modell

Das AVDASA-Modell wurde von der Katastrophenforschungsstelle (KFS) der Freien Universität Berlin entwickelt, um die unterschiedlichen Phasen eines Krisen- oder Katastropheneinsatzes systematisch abzubilden und deren Untersuchung in strukturierter Form zu ermöglichen.

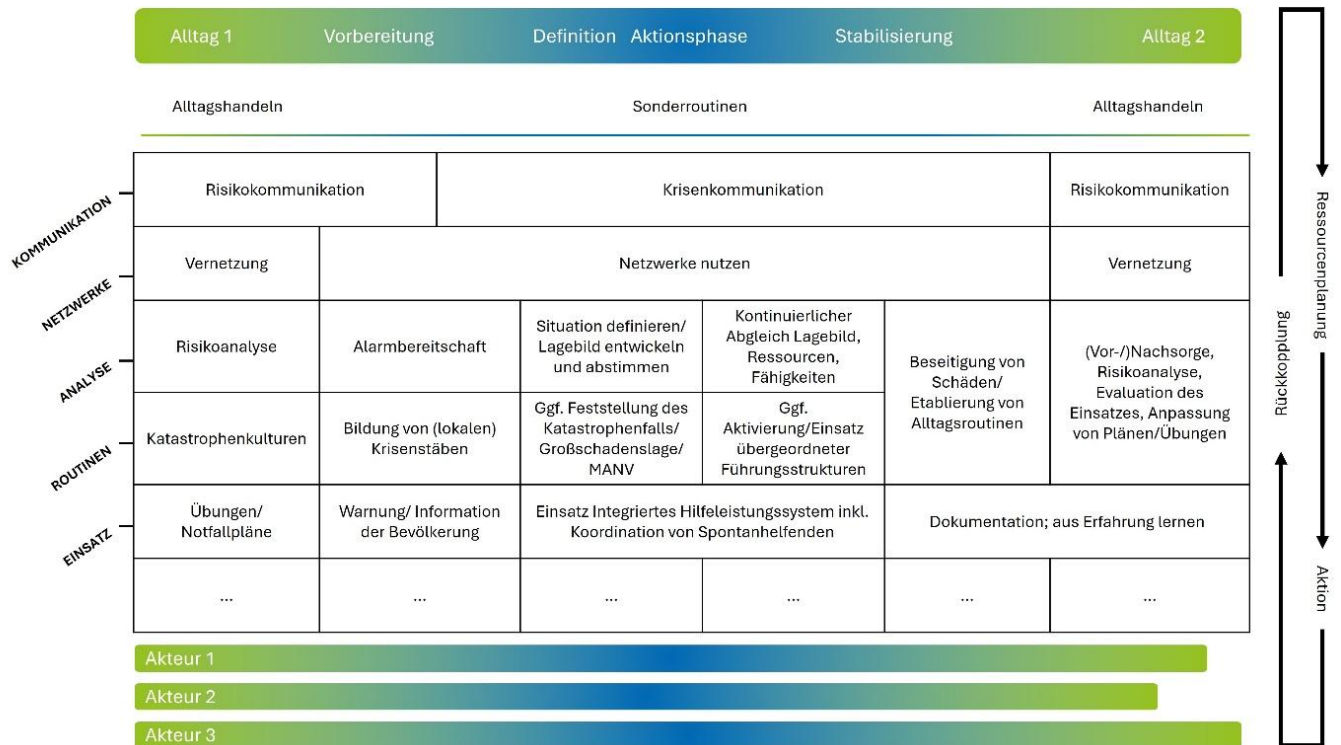


Abbildung 3: AVDASA-Modell

Quelle: Eigene Darstellung des AVDASA-Modell basierend auf Voss u. a. (2022)

Das Modell umfasst die Phasen **Alltag 1**, **Vorbereitung**, **Definition**, **Aktion**, **Stabilisierung** und **Alltag 2**.

1. Phase Alltag 1 (A)

Die Phase „Alltag I“ zeichnet sich durch routinemäßige Abläufe und eine scheinbare Normalität aus, in der keine unmittelbaren Anzeichen für eine drohende Katastrophe erkennbar sind. In dieser Phase werden die grundlegenden Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Reaktion auf außergewöhnliche Ereignisse geschaffen.

Dies erfolgt unter anderem durch eine Risikoanalyse, in der geophysische Gefahren (wie Hochwasser), technische Gefahren (wie langfristige Stromausfälle) sowie soziale Gefahren (wie Personalausfälle aufgrund einer Pandemie) systematisch identifiziert und bewertet werden. Darüber hinaus gilt es, frühere Krisen- und Katastrophenerfahrungen kritisch zu reflektieren, um die gewonnenen Erkenntnisse für die Zukunft zu verwenden.

In dieser Phase werden zudem die Schutzziele festgelegt (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ e.V. 2023c). Schutzziele definieren das Mindestsicherheitsniveau zum Schutz von

Menschen, Tieren, Sachgütern und Umwelt. Sie umfassen die Vorbereitung und Planung auf Katastrophen sowie den Einsatz von Hilfskräften und Ausrüstung im Notfall. Des Weiteren werden hier die Warnung der Bevölkerung, die Evakuierung und Versorgung Betroffener sowie die Förderung der Selbsthilfe der Bürgerinnen und Bürger mit aufgenommen (vgl. GERHOLD/SCHUCHARDT 2021).

2. Phase der Vorbereitung (V)

In der Vorbereitungsphase des Modells zeigen sich erste Hinweise potenzieller Gefährdungen. Verantwortliche Akteurinnen und Akteure müssen diese Signale frühzeitig erkennen und die möglichen Auswirkungen angemessen bewerten. Voraussetzung ist, dass sie durch Übungen und Schulungen befähigt wurden, relevante Informationen zur Erkennung einer drohenden Gefahr zu nutzen. Für die Erstellung eines umfassenden Lagebildes ist ein kontinuierlicher Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie den Entscheidungsebenen wichtig. Idealerweise werden in dieser Phase erste Krisenstäbe eingerichtet, begleitet von Alarmierung und Information sowohl der Einsatzkräfte als auch der Öffentlichkeit (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023c).

3. Phase der Definition der Situation (D)

In der dritten Phase erfolgt die Definition der Lage. Sie sollte möglichst frühzeitig erreicht werden. In diesem Stadium wird die Gefahrenlage detailliert analysiert, spezifiziert und interpretiert (z. B. Welche Dynamiken sind zu erwarten? Welche Ressourcen gilt es zu mobilisieren? Wer könnte in welchem Ausmaß betroffen sein? Wer verfügt über welche Handlungsoptionen? Was ist zu priorisieren?), um darauf aufbauend fundierte Entscheidungen zu treffen. Parallel dazu sind erste konkrete Maßnahmen einzuleiten sowie die erforderlichen Ressourcen gezielt zu mobilisieren (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023c).

4. Aktionsphase (A)

In der vierten Phase, der Aktionsphase, liegt der Fokus auf aktiver Schadensbegrenzung. Die beteiligten Akteure setzen zuvor festgelegte Maßnahmen um, wie Notfallrettung, Evakuierung, medizinische Hilfe, Unterstützung der Selbsthilfe, Fürsorge sowie die Bereitstellung von Lebensmitteln und Medikamenten, um die Situation zu stabilisieren oder Schäden zu beheben. Dies geschieht auf der Grundlage der Lagefestlegung und etablierter Routinen. Für eine effektive Umsetzung sind klare Zuständigkeiten, eine genaue Lagebeschreibung sowie zuverlässige und redundante Kommunikationswege nötig, um kommenden Herausforderungen gewachsen zu sein (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023c).

5. Phase der Stabilisierung (S)

Die fünfte Phase, die Stabilisierungsphase, zeichnet sich durch allmähliche Beruhigung der Situation und dem Beginn des Übergangs in einen neuen Normalzustand aus. Die

zuvor implementierten Maßnahmen zur Schadensbegrenzung werden sukzessive abgebaut, und erste Alltagsroutinen nehmen ihren gewohnten Verlauf wieder auf. Zur gleichen Zeit werden die gravierendsten Folgen des Geschehens in Angriff genommen, etwa durch den Aufbau wesentlicher Infrastrukturen. Außerdem setzt in dieser Phase eine Reflexion und eine systematische Aufarbeitung des Geschehens ein (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023c).

6. Phase Alltag 2 (A)

Das AVDASA-Modell wird durch das Erreichen eines neuen Alltags vervollständigt, der die abschließende Phase bildet. Zu diesem Zeitpunkt haben die meisten beteiligten Akteurinnen und Akteure das Katastrophenereignis weitgehend bewältigt und eine neue Form von Normalität erreicht. Dieser Alltag unterscheidet sich jedoch wesentlich von dem in der ersten Phase beschriebenen, da die Geschehnisse und die aus dem Extremereignis gewonnenen Erfahrungen zu einer veränderten Ausgangslage führen. Im Idealfall führen die gewonnenen Erkenntnisse dazu, die Resilienz der Gesellschaft insgesamt gegenüber zukünftigen Krisen nachhaltig zu stärken (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023c).

7.2. Sachanalyse Katastrophenvorbereitung und Warnsysteme

Individuelle Notfallvorsorge bedeutet, dass jede Bürgerin und jeder Bürger proaktiv Maßnahmen ergreifen, um im Ernstfall handlungsfähig zu sein. Eine systematische Vorbereitung umfasst eine individuelle Risiko- und Bedürfnisanalyse, das Erstellen eines persönlichen Notfallplans, das Anlegen von Vorräten und das Sicherstellen einer zuverlässigen Kommunikation mit Familie und nahen Bezugspersonen. Wichtige Bestandteile sind dabei eine rechtzeitige Alarmierung, eine klare Aufgabenverteilung innerhalb des Haushalts, das Kennen von Evakuierungs- und Treffpunkten, sowie das regelmäßige Üben von Abläufen. Ziel ist es, sowohl die persönliche Sicherheit als auch die der Familie zu erhöhen, gesundheitliche Risiken zu minimieren und eine schnelle, koordinierte Reaktion zu ermöglichen. Dazu gehört auch, seine Begleitdokumente, medizinische Informationen und wichtige Kontaktdaten griffbereit zu halten sowie flexibel auf unterschiedliche Krisen- und Katastrophenszenarien reagieren zu können.

7.2.1 Was sollte man zu Hause haben?

Für den Katastrophenfall im häuslichen Umfeld empfiehlt sich eine umfassende Grundausstattung. Diese umfasst:

- Vorrat an Lebensmitteln und Wasser: Zur Vorbereitung empfiehlt sich eine vorsorgliche Planung eines Beschaffungsbestands für etwa 10 Tage pro Person. Dies

umfasst rund 2 Liter Wasser pro Tag und Person sowie eine Kalorienzufuhr von etwa 2200 Kalorien pro Tag, um die Versorgung bei Notfällen sicherzustellen.

- Trinkwasser mindestens 1,5l pro Person pro Tag für 10 Tage sowie 0,5l zusätzliches Wasser zum Zubereiten von Lebensmitteln.
- Die Lebensmittel sollten auch ohne Kühlung länger gelagert werden können (z.B. Nudeln, Reis, Haferflocken, Konservendosen (Fleisch, Fisch, Gemüse), Honig, Zucker, Salz, Marmelade, H-Milch, Hartkekse).
- Zur Erfassung des notwendigen Vorrats kann auch der Vorratskalkulator des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat verwendet werden: <https://www.ernaehrungsvorsorge.de/private-vorsorge/notvorrat/vorratskalkulator>
- Ein Großteil des Vorrats sollte auch kalt gegessen werden können.
- Bei Stromausfall bieten Campingkocher eine gute Alternative (jedoch niemals in der Wohnung verwenden!).
- Bei der Vorratshaltung auch an Spezialkost denken (z. B. Diabetikerinnen und Diabetiker, Allergikerinnen und Allergiker oder Babys) falls diese benötigt wird.
- Sollten auch Haustiere im Haushalt leben, dann muss auch deren Bedarf ausreichend abgedeckt werden.
- Hausapotheke: Eine gut sortierte und aktuell gehaltene Hausapotheke mit relevanten Medikamenten, Verbandsmaterial und Erste-Hilfe-Ausstattung.
- Dokumente: Wichtige persönliche und medizinische Dokumente sollten zusammen aufbewahrt werden und sich an einem Ort griffbereit in einer Tasche befinden. Alternativ besteht auch die Möglichkeit Dokumente auf einem USB-Stick oder einer externen Festplatte zu speichern.
 - Im Original: Familienurkunden (Geburts-, Heirats-, Sterbeurkunden) bzw. Stammbuch
 - Im Original oder als beglaubigte Kopie: Sparbücher, Kontoverträge, Aktien, Wertpapiere, Versicherungspolicen, Renten-, Pensions- und Einkommensbescheinigungen, Einkommenssteuerbescheide, Verträge, Qualifizierungsnachweise, Testament, Patientenverfügung und Vollmacht
 - Einfache Kopie: Personalausweis, Reisepass, Impfpass, Führerschein und Fahrzeugpapiere, Grundbuchauszüge, Zahlungsbelege für Versicherungsprämien, insbesondere Rentenversicherung, Meldenachweise der Arbeitsämter, Bescheide der Agentur für Arbeit, Rechnungen, die offene Zahlungsansprüche belegen
- Kommunikationsmittel: Ein batteriebetriebenes Radio oder Kurbelradio zur Empfangsmöglichkeit von Not- und Warnhinweisen.

- Beleuchtung: Stromausfälle werden in der Regel innerhalb weniger Stunden behoben. In Notfallsituationen kann es jedoch auch vorkommen, dass die Wiederherstellung der Stromversorgung mehrere Tage in Anspruch nimmt.
 - Taschen- und Stirnlampe mit ausreichend Batterien
 - Vorrat an Kerzen, Streichhölzer oder Feuerzeug
 - Powerbank zum Aufladen der Akkus von Handy und Computer (solarbetriebene Powerbanks können hier sehr hilfreich sein)
- Finanzmittel: Ausreichende Bargeldmenge für Notfälle. Bei Stromausfall funktionieren Geldautomaten und bargeldlose Bezahlung nicht mehr.
- Hygiene und Wärme: Viele Menschen nehmen die tägliche Reinigung wie Duschen, Zähneputzen oder Händewaschen als selbstverständlich hin. In Katastrophen- oder langanhaltenden Notfällen kann Wasser oftmals nicht mehr zur Verfügung stehen. In diesem Fall wird Hygiene von besonderer Bedeutung. Auch wenn Wasser rar ist, bleibt das Händewaschen eine zentrale Maßnahme zur Aufrechterhaltung von Hygiene und Gesundheit, da es Infektionswege reduziert und Krankheitsrisiken mindert.
 - Bei länger andauernden Ausfällen der Wasserversorgung, die vorher bekannt sind, sollte Wasser in allen verfügbaren größeren Gefäßen gesammelt werden (z.B. Badewanne, Waschbecken, Eimer, Töpfe). Hierbei sollte auch an Wasser für die Toilettenspülung gedacht werden.
 - Bei Wasserknappheit sparsam mit dem verfügbaren Wasser umgehen. Bei längerer Knappheit kann Einweg-Geschirr und -Besteck verwendet werden. Somit werden Spülvorgänge vermieden und der Wasserverbrauch reduziert.
 - Hygienebedarf: Ausreichender Vorrat an Seife, Waschmittel, Zahnpasta, Feuchttücher und Toilettenpapier.
 - saubere und insbesondere warme Kleidung zur Aufrechterhaltung von Wärme und Gesundheit (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025h).

7.2.2 Das Notgepäck

In einer potenziell stressigen Situation kann es schwierig sein, an alle notwendigen Gegenstände zu denken und diese schnell zusammenzutragen. Es ist sinnvoll, dies schon im Vorfeld zu planen und entweder eine Liste mit den notwendigen Gegenständen oder einen gepackten Rucksack immer griffbereit zu haben. Es sollte dabei bedacht werden, dass der Zugang zur Wohnung für längere Zeit eingeschränkt sein könnte und es notwendig sein kann, vorübergehend in einer Notunterkunft oder bei Freunden unterzukommen. Das Notgepäck dient dazu, die ersten Tage außerhalb der Wohnung zu überbrücken. Grundregel: Für jedes Familienmitglied sollte nicht mehr mitgenommen werden als in einen

Rucksack passt. Der Vorteil eines Rucksacks im Vergleich zu Taschen oder Koffern ist, dass beide Hände frei sind (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025h)

Das gehört in einen Notfallrucksack:

- persönliche Medikamente
- Erste-Hilfe-Material
- batteriebetriebenes Radio, Reservebatterien
- Dokumentenmappe
- Verpflegung für 2 Tage in staubdichter Verpackung
- Wasserflasche, Essgeschirr und -besteck
- Dosenöffner und Taschenmesser
- Taschenlampe, Reservebatterien
- Schlafsack oder Decke
- Kleidung für ein paar Tage, auch Wetterschutzbekleidung
- Kopfbedeckung
- Arbeitshandschuhe
- Hygieneartikel für ein paar Tage
- Schutzmaske, behelfsmäßiger Atemschutz (auch zum Schutz bei Gefahr durch radioaktive oder chemische Stoffe)
- Fotoapparat oder Handy mit Fotofunktion
- für Kinder: Brustbeutel oder eine SOS-Kapsel mit Namen, Geburtsdatum und Anschrift (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025h)

Tritt eine Situation ein, in der das Notgepäck benötigt wird, sollten folgende wichtige Dinge mitgenommen werden, die nicht vorbereitend gepackt werden können:

- Personalausweis / Reisepass
- Bargeld, Geldkarten
- Gesundheitskarte der Krankenversicherung
- Impfpass
- Haustürschlüssel, ggf. Autoschlüssel
- Handy / Smartphone falls vorhanden, damit mit An- und Zugehörigen Kontakt aufgenommen werden kann (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025h)

Weitere Informationen finden Sie auch auf der externen Website des BBK: „Meine persönliche Checkliste“

7.2.3 Empfohlene Maßnahmen für pflegende Angehörige

Vorsorge im Bevölkerungsschutz ist für pflegende Angehörige von besonderer Bedeutung, da sie im Notfall häufig eine zentrale Rolle bei der Versorgung der betreuten Personen einnehmen. In Krisensituationen wie Evakuierungen oder Katastrophen sind zügige Maßnahmen erforderlich, um die pflegebedürftigen Personen sicher zu versorgen.

- Medikamentenversorgung für mindestens sieben Tage vorhalten. Die Erstellung eines detaillierten Dosierplans, der alle verabreichten Medikamente, Dosierungen und Einnahmezeiträume umfasst. Prüfung und Dokumentation der Verfallsdaten sowie regelmäßige Aktualisierung des Vorrats vor Einsatz- oder Evakuierungsfällen.
- Pflegehilfsmittel vorrätig und griffbereit haben, um die ersten Tage außerhalb der gewohnten Umgebung zu bewältigen.
- Notgepäck für sich und den Angehörigen packen.
- Dokumente und Informationen zusammenstellen: Krankenkasse, Pflegegrad, Diagnosen, Allergien (digital und analog).
- Notfallkontakte festlegen: Hausarzt, Pflegedienst, Verwandte, Nachbarn. Sicherstellung der Erreichbarkeit über verschiedene Kommunikationskanäle (Telefon, SMS, Messaging-Apps).
- Stromausfallvorsorge: Maßnahmen zur Aufrechterhaltung lebenswichtiger Funktionen bei Stromausfällen. Bereitstellung batteriebetriebener Geräte (z. B. Taschenlampen) und ausreichender Ersatzbatterien oder Powerbanks. Berücksichtigung medizinischer Geräte mit Notstromversorgung und Abstimmung mit behandelnden Fachpersonen; Planung alternativer Versorgungswege und regelmäßige Funktionschecks (vgl. DRK - LANDESVERBAND BERLINER ROTES KREUZ 2025)

7.2.4 Digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme, Warnsysteme

Digitale Notfall-Informations- und Warnsysteme wie die NINA-App oder Cell Broadcast bieten umfassende Informationen über Gefahrenlagen, während Notrufsysteme wie die nora-App oder mobile Notrufarmbänder schnelle Hilfe und Alarmierung im akuten Notfall ermöglichen. Systeme für zu Hause, wie Hausnotrufsysteme, verbinden Senioren mit einer Notrufzentrale, während Wearables mit GPS und Sturzerkennung auch unterwegs Schutz bieten. Fahrzeuggebundene Notrufsysteme wie eCall lösen automatisch einen Notruf aus.

Für die Benachrichtigung der Bevölkerung wird das Modulare Warnsystem (MoWaS) genutzt. Dies ist ein hochverfügbares, satellitengestütztes System in Deutschland zur Warnung der Bevölkerung bei Katastrophen und anderen Gefahren. Es wurde vom BBK

entwickelt und ermöglicht es Behörden, Warnmeldungen schnell und auf zahlreichen Kanälen zu verbreiten. Beispielsweise über Sirenen, Radio, Fernsehen, Warn-Apps (z.B. NINA), SMS und Cell Broadcast (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025e)

Digitale Informations- und Warnsysteme

NINA-App: Die NINA-Warnapp (Notfall-Informations- und Nachrichten-App) ist eine offizielle App des BBK, die Warnungen und Hinweise zu Katastrophenlagen, Gefahren und Unglücksfällen schnell und zuverlässig an die Bevölkerung übermittelt. Ziel ist es, Menschen frühzeitig zu informieren, damit sie sich schützen und passende Maßnahmen treffen können.

Sie verbreitet Warnungen in Echtzeit zu Gefahrenlagen wie Starkregen, Stürmen, Unwettern, Feuer oder Ausfällen wichtiger Infrastruktur. Die Warnungen erscheinen geografisch relevant, basieren auf dem gemeldeten Standort des Nutzers bzw. einer gewählten Position. Es gibt mehrere Warnstufen mit unterschiedlichen Handlungsanweisungen, von Hinweisen bis hin zu Gefahrenlagen. Die App arbeitet unabhängig von Mobilfunknetzen. Push-Benachrichtigungen erfolgen über das Internet, bei Netzstörungen können Alarm-SMS zusätzliche Informationen liefern. Die Quellen der Warnungen sind transparent und stammen von zuständigen Behörden wie dem BBK sowie weiteren Feuerwehr- bzw.

Katastrophenschutzbehörden. Bereits empfangene Warnungen bleiben offline sichtbar, und bei neuen Informationen aktualisieren sie sich, sobald eine Verbindung besteht (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025i)

Die NINA-App wird vom BBK auch für Menschen mit Sehbehinderung empfohlen, da sie mit Screenreader nutzbar ist. Des Weiteren bietet die App wichtige Warnungen und Inhalte in sieben Fremdsprachen sowie in deutscher Leichter Sprache an, um Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten den Zugang zu ermöglichen (vgl. BUNDESFACHSTELLE BARRIEREFREIHEIT 2022).

KATWARN-App: Die KATWARN-App ist eine kostenlose App für Deutschland und das Ausland, die Nutzer über Gefahren und Katastrophen informiert, wie z.B. Großbrände, Unwetter oder Gefahrstoffaustritte. Die App versendet Push-Benachrichtigungen für bis zu acht wählbaren Orten, kann aber auch über den aktuellen Standort Warnungen für den Nutzer auslösen. Die Benachrichtigungen enthalten Warntexte und farblich gekennzeichnete Informationen zur Warnstufe und werden von offiziellen Stellen wie der Feuerwehr oder dem Deutschen Wetterdienst ausgelöst. KATWARN ist eine Dienstleistung des Fraunhofer-FOKUS, das auch Meldungen des Bundesmodularen Warnsystems (MoWaS) verbreitet, welches auch die Grundlage für die NINA-App ist (vgl. FRAUNHOFER - INSTITUT FÜR OFFENE KOMMUNIKATIONSSYSTEME FOKUS 2025)

Cell Broadcast: Cell Broadcast ist ein Warnsystem, mit dem Behörden wie Polizei und Feuerwehr Warnnachrichten über das Mobilfunknetz an alle Geräte in einem bestimmten Gebiet senden, ohne eine App zu benötigen. Die Geräte zeigen die Nachricht direkt auf dem Display an, oft begleitet von einem Warnton, besonders bei hoher Gefahrenstufe. Die Nachrichten informieren über Gefahren wie Unwetter oder Brände, geben Verhaltenstipps und nutzen einen eigenen Funkkanal, der auch bei hoher Netzbelastung funktioniert. Die Funktion ist bei modernen Geräten ab Android 11 bzw. iOS 16 aktiv und kann in den Geräteeinstellungen eingeschaltet werden (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025a). Bei diesem System ist die Vibration des Handys eine wichtige haptische Signalgebung für Gehörlose (vgl. BUNDESFACHSTELLE BARRIEREFREIHEIT 2022).

KatNu: Die KatNu-App wurde vom Kompetenzzentrum Pflege im Bevölkerungsschutz entwickelt, um Pflegefachpersonen und pflegende An- und Zugehörige gezielt auf Krisen und Katastrophen vorzubereiten und in Notfallsituationen praktische Hilfe zu bieten. Pflegende Angehörige sollen für das Thema sensibilisiert werden und eine Unterstützung erhalten, falls sie einige Tage auf sich allein gestellt sind. Die App enthält umfassende Informationen, um in Krisensituationen angemessen zu agieren, sowie die Gelegenheit, sich mit anderen zu vernetzen und auszutauschen (vgl. KOMPETENZZENTRUM PFLEGE IM BEVÖLKERUNGSSCHUTZ 2026).

Digitale Notrufsysteme

nora Notruf-App: Die nora Notruf-App ermöglicht im Notfall eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst bundesweit in Deutschland. Die App nutzt die Standort-Funktion des Mobilgeräts, um den genauen Standort an die zuständige Einsatzleitstelle zu übermitteln, sodass Einsatzkräfte den Hilfesuchenden effektiver finden können, auch wenn dieser seinen eigenen Standort nicht sicher bestimmen kann. Zudem bietet nora die Möglichkeit, Notrufe abzusetzen, ohne zu sprechen, wodurch auch Personen mit eingeschränkten Sprach- oder Hörfähigkeiten oder in Bedrohungssituationen direkten Kontakt zu den Leitstellen von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst herstellen können (vgl. MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2021)

eCall: Das automatische Notrufsystem eCall alarmiert im Falle eines schweren Unfalls automatisch die nächstgelegene Rettungsleitstelle und übermittelt dabei zentrale Daten wie Standort, Zeitpunkt und Fahrtrichtung. Seit 2018 besteht für neue Fahrzeugtypen eine Pflicht zur Ausstattung mit eCall. Durch das automatische Notrufsystem wird deutlich Zeit gespart, weshalb Rettungskräfte in der Regel schneller am Unfallort eintreffen als bei herkömmlichen Alarmierungswegen wie Mobiltelefon oder Notrufsäule. Der Notruf wird per Satellit geortet und über das Mobilfunknetz an die zuständige Rettungsleitstelle bzw. an ein

angeschlossenes Callcenter des Autoherstellers übertragen. Je nach System wird automatisch die Freisprechanlage aktiviert, sodass die Notrufzentrale über eine Sprachverbindung Kontakt zu den Fahrzeuginsassen aufnehmen kann. Erfolgt keine Reaktion, wird umgehend zusätzliche Hilfe organisiert (vgl. TÜV NORD 2025)

Notrufsysteme für Senioren: Notrufsysteme für Senioren bieten Sicherheit im Alltag und bestehen typischerweise aus einem mobilen Sender (wie Armband oder Kette) und einer Basisstation oder einer mobilen Lösung mit Mobilfunk und GPS. Im Notfall wird ein Alarm ausgelöst, der eine Verbindung zu einer Notrufzentrale herstellt, die je nach Situation Rettungsdienste oder Angehörige informiert. Zusätzliche Funktionen können automatische Sturzerkennung, Standortbestimmung und Notruf-Apps sein (vgl. SIEGL/KAMPS 2025).

Planspiel-Bezug:

Individuelle Notfallvorsorge und Warnsysteme (NINA, KATWARN, Cell Broadcast) sind Hintergrundwissen für alle drei Planspiele. Die Abschnitte 7.2.1–7.2.3 zur privaten Vorsorge dienen der allgemeinen Sensibilisierung und sind nicht planspielspezifisch.

7.3. Sachanalyse Akteure im Katastrophenschutz

Der Katastrophenschutz in Deutschland ist ein Zusammenspiel von Bund, Ländern, Kommunen und zahlreichen Akteuren. Die Hauptverantwortung tragen dabei die Länder. Die Zuständigkeiten sind föderal aufgeteilt. Der Bund ist hauptsächlich für den Zivilschutz zuständig und unterstützt die Länder, die ihrerseits die operative Umsetzung an die untere Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte delegieren. Zu den wichtigsten Akteuren gehören die Feuerwehren sowie Hilfsorganisationen wie das Deutsche Rote Kreuz (DRK), das Technische Hilfswerk (THW) und die Bundeswehr (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2022).

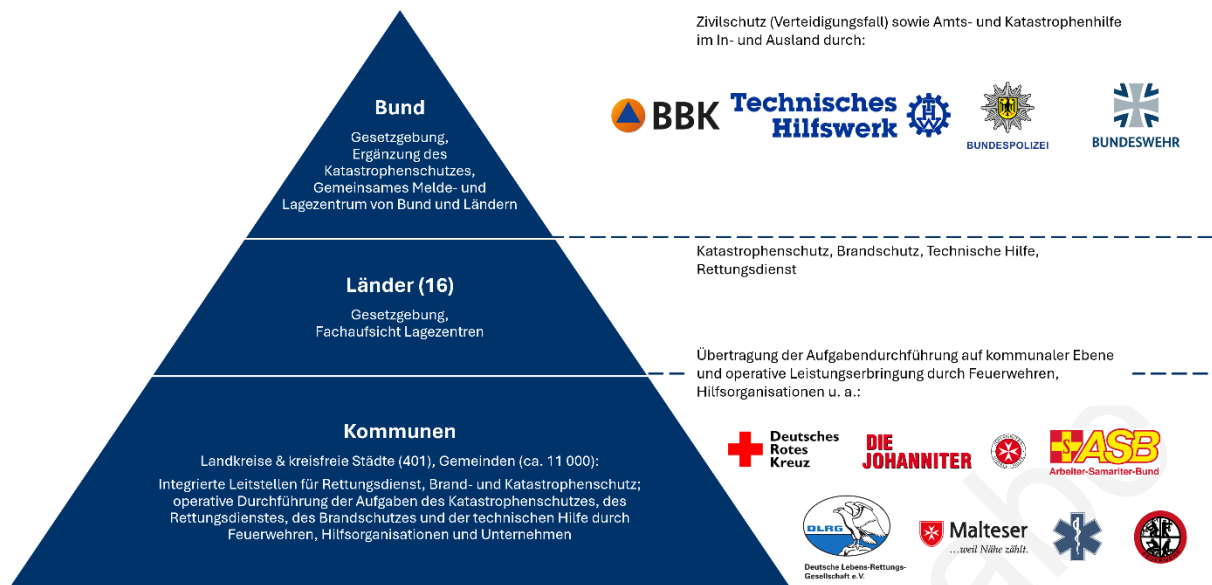


Abbildung 4: Systemstruktur des Bevölkerungsschutzes

Quelle: Eigene Darstellung der Systemstruktur des Bevölkerungsschutzes in Deutschland in Pyramidenform in Anlehnung an Darstellung des Deutschen Komitees Katastrophenvorsorge e.V. (DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. 2022)

Die Struktur des deutschen Bevölkerungsschutzes ähnelt einer Pyramide, die aus drei Verwaltungsebenen des integrierten Hilfeleistungssystems besteht. Auf der operativen Ebene sind Gemeinden, kreisfreie Städte und Landkreise in den Bereichen Brandschutz, Allgemeine Hilfe, Rettungsdienst und Katastrophenschutz tätig. Auf Kreisebene koordinieren integrierte Leitstellen das tägliche Einsatzgeschehen. Für die Durchführung stützen sich die kommunalen Ebenen auf freiwillige Feuerwehren und Partner aus privaten Hilfsorganisationen, einschließlich Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), Malteser Hilfsdienst (MHD) sowie, in geringerem Umfang, privat-kommerzielle Unternehmen. Als Bundeseinheit im Zivilschutz leistet das THW Unterstützung für die Länder und Kommunen. Insgesamt existieren etwa 1,7 Millionen überwiegend ehrenamtliche Einsatzkräfte, wobei Freiwillige Feuerwehren durch Berufsfeuerwehren in Großstädten und den überwiegend hauptamtlich organisierten Rettungsdienst ergänzt werden (vgl. GEIER 2017)

In der Pyramidenstruktur bilden die Bundesländer die mittlere Ebene, da sie gesetzlich für den Brand- und Katastrophenschutz sowie den Rettungsdienst verantwortlich sind. Jedes der 16 Bundesländer verfügt über eigene Landesgesetze in diesem Bereich, wobei das Innenministerium die fachliche Aufsicht ausübt. In einigen Ländern obliegt die Verantwortung für den Rettungsdienst den Gesundheitsministerien, wobei die Kooperation mit den Innenressorts durch spezielle Gremien erfolgt. Auf der Ebene des Bundeslandes werden den Kommunen materielle und technologische Ressourcen zur Verfügung gestellt. Zusätzlich

können Länder eigene Einheiten formieren und bei umfangreicheren Situationen Krisenstäbe auf politisch-administrativer Ebene koordinieren (vgl. GEIER 2017)

Der Bund bildet die Spitze der Pyramide und trägt die Gesamtverantwortung für den Zivilschutz. Das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) bildet den fachlichen Rechtsrahmen und regelt die Bundeshilfe für Länder im Falle von Katastrophen. Durch die Integration von Zivilschutzressourcen in den Katastrophenschutz der Länder können diese auch in Friedenszeiten bei Katastrophenereignissen genutzt werden. Die Kooperation zwischen Bund, Ländern und Gemeinden resultiert aus der Mitwirkungspflicht aller Ebenen im Bereich des Bevölkerungsschutzes im Falle eines Verteidigungsfalls. Für die Umsetzung des ZSKG sind insbesondere das BBK (gegründet 2004 in Bonn) und das THW als Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Inneren zuständig (vgl. GEIER 2017).

7.3.1 Zivilschutz

Der Zivilschutz beinhaltet Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Bevölkerung vor den Folgen eines Krieges zu schützen und deren Auswirkungen zu verringern.

Rechtsgrundlage ist das ZSKG. Er ist eine Kernaufgabe des Bundes und beinhaltet folgende Aufgabenbereiche:

- Warnung der Bevölkerung: Information der Bevölkerung über Gefahrenlagen.
- Schutzbau: Errichtung und Instandhaltung von Schutzräumen und ähnlichen Anlagen.
- Aufenthaltsregelung: Regelung des Aufenthalts der Bevölkerung, um sie zu schützen.
- Gesundheitsschutz: Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung.
- Selbstschutz: Unterstützung der Bevölkerung, sich selbst zu schützen.
- Schutz von Kulturgut: Sicherung und Schutz von Kulturgütern.
- Katastrophenschutz: Der Bund unterstützt die Länder im Bereich des Katastrophenschutzes durch die Bereitstellung von Ressourcen.

(vgl. KARUTZ/GEIER/MITSCHKE 2017b; BUNDESMINISTERIUM DES INNEREN o.J.)

Der Zivilschutz wird in Kooperation mit den Bundesländern umgesetzt. Eine wesentliche Verbindung zwischen dem Bundeszivilschutz und dem Katastrophenschutz der Länder entsteht durch die Bereitstellung spezieller Ressourcen für Zivilschutzzwecke. Dies umfasst Brand- und Sanitätsfahrzeuge, Detektions- und Messtechnologien für CBRN-Gefahren sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Hilfskräfte. Diese Ressourcen können im Doppelnutzen auch für Katastrophenschutz, Brandschutz, Betreuungsdienste und MANV genutzt werden. In militärischen Konfliktsituationen greift der Bund auf das Ländersystem zurück. Das BBK hat spezielle Task Forces für MANV, Erkundungsfahrzeuge, Löschfahrzeuge und Task Forces für chemische und biologische Gefahren (C-/B-Gefahren)

eingesetzt und in den Bundesländern stationiert. Insgesamt verfügen die Länder über mehr als 5.000 Einsatzfahrzeuge des Bundes. Hinzu kommen 18 Hubschrauber des BBK an 12 Luftrettungsstationen des Christoph-Systems in Deutschland, die den Luftrettungsdienst der Länder unterstützen (vgl. GEIER 2017)

Mit der Novellierung des ZSKG im Jahr 2009 stellt der Bund im Falle einer Katastrophe auf Antrag der Länder die Koordination von Hilfsmaßnahmen zur Verfügung. Für diesen Zweck stehen Instrumente wie die Interministerielle Koordinierungsgruppe und das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum beim BBK zur Verfügung (vgl. GEIER 2017).

Der Bund ist gesetzlich dazu verpflichtet, Risikoanalysen zur Vorsorge durchzuführen und dem Bundestag jährlich zu berichten. Das BBK entwickelt dafür wissenschaftlich fundierte Methoden. Im Jahr 2012 wurde gemeinsam mit dem Robert-Koch-Institut eine Pandemie-Risikoanalyse durchgeführt, die die im Jahr 2020 eingetretene Situation realistisch darstellte und Mängel in der Vorbereitung aufzeigte (vgl. GEIER 2021).

Eine zusätzliche Aufgabe umfasst die Beratung hinsichtlich des Schutzes Kritischer Infrastrukturen (KRITIS) vor Störungen oder Ausfällen. Zu den KRITIS zählen zentrale Sektoren wie Energie, Wasser, Ernährung, Gesundheit, Transport & Verkehr, Finanzen, Versicherungen, Informationstechnik, Telekommunikation, Staat/Verwaltung sowie Medien und Kultur. Der Bund hat die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern Standards und Rahmenkonzepte zu entwickeln (vgl. GEIER 2021).

7.3.2 Katastrophenschutz

Der Katastrophenschutz obliegt den Ländern und dient dazu, Menschen, Tiere, Umwelt und Sachwerte vor den Auswirkungen von Katastrophen zu schützen. Er ist in dem jeweiligen Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) verankert. Er beinhaltet präventive Strategien, die Organisation von Notfallhilfe und die Behebung von Schäden. Dies umfasst beispielsweise die Erstellung von Risikobewertungen, Notfallplänen, die Bereitstellung von Einsatzkräften und die Koordination verschiedener Behörden und Organisationen wie Feuerwehren und Hilfsorganisationen (vgl. GEIER 2021).

Die obersten Katastrophenschutzbehörden sind die Innenministerien, während die Landkreise und kreisfreien Städte mit ihren Fachämtern die unteren Katastrophenschutzbehörden bilden. Die Feststellung einer Katastrophe stellt einen administrativen Akt dar und erfolgt in der Regel, wenn ein Schadensereignis so groß ist, dass sämtliche eingesetzten Kräfte unter einer zentralen Führung stehen. Die Katastrophenschutzbehörden sind verpflichtet, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um sich auf den potenziellen Eintritt einer Katastrophe vorzubereiten (vgl. GEIER 2021).

Die kommunale Ebene ist verpflichtet, Leitungsgremien wie Katastrophenschutzstäbe zu etablieren, diese personell angemessen zu besetzen und zu schulen, sowie Katastrophenschutzpläne zu entwickeln und kontinuierlich zu aktualisieren. Bei Feststellung einer Katastrophe und der Einberufung des Katastrophenschutzstabs, übernimmt der Landrat bzw. der Oberbürgermeister in seiner Funktion als Hauptverwaltungsbeamter die Leitung des Stabs und trägt die Gesamtverantwortung für die Katastrophenabwehr im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt (vgl. GEIER 2021).

In den jeweiligen Ländern können spezialisierte Einheiten des Katastrophenschutzes eingerichtet werden, die über spezifisches Fachwissen und spezielle Ausrüstung verfügen und somit spezifische Aufgaben übernehmen können. Als Beispiele nennt Hessen laut Hessischem Brand- und Katastrophenschutzgesetz (HBKG) landeseigene Einheiten wie Führung, Information und Kommunikation (früher Fernmeldedienst), Brandschutz, Gefahrstoff-ABC (heute als CBRN bezeichnet), Sanitätswesen, Betreuung, Wasserrettung sowie Bergung und Instandsetzung. Diese Einheiten werden überwiegend durch die in den Gesetzen genannten privatrechtlichen Hilfsorganisationen wie ASB, DLRG, DRK, JUH, MHD und durch Feuerwehren personell besetzt (vgl. GEIER 2017).

Feuerwehr

Aufgrund ihres landesgesetzlichen Auftrags stellen die Feuerwehren in den Gemeinden den Brandschutz und die allgemeine Hilfe sicher. Sie repräsentieren somit den größten operativen Einzelakteur im Bereich des Bevölkerungsschutzes. Gemeinden sind verpflichtet, gemäß Bedarfsplänen eine personell leistungsfähige und technisch gut ausgestattete Feuerwehr zu etablieren (vgl. GEIER 2017).

Hauptaufgaben der Feuerwehr im Katastrophenschutz

- Rettung und Bergung: Rettung von Menschen und Tieren aus Gefahrenlagen sowie Bergung von Sachwerten.
- Brandschutz: Bekämpfung von Bränden, die durch eine Katastrophe ausgelöst wurden.
- Schutz: Schutz der Bevölkerung, Umwelt und Infrastruktur vor den Auswirkungen der Katastrophe.
- Unterstützung: Durchführung von Hilfsmaßnahmen wie Räumung und Evakuierung, Bereitstellung von technischer Hilfe und Unterstützung des Rettungsdienstes.
- Vorbeugung: Erstellung von Notfallplänen und die Wartung der dafür notwendigen Infrastruktur wie Sirenen oder Trinkwassernotversorgung.

Die Feuerwehr kooperiert im Katastrophenschutz eng mit anderen Hilfsorganisationen wie dem THW, ASB, DRK und DLRG. Sie stellt auch spezifische Ausrüstung bereit, darunter

Dekontaminationsfahrzeuge, Hochleistungswassersysteme zum Abpumpen von Wasser oder Energieeinheiten zur Notstromversorgung (vgl. BUNDESMINISTERIUM DES INNERN o.J.).

Rettungsdienst: Der Rettungsdienst stellt eine öffentliche Verpflichtung zur Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge dar. Er beinhaltet die notfallmedizinische Rettung (Notfallrettung) sowie den qualifizierten Krankentransport und fällt wie der Brand- und Katastrophenschutz in die Zuständigkeit der Länder. Diese regeln die Aufgaben in Landesrettungsdienstgesetzen und delegieren sie an Landkreise sowie kreisfreie Städte. Standardisierte Spezialfahrzeuge unterstützen die Notfallrettung: Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) als Notarztzubringer, Notarztwagen (NAW) als ständig arztbesetzte Rettungswagen, Rettungstransportwagen (RTW) und arztbesetzte Rettungstransporthubschrauber (RTH). Für eine effektive Notfallrettung stehen neben qualifizierten Ärztinnen und Ärzte auch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter zur Verfügung. Während Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen qualifizierte Berufe im Gesundheitssektor darstellen, ist die Qualifikation als Rettungssanitäter/-in bzw. Rettungshelfer/-in nicht berufsqualifizierend (vgl. GEIER 2017).

Hilfsorganisationen: Privatrechtliche Hilfsorganisationen wie der ASB, der DLRG, das DRK, die JUH und der MHD übernehmen aufgrund landes- und bundesgesetzlicher Regelungen Aufgaben in der alltäglichen Gefahrenabwehr sowie im Zivil- und Katastrophenschutz. Zudem haben sie sich durch die eigenen Vereinssatzungen zur Katastrophenhilfe verpflichtet. Sie engagieren sich im Rettungsdienst, im Sanitäts- und Betreuungsdienst sowie im Zivil- und Katastrophenschutz. Darüber hinaus sind sie als Wohlfahrtsverbände stark im Sozial- und Gesundheitswesen engagiert, betreiben Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser und bieten mobile Gesundheitsdienstleistungen an. Diese vielfältigen Aufgaben der Katastrophenhilfe binden ein enormes Potenzial an Menschen, Infrastruktur und Technik (vgl. GEIER 2017). Die primäre Leistung wird jedoch von den rund 1,7 Millionen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern im Zivil- und Katastrophenschutz erbracht. Der Katastrophenschutz stützt sich zu 90 Prozent auf ehrenamtliches Engagement, das von der Unterstützung bei Großschadenslagen bis hin zur Betreuung reicht (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2024).

Technisches Hilfswerk: Das THW ist die Einsatzorganisation des Bundes, die von ehrenamtlichen Kräften getragen wird und dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums des Innern zugeordnet ist. Die primäre Funktion des THW im Katastrophenschutz besteht in der Bereitstellung technischer Unterstützung bei größeren Unglücksfällen und Katastrophen wie Hochwasser, Stromausfällen oder Bränden. Spezifische Aufgaben umfassen die Rettung und Bergung von Personen und Gütern, die Sicherung von Gebäuden, den Bau von Notbrücken sowie die Bekämpfung von

Ölkatastrophen. Dies beinhaltet die Bereitstellung von technischer Ausrüstung, Fachwissen, Personal und Transportkapazitäten zur Unterstützung der Einsatzkräfte vor Ort (vgl. TECHNISCHES HILFSWERK 2024)

Polizei: Die Polizei stellt einen bedeutenden Akteur im integrierten System der Hilfeleistung dar. Im Falle von Katastrophen und Unfällen gewährleistet sie Sicherheit und Ordnung, legt Absperrungen fest, reguliert den Verkehr und verfolgt strafrechtliche Aspekte potenziell strafbegründeter Schadensursachen. Darüber hinaus verfügt die Polizei über technische Ressourcen, die auch im Kontext der Amts- und Katastrophenhilfe eingesetzt werden können (vgl. GEIER 2021)

Bundeswehr: Die Bundeswehr unterstützt im Rahmen der Amts- und Katastrophenhilfe die zivile Seite bei der Bewältigung von Katastrophen und Unglücksfällen, vorausgesetzt, dass im Inland entsprechende Kapazitäten verfügbar sind. Vor diesem Hintergrund wurde der Artikel 35 des Grundgesetzes unter anderem aufgrund der schweren Sturmflut von 1962 in Norddeutschland angepasst, um den Einsatz der Bundeswehr und anderer Streitkräfte im Innern bei solchen Ereignissen verfassungsmäßig zu legitimieren. Auf dieser Rechtsgrundlage leistete die Bundeswehr wertvolle Amtshilfe bei Hochwasserkatastrophen, Stürmen und Eisenbahnunfällen. Aufgrund ihres primären Verteidigungsauftrags ist sie jedoch keine feste Größe in der zivilen Notfallplanung (vgl. GEIER 2021).

Die Akteursstruktur im Katastrophenschutz bildet eine wesentliche Grundlage für das Planspiel 3 (Unwetterkatastrophe), da die Lernenden die Aufgaben, Zuständigkeiten und das Zusammenwirken der beteiligten Akteure im Einsatz nachvollziehen und anwenden müssen.

7.4. Rolle der Pflegenden im Katastrophenschutz

Als die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen nehmen Pflegefachpersonen in Notfällen, Krisen und Katastrophen eine zentrale Rolle ein. Sie befinden sich häufig direkt vor Ort und leisten Erste Hilfe und beteiligen sich an der Notfallversorgung sowie an Rettungs- und Evakuierungsmaßnahmen. Außerdem helfen sie den ihnen anvertrauten Klienten dabei, mit langfristigen physischen und psychischen Auswirkungen von Krisenereignissen umzugehen. Sie tragen als Teil von Planungsteams und Einsatzkräften auch Verantwortung für den Schutz gefährdeter Individuen, Familien sowie sozialer Gemeinschaften (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024b)

Der Begriff „Disaster Nursing“ stammt ursprünglich aus der angloamerikanischen Krankenversorgung. Im Deutschen existiert bislang kein vollständig etablierter Fachbegriff dafür. (vgl. SAUER 2012). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das International

Council of Nurses (ICN) definieren Disaster Nursing als einen Begriff, der die Beteiligung von Pflegepersonal in allen Phasen einer Katastrophe umfasst und als zeitlich begrenzte Form professioneller Pflege, die unter oft unbekannten und herausfordernden Arbeitsbedingungen geleistet wird (vgl. WHO 2020; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019).

Die Pflege spielt im Bevölkerungsschutz eine vielschichtige Rolle, die praktische, organisatorische, kommunikative und präventive Aufgaben umfasst. Ihre Aufgaben unterscheiden sich jedoch je nach Phase der Katastrophe.

Häufige Tätigkeitsbereiche sind Notfallversorgung, medizinische Logistik, Administration, Management, Public Health, psychosoziale Betreuung und Prävention (vgl. GÖRRES u. a. 2012). Pflegefachpersonen sehen sich primär in pflegespezifisch praktischer Arbeit und Feldarbeit, im Management, in der Logistik sowie im Bereich Public Health. Typische Rollen während Katastrophen umfassen pflegerische Triage, die Versorgung von Betroffenen, Einsatzleitung, Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit sowie die Unterstützung bei Epidemien (z. B. Infektionsschutz, Hygiene, Aufklärung). Gleichzeitig sind sich Pflegefachpersonen der gesellschaftlichen Erwartung bewusst, in Katastrophensituationen hilfsbereit, handlungsfähig und vorbereitet zu sein, über Fachkenntnisse zu verfügen und schnelle sowie qualitativ hochwertige Hilfe zu leisten (vgl. GROCHTDREIS u. a. 2020; GÖRRES u. a. 2012; AL THOBAITY/PLUMMER/WILLIAMS 2017; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024)

7.4.1 Kernkompetenzen in der Pflege in Krisen- und Katastrophen nach ICN

Im Jahr 2009 veröffentlichten der International Council of Nurses (ICN), der mehr als 130 internationalen Berufsverbänden der Pflege umfasst, und die World Health Organization (WHO) die erste Version des ICN-Rahmenwerks für Kompetenzen in der Katastrophenpflege (Version 1.0) heraus. Diese Ausgabe wurde in den Jahren 2018 – 2019 überarbeitet und als Version 2.0 neu herausgegeben, die 2024 ins Deutsche übersetzt wurde (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024).

Der ICN definiert drei Kompetenzstufen, die aufeinander aufbauen:

- *„Stufe 1: Jede Pflegefachperson, die ein Primärqualifizierungsprogramm in der generalistischen Pflege erfolgreich abgeschlossen hat und von der zuständigen Aufsichtsbehörde des jeweiligen Landes die Berufszulassung in der Pflege erhalten hat.*
- *„Stufe 2: Jede Pflegefachperson, die die Kompetenzen der Stufe 1 erworben hat, und innerhalb einer Einrichtung, Organisation oder eines Systems als Beauftragte/-r für Notfälle, Krisen und Katastrophen ausgewiesen ist bzw. diese Position einnehmen möchte.*
- *„Stufe 3: Jede Pflegefachperson, die die Kompetenzen der Stufen 1 und 2 erreicht hat und darauf vorbereitet ist, auf ein breites Spektrum von Notfällen, Krisen und Katastrophen zu reagieren sowie in einem entsprechenden Einsatzteam zu arbeiten.* (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024a, S. 7)

Die Kernkompetenzen des International Council of Nurses (ICN) in der Katastrophenpflege umfassen acht Bereiche:

Domäne	Kompetenzbereich	Beschreibung
Dömane 1	Vorbereitung und Planung	Maßnahmen, die außerhalb eines konkreten Ereignisses ergriffen werden, um die Bereitschaft und das Vertrauen in die während eines Ereignisses zu ergreifenden Maßnahmen zu erhöhen
Dömane 2	Kommunikation	Weitergabe wichtiger Informationen innerhalb des eigenen, Arbeitssettings oder während des Ereignisfalls und zur Dokumentation der getroffenen Entscheidungen
Dömane 3	Systeme zur Bewältigung von Zwischenfällen	Strukturen der Notfall-, Krisen- und Katastrophenhilfe, die von den jeweiligen Ländern, Organisationen oder Institutionen gefordert sind, sowie Maßnahmen, um diese effektiv zu gestalten
Dömane 4	Sicherheit und Gefahrenabwehr	Sicherstellung, dass Pflegefachpersonen, ihre Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten nicht durch unsichere Praktiken zu einer zusätzlichen Belastung werden
Dömane 5	Assessment	Sammlung von Daten über die jeweils zugeteilten Patientinnen und Patienten, Familien oder sozialen Gemeinschaften, die als Grundlage für die Festlegung von Pflegemaßnahmen dienen können
Dömane 6	Intervention	Klinische oder andere Maßnahmen, die in Reaktion auf das zuvor durchgeführte Assessment von Patientinnen und Patienten, Familien, sozialen Gemeinschaften im Rahmen des Katastrophenmanagements ergriffen werden
Dömane 7	Wiederherstellung und Erholung	Alle Schritte, die ergriffen werden, um das vor einem Ereignis bestehende Funktionsniveau von Individuen, Familien, sozialen Gemeinschaften und Organisationen wiederherzustellen oder auf ein höheres Niveau zu heben
Dömane 8	Recht und Ethik	Der rechtliche und ethische Rahmen für die Notfall-, Krisen- und Katastrophenpflege

Abbildung 5: Kompetenzbereiche nach ICN

Quelle: Eigene Darstellung der ICN-Kompetenzbereiche in Anlehnung an ICN (2024) (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024)

Diese Kompetenzen dienen als Orientierung für Pflegefachpersonen, um in Krisen- und Katastrophensituationen adäquat handeln zu können.

7.4.2 Aufgaben von Pflegefachpersonen in den Phasen des Katastrophenmanagement-Zyklus

In den vier Phasen des Katastrophenmanagement-Zyklus (Prävention, Vorbereitung, Reaktion und Nachbereitung) kommen Pflegefachpersonen verschiedene Aufgaben zu:

1. Präventionsphase

- Kooperationen aufbauen durch Vernetzung mit externen Partnern wie Behörden, Kommunen, Hilfsorganisationen und anderen Pflegeeinrichtungen
- Risikobewertungen durchführen und relevanten Bedarf an Pflegekompetenzen identifizieren
- Die individuelle Resilienz durch regelmäßige Trainings, Weiterbildungen und den Aufbau von sozialen Netzwerken fördern

2. Vorbereitungsphase

- Aktive Beteiligung an der Erstellung und Aktualisierung von Krisenplänen mit eindeutigen Handlungsvorgaben
- Unterstützung bei der Sicherstellung von notwendigen Materialien (z. B. Notfall-Ausrüstung, Medikamente) und der Vorratshaltung
- Sensibilisierung und Schulung von Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen für die Bedeutung von Krisenprävention
- Klare Kommunikationswege für den Ernstfall festlegen und erreichbare Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benennen
- Teilnahme an interdisziplinären Schulungen und Simulationen
- Aufklärung und Beratung von Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten sowie Familien zur Eigenvorsorge

3. Reaktionsphase

- Veranlassen, koordinieren und überwachen der Ausführung vorbereiteter Notfallpläne
- Beratung der Einsatzleitung und Führungskräfte hinsichtlich pflegerischer Belange bei der Versorgung hilfsbedürftiger und pflegebedürftiger Menschen (Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger) im Schadensfall
- Einschätzung des Bedarfs an pflegerischen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Lageentwicklung, der verfügbaren Ressourcen sowie der individuellen Bedürfnisse der Betroffenen
- Gewährleistung der Betroffenenversorgung durch Sicherstellung der essenziellen Bedürfnisse der hilfsbedürftigen und pflegebedürftigen Menschen

- Anwendung von Methoden der Krisenintervention, um die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu stärken
- Informieren und beraten von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Kommunikation mit externen Stellen
- Dokumentation von Maßnahmen, Priorisierung von Pflegebedarf und Ressourcenallokation
- Anleiten von ungebundenen Helferinnen und Helfern wie beispielsweise Pflegeunterstützungskräften
- Psychosoziale Unterstützung für Betroffene und ihre An- und Zugehörigen
- Berücksichtigen von Risiko- und Sicherheitsaspekten sowie Umsetzen von Schutzmaßnahmen

4. Nachbereitungsphase

- Sammlung von Informationen und Erfahrungen während der Krise zur Auswertung
- Evaluation der Pflegeversorgung (Gemeinsame Bewertung der Abweichungen von den Plänen und Identifizierung von Verbesserungspotenzialen)
- Wiederaufbau der Versorgungsstrukturen, Ressourcenplanung und Schnittstellenmanagement
- Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen bei der Verarbeitung der psychischen Belastung.

(vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024; DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2018)

Die ICN-Kernkompetenzen und Aufgaben von Pflegefachpersonen im Katastropheneinsatz sind der fachliche Bezugspunkt für alle drei Planspiele. Jede Ereigniskarte in Band 2 weist die zugehörigen ICN-Kompetenzanforderungen aus.

7.5. Katastrophenschutz-Einsatzleitung und Stäbe (Führungsstrukturen, Meldekette)

Die Einsatzleitung im Katastrophenschutz stellt die operativ-taktische Führung dar, die den Einsatz vor Ort leitet, während der Stab eine unterstützende, administrativ-operative Einheit ist, die der Einsatzleitung zuarbeitet. Der Stab informiert die Einsatzleitung und bereitet Maßnahmen vor, die über den direkten Einsatz hinausgehen, wie etwa Evakuierung oder die Versorgung der Bevölkerung. In der Regel wird der Stab nach Sachgebieten (S1 – S6) strukturiert, die sich um Personal, Lage, Einsatz, Versorgung, Presse und Kommunikation kümmern (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).

In Deutschland arbeiten alle Organisationen, die für den Katastrophenschutz zuständig sind (wie Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei/Ordnungsbehörden und Hilfsorganisationen), im Einsatz – sowohl im Stab als auch außerhalb – nach einer einheitlichen Dienstvorschrift. Ein

Beispiel hierfür ist die Feuerwehr-Dienstvorschrift „Führung und Leitung im Einsatz“ (FwDV 100) (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).

7.5.1 Aufgaben der Einsatzleitung

Die Einsatzleitung trägt die Verantwortung für die Durchführung des Einsatzes. Sie übernimmt die Führung der Einsatzkräfte und koordiniert die Organisationen, die an der Gefahrenabwehr beteiligt sind. Die Einsatzkräfte werden im Rahmen des Einsatzauftrags so eingesetzt, dass der Erfolg des Einsatzes sichergestellt ist. Das primäre Einsatzziel besteht darin, Menschen zu retten, sie in Sicherheit zu bringen und zu schützen. Oft ist eine Rettung jedoch nur möglich, wenn bestehende Gefahren zuvor beseitigt oder zumindest eingegrenzt werden. Das Schützen und Bergen gefährdeter Sachwerte sowie der Umweltschutz haben im Vergleich zur Menschenrettung in der Regel eine nachrangige Priorität (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

Bei alltäglichen Einsätzen zur Gefahrenabwehr ist es für die Einsatzleitung in der Regel möglich, die anstehenden Aufgaben ohne zusätzliche Führungskräfte und Führungshilfspersonal zu bewältigen. Bei größeren Einsätzen ist die Unterstützung von Führungseinheiten und Führungseinrichtungen erforderlich und sinnvoll. Eine Führungseinheit sollte mindestens aus einer Führungsassistentin, einer Melderin/eines Melders, einer Fahrperson und den erforderlichen Führungsmitteln bestehen. Die kleinste Führungseinheit wird als Führungstrupp bezeichnet und ist mit einem Fahrzeug ausgestattet. Eine Führungseinheit kann ein Führungstrupp, eine Führungsstaffel, eine Führungsgruppe oder ein Führungsstab sein. Bei einer bestimmten Art und Größe des Einsatzes ist die Einsatzleitung nicht mehr in der Lage, die Aufgaben allein wahrzunehmen, selbst mit Unterstützung des Führungstrupps. Sie benötigt dann Unterstützung durch zusätzliches Führungsassistenten- und Führungshilfspersonal, das sowohl an der Einsatzstelle als auch im rückwärtigen Bereich, wie in der Leitstelle oder Einsatzzentrale, eingesetzt werden kann (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

7.5.2 Aufbau einer Einsatzeinheit im Katastrophenschutz

Die Einsatzeinheit, in einigen Ländern auch Einsatzzug genannt, stellt eine taktische Einheit im Bereich des Bevölkerungsschutzes dar, die nach dem Kalten Krieg in vielen Bundesländern die ehemaligen Katastrophenschutzzüge ablöste. Da die Gesetzgebungskompetenz für den Katastrophenschutz bei den Ländern liegt, variieren Ausstattung und Finanzierung national bzw. regional. Das Personal ist ehrenamtlich tätig und wird von Hilfsorganisationen wie dem ASB, der JUH, dem MHD, der DLRG und dem DRK

gestellt. Material und Fahrzeuge werden dagegen hauptsächlich durch den Bund, die Länder und teilweise durch die Hilfsorganisationen finanziert. Das Konzept der Einsatzeinheit wurde bundesweit durch das DRK flächendeckend umgesetzt; in NRW wurde es 1998 als „Einsatzeinheit NRW“ verbindlich für alle Hilfsorganisationen vorgeschrieben. Auch andere Bundesländer übernahmen ähnliche Modelle, wobei die Struktur, Ausstattung und Personalstärken variieren. Eine Einsatzeinheit besteht typischerweise aus einem Führungstrupp, einer Sanitätsgruppe, einer Betreuungsgruppe sowie einem Trupp Technik und Sicherheit und umfasst rund 30 Einsatzkräfte, teils mehr (vgl. DRK - ORTSVEREIN ALSDORF E.V.).

Einsatzeinheit NRW (1/7/25/33) (exemplarisch)

Die Einsatzeinheit NRW (EE NRW) ist eine modulare und multifunktionale Einheit im Katastrophenschutz. Sie kann sanitäts- sowie betreuungsdienstliche Einsätze durchführen und wird auch im Verbund mit anderen Kräften eingesetzt. Sie ist nicht mit Ärzten besetzt und gliedert sich in vier Teileinheiten: Führung, Sanität, Betreuung und Unterstützung. Die Gesamtpersonalstärke umfasst 33 Funktionen (1/7/25/33) und setzt sich aus der Teileinheit Führung (TE Fü), der Teileinheit Sanität (TE San), der Teileinheit Betreuung (TE Bt) sowie der Teileinheit Unterstützung (TE Ust) zusammen. Die EE NRW wird von einer Zugführung geleitet, und im modularen Einsatz erfolgt die Leitung durch die taktische Führungskraft der jeweiligen Teileinheit. Die gesamte Einsatzeinheit NRW ist grundsätzlich innerhalb von 60 Minuten nach Alarmierung abmarschbereit und verfügt über die Fähigkeit, ihre Aufgaben mit eigenen Mitteln für mindestens vier Stunden zu erfüllen (nach erfolgter Unterstellung und vollständiger Herstellung der Betriebsbereitschaft am jeweiligen Einsatzort) (vgl. MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2024).

Die Teileinheit Führung umfasst eine Zugführerin bzw. einen Zugführer, eine Gruppenführerin bzw. einen Gruppenführer oder stellvertretende Zugführerinnen bzw. stellvertretende Zugführer sowie zwei Führungsgehilfinnen bzw. Führungsgehilfen. Die Teileinheit Führung (TE Fü) führt die Einsatzeinheit NRW und sorgt dabei für die Kommunikation zu übergeordneten Führungsebenen. Im örtlichen Einsatz oder bei gegenseitiger Hilfe kann die TE Fü Führungsunterstützung leisten. Sie sollte immer angefordert werden, wenn mehr als eine Teileinheit für einen Einsatz alarmiert wurde oder ihre Einbindung notwendig war, um sicherzustellen, dass Verbindungen zu nächsthöheren Führungsebenen bestehen und weitere koordinierende Aufgaben übernommen werden (vgl. MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2024).

Die Teileinheit Sanität umfasst eine Gruppenführerin bzw. einen Gruppenführer mit einer Ausbildung als Rettungshelferin bzw. Rettungshelfer sowie drei Rettungssanitäterinnen bzw. Rettungssanitäter und sechs Rettungshelferinnen bzw. Rettungshelfer. Die TE San leistet medizinische Hilfe und Unterstützung bei der Versorgung von verletzten und/oder kranken Menschen. Sie kann zusammen mit Rettungsdienstkräften im Abschnitt Medizinische Rettung eingesetzt werden; während des Betreuungseinsatzes übernimmt sie die medizinische Versorgung der zu betreuenden Personen, ggf. mit Unterstützung des Rettungsdienstes. Die Aufgaben umfassen lebensrettende Sofortmaßnahmen, die Einrichtung und der Betrieb einer Patientenablage sowie die Erstversorgung von bis zu zwölf Betroffenen der Sichtungskategorien II (gelb) und III (grün) (vgl. MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2024)

Die Teileinheit Betreuung besteht aus einer Gruppenführerin bzw. Gruppenführer, drei Trupführerinnen bzw. Trupführer und elf Helferinnen bzw. Helfer. Die TE Bt registriert Betroffene eines Ereignisses, versorgt sie mit lebensnotwendigen Ressourcen und betreut sie. Sie richtet hierfür eine Anlaufstelle und falls nötig eine Betreuungseinrichtung ein. Zudem ermittelt sie den Betreuungsbedarf und übernimmt Verpflegung von bis zu 250 Betroffenen sowie bis zu 50 Einsatzkräften der Einsatzeinheit. Bedarfsweise unterstützt sie bei der Unterbringung. Die TE Bt setzt sich zusammen aus zwei Betreuungstrupps (Unterkunft und soziale Betreuung) sowie einem Verpflegungstrupp. Eine weitere Aufgabe besteht darin, ein Basisangebot der psychischen Ersten Hilfe im Rahmen der psychosozialen Notfallversorgung sowie die Möglichkeit zur späteren Einbindung spezieller PSNV-Fachkräfte bereitzustellen (vgl. MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2024) Sobald der Bedarf einer Versorgung für pflegebedürftige Betroffene besteht, sollte im Betreuungsplatz ein „Einsatzabschnitt Pflege“ oder ein integrierter Pflegebereich eingerichtet werden und mit mehreren Pflegefachpersonen besetzt werden. Hierbei wird in der Regel auf externe Akteurinnen und Akteure zurückgegriffen. Die Entscheidungs- und Durchführungskompetenz zu allen pflegerischen Fachfragen und Maßnahmen im Einsatzabschnitt Pflege liegt jederzeit bei einer Pflegefachperson. Zudem leitet diese pflegerisches Hilfspersonal an (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2022).

Die Teileinheit Unterstützung setzt sich aus einer Trupführerin bzw. Trupführer und drei Helferinnen bzw. Helfer zusammen. Die TE Ust bietet allen Teileinheiten der Einsatzeinheit NRW Unterstützung, die sich nach Bedarf und Lage richtet. Sie erledigt logistische Aufgaben wie Materialnachschub, Gewährleistung der Stromversorgung, Entsorgung und/oder Personaltransporte zwischen örtlich getrennten Einsatzabschnitten. Weitere Aufgaben umfassen die Unterstützung von Auf- und Abbaumaßnahmen sowie des laufenden Einsatzbetriebs. Darüber hinaus unterstützt sie bei der Umsetzung von

Verpflegungsmaßnahmen, wie etwa beim Betrieb eines Verpflegungsmoduls (vgl. MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2024).

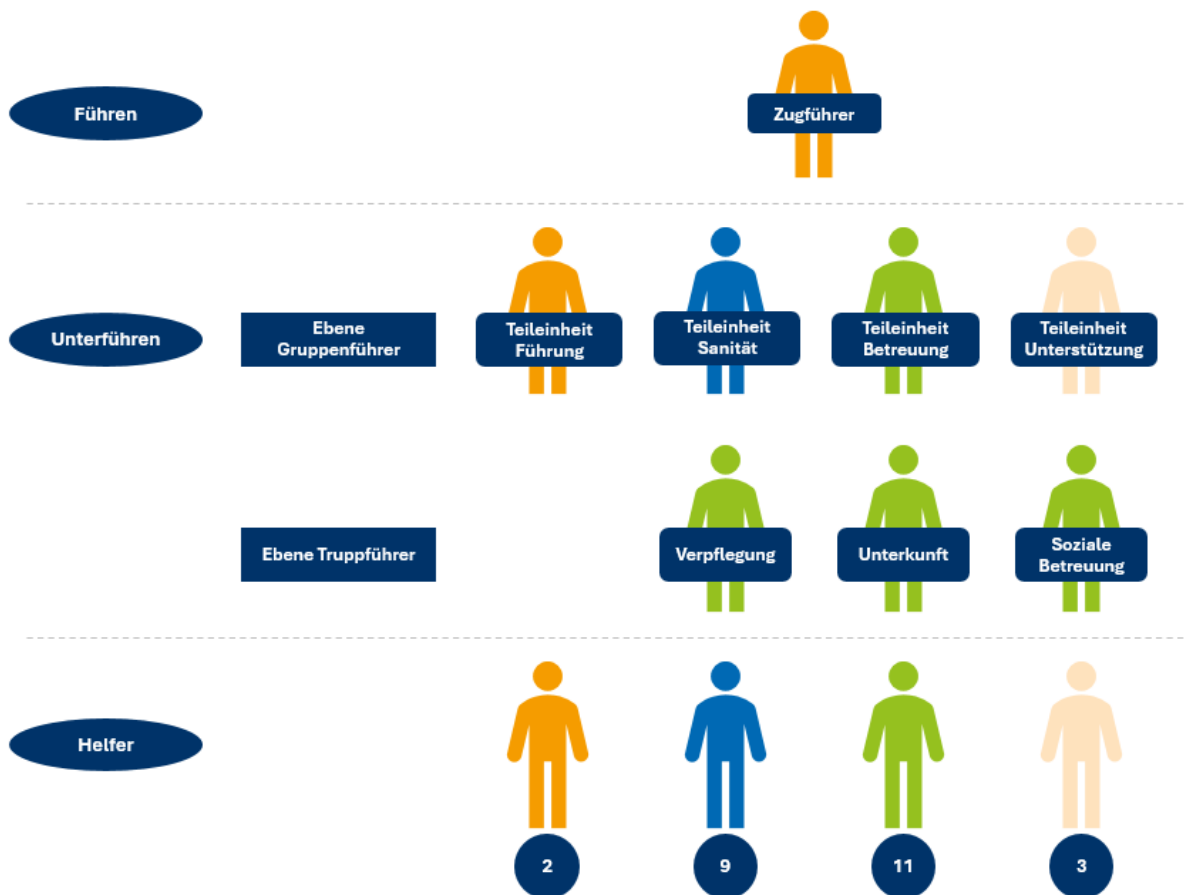


Abbildung 6: Einsatzgruppe NRW (eigene Darstellung)

7.5.3 Kommunikationswege

Die Kommunikation im Katastrophenschutz basiert auf einer strengen Hierarchie, die durch die Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 (FwDV 100) definiert ist. Der Informationsfluss verläuft von der Einsatzleitung, die alle wichtigen Informationen zusammenträgt, über untergeordnete Personen und übergeordnete Stellen bis hin zur Leitstelle. Damit wird garantiert, dass Anweisungen und Informationen schnell und professionell weitergegeben werden.

Hierarchische Befehlsstruktur: Die Kommunikation erfolgt innerhalb einer klaren Hierarchie, in der die Einsatzleitung und die Führungseinrichtung die zentrale Rolle einnehmen. Alle anderen Einsatzkräfte sind diesem nachgeordnet.

Informationsfluss: Die erste und ranghöchste Führungskraft, die eintrifft, eruiert die Lage und teilt die detaillierten Informationen an die nachgeordneten und übergeordneten Personen sowie an die Leitstelle weiter.

Kommunikationswege: Die Übermittlung erfolgt in der Regel über Funk oder durch eine direkte Einweisung am Einsatzort (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

Führungsstrukturen und Kommunikationswege im Einsatz sind unmittelbar handlungsrelevant für alle drei Planspiele. In Planspiel 1 (Pandemie im Akutkrankenhaus), in dem Leitungs- und Koordinationsprozesse unter Pandemiedruck simuliert werden, in Planspiel 2 (Cyberangriff auf eine Pflegeeinrichtung), in dem die herkömmlichen Kommunikationswege nicht mehr funktionieren und neue Strategien entwickelt werden müssen, sowie in Planspiel 3 (Unwetterkatastrophe), in dem ein ambulanter Pflegedienst seine internen Abstimmungsprozesse unter Extrembedingungen aufrechterhalten muss.

7.6. Grundlagen der Einsatzplanung und Ablauf eines Einsatzes

Die Basis der Einsatzplanung im Katastrophenschutz beinhaltet die Vorbereitung auf Extremereignisse durch Pläne und Training, die Reaktion auf eine Katastrophe, zur Schadensbegrenzung sowie die Nachbereitung zur Wiederherstellung des Normalzustands. Zentrale Elemente sind hierbei Alarm- und Einsatzpläne, die konkrete Abläufe wie die Aufgabenverteilung („Wer macht was?“), Notfallkontakte und erforderliche Maßnahmen festlegen.

Wichtige Elemente der Einsatzplanung:

- Alarm- und Einsatzpläne: Beinhalten detaillierte Anweisungen für verschiedene Szenarien, einschließlich einer Gefahrenlagekarte, Telefonlisten und Listen der erforderlichen Maßnahmen.
- Personelle und materielle Ressourcen: Die Planung gewährleistet, dass die erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen, einschließlich Personal, Ausrüstung und Fahrzeuge, verfügbar sind.
- Krisenmanagement: Beinhaltet alle Maßnahmen von der Vorbereitung über die Reaktion bis zur Nachbereitung, um die Situation so schnell wie möglich zu bewältigen (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).
- Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP): Umfasst spezifische Pläne für Krankenhäuser, um auf MANV oder andere Katastrophenszenarien vorbereitet zu sein (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2020).
- Briefing: Kurze, aber wesentliche Einweisung für Einsatzkräfte vor oder während eines Ereignisses, um sie über die aktuelle Situation, Ziele, Aufgaben und Rahmenbedingungen zu informieren. Das Ziel ist es, sicherzustellen, dass alle Beteiligten ein klares gemeinsames Verständnis haben und effektiv und zielgerichtet arbeiten können.

- **Lagefeststellung:** Beinhaltet die Erkundung und Überwachung und muss auf der Führungsebene umgesetzt werden. Die Erkundung, die erste Phase des Führungsvorgangs, bildet die Grundlage für die Entscheidungsfindung. Sie bietet eine Sammlung und Aufbereitung der verfügbaren Informationen über die Art, das Ausmaß und die Dringlichkeit der Gefahrenlage sowie über potenzielle Abwehr- und Beseitigungsmaßnahmen an. Es ist außerdem notwendig, die örtlichen, zeitlichen und klimatischen Bedingungen am Einsatzort zu ermitteln. Die örtlichen Gegebenheiten werden durch die Topografie, die Bebauung sowie die Verkehrs- und Bewuchssituation definiert. Die zeitlichen Umstände variieren vor allem mit der Tages- und Jahreszeit, wobei die Tageszeit Hinweise auf die Anwesenheit, Anzahl und Stimmung der Menschen bietet. Das Lagebild umfasst den Ort, die Zeit, die Wetterbedingungen, das Schadenereignis, die Gefahrenlage und die Optionen zur Schadensabwehr (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN, KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999; KARUTZ/GEIER/MITSCHKE 2017a)
- **Orientierung im Katastrophengebiet:** Geschieht mithilfe von Geodatenbanken oder, wenn kein Internetzugang vorhanden ist, mittels Papierkarten. Falls beides nicht verfügbar ist, kann auch die Erstellung einer Skizze vor Ort notwendig sein.
- **Einsatztagebuch:** Ein Einsatztagebuch (ETB) im Katastrophenschutz ist ein chronologisches Dokument, das alle wichtigen Anordnungen, Informationen und Maßnahmen während eines Einsatzes festhält. Es dient als urkundlicher Nachweis, um Ereignisse und Erfahrungen zu dokumentieren (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).

7.7 Ablauf eines Katastrophenschutzeseinsatzes

Ein Katastrophenschutzeseinsatz folgt in der Regel einem strukturierten Ablauf, der die Phasen Vorbereitung, Reaktion und Nachsorge umfasst. Der genaue Ablauf ist abhängig von der Art, dem Umfang und den Lokalisationen des Katastrophenfalls (z. B. Naturkatastrophe, technischer Zwischenfall, Großunfall).

1. Alarmierung und erster Kontakt

Mit der Auslösung des Notfallsignals ergibt sich die sofortige Informationspflicht an die Einsatzleitung. Die erste Lageaufnahme wird durch die Einsatzleitstelle oder der vor Ort befindlichen Einsatzleitung durchgeführt, um eine zeitnahe und fundierte Situationsbewertung zu erstellen. Gegebenenfalls wird auf dieser Grundlage eine Warnung an die Bevölkerung ausgesprochen und eine Evakuierung angeordnet, um sicherzustellen, dass Schutzmaßnahmen für die betroffene Bevölkerung getroffen werden. (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

2. Erkundung und Feststellung der Lage.

Um die Art, den Umfang, die Dringlichkeit und die betroffenen Gebiete zu bestimmen, wird eine zügige Untersuchung der Gefahrenlage durchgeführt. Daraufhin wird der Bedarf an Ressourcen ermittelt und eine Bewertung der vorhandenen Kräfte durchgeführt. Auf Basis dieser Informationen wird das Lagebild erstellt, das den Ort, die Zeit, das Wetter, die Schadens- bzw. Gefahrenlage sowie mögliche Abwehrmaßnahmen umfasst (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

3. Einsatzplanung und Zuweisung von Ressourcen

Es werden Ziele und Prioritäten festgelegt, wobei der Schutz von Leben, die Eindämmung von Schäden und die Wiederherstellung grundlegender Dienste oberste Priorität haben. Danach werden benötigte Kräfte, Mittel, Material und Logistik (Rettung, Rettungsdienste, Feuerwehr, Technische Hilfsdienste, Katastrophenschutz) festgelegt. Darauf aufbauend werden Maßnahmenpläne erstellt, gegebenenfalls einschließlich der Einrichtung einer Führungsstruktur, die eine Einsatzleitung, Stäbe und Teilstabsstellen umfasst (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

4. Gefahrenabwehr und Rettung

Im Mittelpunkt stehen die Durchführung von Rettungs- und Bergungsmaßnahmen sowie die medizinische Versorgung und Betreuung der Betroffenen. Darüber hinaus werden Notunterkünfte eingerichtet sowie die Versorgung mit Nahrung und Trinkwasser, Hygiene sowie sanitärer Infrastruktur gewährleistet. Des Weiteren wird die Sicherheit an den Einsatzstellen sichergestellt. Dies umfasst unter anderem die Verkehrsführung, den Brandschutz und das Gefahrstoffmanagement (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2006).

5. Infrastruktur- und Krisenmanagement

Ein zentraler Aufgabenbereich ist die Wiederherstellung kritischer Infrastrukturen, einschließlich Stromversorgung, Wasserversorgung und Kommunikation. Darüber hinaus erfolgt die koordinierte Zusammenarbeit mit Behörden, Rettungskräften, Hilfsorganisationen und gegebenenfalls militärischen Ressourcen, um eine effektive Einsatzführung zu gewährleisten. Des Weiteren wird die Öffentlichkeit informiert, offene Kommunikation sichergestellt und die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung gefördert (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

6. Unterstützung, Logistik und Versorgung

Um eine uneingeschränkte Einsatzbereitschaft zu gewährleisten, umfasst die logistische Versorgung der Einsatzkräfte Schutzkleidung, Ausrüstung, Verpflegung und Kraftstoff. Zusätzlich werden Unterkünfte und Verpflegung zur Verfügung gestellt, und es wird bei Bedarf psychologische Unterstützung angeboten (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999; TEICHERT/TINNEMANN 2020)

7. Krisenkommunikation und Information

Es ist sicherzustellen, dass die Bevölkerung, die Medien und die Behörden fortlaufend informiert werden. Dies sollte mit einer transparenten Berichterstattung über die Situation, die Risiken, die ergriffenen Maßnahmen und den entsprechenden Anweisungen einhergehen. Dadurch wird eine nachvollziehbare Situationsdarstellung gewährleistet und das Vertrauen in die Einsatzführung gestärkt (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).

8. Nachsorge, Evaluierung und Wiederaufbau

Zur Optimierung der Einsatzführung wird nach dem Einsatz eine strukturierte Nachbesprechung (Debriefing) durchgeführt und eine Auswertung vorgenommen, um Verbesserungsbedarf festzustellen. Darüber hinaus wird psychologische und soziale Hilfe sowohl für die Betroffenen als auch für die Einsatzkräfte angeboten, um deren langfristige Stabilität sicherzustellen (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).

9. Abschluss und Alternativpläne

Die Freigabe der betroffenen Gebiete nach Rückbau der Lage und Koordination der entsprechenden Freigaben erfolgt mit der offiziellen Beendigung des Einsatzes. Parallel dazu werden Lehren aus dem Einsatz gezogen und erforderliche Anpassungen an Alarmierungs- sowie Notfallplänen umgesetzt. Das Ziel besteht darin, aus den gesammelten Erfahrungen konkrete Verbesserungen abzuleiten, um die Einsatzabläufe in Zukunft effizienter, transparenter und risikobewusster zu gestalten. Durch eine systematische Dokumentation der Erkenntnisse wird die Einsatzbereitschaft gestärkt und die Resilienz der betroffenen Bevölkerung sowie der Einsatzkräfte verbessert (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999; TEICHERT/TINNEMANN 2020).

Führungsstrukturen und Kommunikationswege im Einsatz sind unmittelbar handlungsrelevant in Planspiel 1 (Pandemie im Akutkrankenhaus), in dem Leitungs- und Koordinationsprozesse unter Pandemiedruck simuliert werden, sowie in Planspiel 3

(Unwetterkatastrophe), in dem ein ambulanter Pflegedienst seine internen Abstimmungsprozesse unter Extrembedingungen aufrechterhalten muss.

7.8 Krankenhausalarm- und -Einsatzplanung

Ein Krankenhausalarm- und -einsatzplan (KAEP) ist eine strukturierte Planung, die Krankenhäuser auf außergewöhnliche Ereignisse vorbereitet, die den normalen Betrieb stören können. Er bestimmt die Herangehensweise bei internen und externen Gefahrenlagen wie Großbränden, Cyberangriffen oder einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV). Das Ziel ist es, im Krisenfall durch systematische Alarmierung, Einsatzplanung und regelmäßige Übungen die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses zu sichern und Leben zu retten. Beim Anfertigen einer individuellen KAEP für ein einzelnes Krankenhaus müssen die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben der Bundesländer beachtet werden. In allen Bundesländern existieren mittlerweile entsprechende Vorgaben. Das BBK hat ein Handbuch zur Erstellung von KAEPs entwickelt, das als Handlungsempfehlung für Krankenhäuser dient (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2020).

Der KAEP umfasst folgende Aspekte:

- Alarmierung: Vor allem in Krisen- oder Schadenssituationen, wo der Bedarf an Personal kurzfristig erheblich zunehmen kann, ist das Krankenhauspersonal eine maßgebliche Ressource. Bei Bedarf ist es erforderlich, neben dem anwesenden Personal auch dienstfreies Personal schnell zu informieren und einzusetzen. Deshalb ist es notwendig, im Vorfeld zu bestimmen, welches Personal kurzfristig bereitsteht, welche Wege und Sammelpunkte verwendet werden und wie die Alarmierung erfolgt. Das übliche interne System erreicht das anwesende Personal, während für dienstfreies Personal ein separates und effizientes Verfahren erforderlich ist – idealerweise ein automatisiertes Alarmierungssystem, wie zum Beispiel über eine App.
- Einsatzplanung: Festlegung zu welchen Zeiten und an welchen Orten welche Mitarbeitenden in welcher Funktion eingesetzt werden, um den Betrieb aufrechtzuerhalten.
- Organisation: Mit dem Eintritt einer Gefahren- oder Schadenslage im Krankenhaus wird umgehend eine operative Krankenhauseinsatzleitung (OpKEL) aus den verfügbaren Mitarbeitenden gebildet. In der Regel setzt sie sich aus Vertretenden des medizinischen Dienstes, der Pflege, der Technik und der Logistik zusammen. Die OpKEL ist für die zentrale Koordination aller internen und externen Maßnahmen zuständig. Sie bewertet die Situation, entscheidet über Alarmierungen und Ressourceneinsätze und kommuniziert mit externen Einsatzkräften sowie Behörden.

Sie zielt in erster Linie darauf ab, die Patienten und das Personal zu schützen und sicherzustellen, sodass das Krankenhaus weiterhin behandlungs- und funktionsfähig bleibt. Sie hat das Recht, Entscheidungen zu treffen und Anweisungen zu geben.

- **Mitarbeitendenorientierung:** Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan (KAEP) sollte für alle Mitarbeitenden zugänglich sein und regelmäßig in Schulungen und Übungen behandelt werden. Jede Person im Krankenhaus bekommt in einer besonderen Lage eine klar definierte Aufgabe, die sich meist deutlich von den üblichen Tätigkeiten unterscheidet. Diese Aufgaben sind in Checklisten dokumentiert und werden während Schulungen erläutert. Um eine umfassende Vorbereitung sicherzustellen, sollten Mitarbeitende aus sämtlichen Bereichen regelmäßig geschult werden – idealerweise einmal jährlich, vergleichbar mit Brandschutzübungen und in Abstimmung mit dem Betriebsrat. Weiterbildungen fördern nicht nur das Sicherheitsgefühl und die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden, sondern auch ihr Bewusstsein für Risiken und Krisenmanagement. Das Konzept für die Schulung sieht einen zweijährigen Zyklus vor: Im ersten Jahr erfolgt die Vermittlung der Grundlagen, im zweiten Jahr werden die Inhalte vertieft und praxisnah geübt. Zum Abschluss erfolgen sowohl geplante als auch spontane Übungen statt, an denen alle Mitarbeitenden mindestens einmal aktiv teilnehmen sollten
- **Anpassung:** Der KAEP ist ein dynamisches Dokument, das regelmäßig überprüft, überarbeitet und an die spezifischen Bedingungen des jeweiligen Krankenhauses angepasst werden sollte.

(vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025; BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2020)

Beispiele für Situationen, die der KAEP abdeckt:

- *Großbrände*
- *Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV/MANE)*
- *Cyberangriffe*
- *Kontaminationslagen*
- *Naturkatastrophen*
- *Kriegerische Auseinandersetzungen* (BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2020)

Beispiel Massenanfall von Verletzten (MANV)

Ein MANV/MANE bezieht sich auf eine Lage, in der die Anzahl der Verletzten oder Erkrankten, die versorgt werden müssen, die verfügbaren medizinischen Ressourcen übersteigt. Es besteht demnach ein Ungleichgewicht zwischen dem Behandlungsbedarf und

den vorhandenen Ressourcen. Der Alarmplan muss für diesen Fall eindeutige Bestimmungen darüber beinhalten, wann und auf welche Weise ein MANV/MANE festgestellt und gemeldet wird. Je nachdem, wie groß das Ereignis ist, werden verschiedene Führungsebenen aktiviert. Mindestens trägt die operative Einsatzleitung die Verantwortung für die Organisation und Durchführung der medizinischen Versorgung sowie für die Bereitstellung notwendiger Ressourcen wie Schockräume, Intensivbetten und Operationskapazitäten (MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2024)

Bei einem MANV erfolgt zunächst eine Sichtung aller ankommenden Patientinnen und Patienten nach Dringlichkeit, gefolgt von einer Einteilung in Behandlungskategorien. Die Einstufung, die an einem eigens dafür eingerichteten Sichtungspunkt vor den Behandlungsbereichen erfolgt, bestimmt die nächsten medizinischen Maßnahmen. Bei einem hohen Patientenaufkommen können zusätzliche Sichtungspunkte oder Schnellspuren („Priority Lanes“) eingerichtet werden, um sicherzustellen, dass die besonders schwer Verletzten (Kategorie 1, „rot“) zügig behandelt werden (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025)

Der Sichtungspunkt wird auch zur administrativen Erfassung der Patienten genutzt. Da bei Überlastung das Krankenhausinformationssystem (KIS) ausfallen kann, sieht der KA-EP vor, dass Patientendaten über vorbereitete MANV-Nummern (z. B. MANV001–MANVXXX) sowie entsprechende Armbänder oder Aufkleber festgehalten werden. Die Nachverfolgung kann so auch ohne KIS durchgeführt werden (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025; HELLER u. a. 2025)

Außerdem ist es notwendig, die im Einsatz vergebenen präklinischen Identifikationsnummern in die Krankenhausdokumentation zu integrieren und sie mit den klinischen Daten zu verknüpfen. Die Patientendaten werden nach Abschluss des Ereignisses vollständig ergänzt. Eine verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt ist für die Sichtung festzulegen (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025)

„Sichtungskategorien der klinischen Sichtung:

- *Sichtungskategorie 1 („rot“): vital Bedrohte, sofortige Behandlungsbedürftigkeit*
- *Sichtungskategorie 2 („gelb“): schwer Verletzte/Erkrankte, dringliche Behandlungsbedürftigkeit*
- *Sichtungskategorie 3 („grün“): leicht Verletzte/Erkrankte, nicht dringliche Behandlungsbedürftigkeit*
- *Sichtungskategorie 4 („blau“): Patientinnen und Patienten, deren klinischer Zustand so schlecht ist, dass sie keine Überlebenschancen haben und eine palliative Behandlung indiziert ist*
- *Kennzeichnung „schwarz“: Tote*

(MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025, S. 47)

In den Behandlungsbereichen erfolgt eine Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten basierend auf der Dringlichkeit, wobei bei Bedarf eine erneute Priorisierung vorgenommen wird. Es braucht eine klare und gut organisierte Teamstruktur dafür. Die Bereiche werden von einer verantwortlichen Führungskraft geleitet und in verschiedene Farbkategorien eingeteilt:

- Rot: höchste Priorität – betrifft schwer verletzte oder instabile Patienten, meist in der Notaufnahme oder im Schockraum, mit nachfolgender Behandlung im OP oder auf der Intensivstation.
- Gelb: mittlere Priorität – für Patienten, deren Behandlung leicht verzögert werden kann.
- Grün: niedrige Priorität – für leicht Verletzte.
- Schwarz: für die Verstorbenen.
- Blau (optional): wird bei Großschadensereignissen für die Abschiednahme durch Angehörige genutzt.

Die Bereiche sollten räumlich so angeordnet werden, dass eine effektive und bedarfsorientierte Versorgung sichergestellt ist (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025)

Um mit einem Massenanfall von Verletzten (MANV) umzugehen und die medizinischen Versorgungskapazitäten zu erweitern, sind verschiedene organisatorische Maßnahmen notwendig. Hierzu zählen:

- das Freimachen von Ressourcen durch das Reduzieren oder Stoppen der regulären Behandlungen und geplanten Eingriffe,
- die Entlassung oder innerklinische Verlegung stabiler Patienten, um Platz für Notfälle zu schaffen,
- die Nutzung zuvor festgelegter Räumlichkeiten für zusätzliche Behandlungszwecke,
- die Einrichtung eines Sichtungsbereichs,
- die Alarmierung von zusätzlichem, dienstfreiem Personal sowie die Aufstockung der Blutbank- und Sterilgutkapazitäten, da bei einem MANV ein erhöhter Bedarf an Blutprodukten besteht.
- Außerdem ist es notwendig, die zentrale Sterilisationsabteilung (AEMP) in Alarmbereitschaft zu versetzen, wenn die Gefahrenlage dies erfordert. Nur so

kann sichergestellt werden, dass im Notfall unter erhöhtem Personal-, Material- und Zeitaufwand eine Sterilisation erfolgen kann.

(vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025)

„Checkliste MANV aus dem Rahmenplan zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung Baden-Württemberg“

- *Lagebeurteilung unter Berücksichtigung der aktuellen Ressourcen*
- *Personalalarmierung*
- *Personalregistrierung veranlassen*
- *Kennzeichnungswesten verteilen und anziehen*
- *Ordnung des Raumes organisieren: Patientenanlieferung durch den Rettungsdienst, Selbsteinweisende, Angehörige, Medienvertreter, ggf. Schließen der Klinikeingänge*
- *Aufbau des Sichtungsbereichs veranlassen*
- *Aufbau der Behandlungsbereiche (rot, gelb, grün, blau*) veranlassen, Materialwägen und weiteres benötigtes Material bereitstellen*
- *Schaffung von Kapazitäten, z. B. Patientinnen und Patienten aus der Notaufnahme verlegen bzw. entlassen*
- *Abschnitts- und Unterabschnittsleiter festlegen und im Einsatzkräfteverzeichnis dokumentieren*
- *Behandlungsteams bilden aus Ärztin/Arzt und Pflegekraft*
- *OP-Programm: nur noch Eingriffe bei vitaler Bedrohung zulassen*
- *Nutzen der im jeweiligen KIS vorgesehenen Möglichkeiten (z. B. MANV-Modul)*
- *Zur Patientenaufnahme vorbereitete Patientensets (z. B. mit Patientenarmband, Patientenanhängerkarte, Patientenaufkleber, Wertsachentüte, Kleidertüte, Patientenhemd) und im KIS angelegte MANV-Fälle nutzen*
- *Vorhandene präklinische Identifikationsnummern (Patientenanhängerkarte) müssen in die klinische patientenbezogene Dokumentation übernommen und mit der klinischen Identifikationsnummer verknüpft werden. Die präklinische Patientenanhängerkarte wird Teil der Patientenakte*
- *Vervollständigung der Patientinnen- und Patientendaten wenn Zeit dafür ist“*

(MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025, S. 79)

Hinweis für Lehrende: Krankenhausalarm- und -Einsatzpläne (KAEP) unterliegen landesrechtlichen Vorgaben. Für Übungen und Praxisbeispiele sollten daher nach Möglichkeit die im jeweiligen Bundesland geltenden Regelungen sowie vorhandene KAEP der Einrichtungen herangezogen werden. Das BBK-Handbuch kann ergänzend als Orientierungshilfe genutzt werden.

Der KAEP ist zentrales Handlungsinstrument in Planspiel 1 (Pandemie im Akutkrankenhaus). Lernende müssen im Spielverlauf einschätzen, ob und wie ein KAEP aktiviert wird, und Entscheidungen auf dieser Grundlage treffen.

7.9 Umgang mit Medien

Die Medien spielen eine bedeutende Rolle bei der Verbreitung wichtiger Informationen vor, während und nach Katastrophen, indem sie eine direkte Verbindung zwischen der Öffentlichkeit und den Katastrophenschutzorganisationen herstellen. Sie unterstützen das Katastrophenmanagement, indem sie die Öffentlichkeit über Katastrophen aufklären, vor Gefahren warnen, Informationen über betroffene Regionen sammeln und weiterleiten, Regierungsvertretende, Hilfsorganisationen und die Öffentlichkeit auf besondere Bedürfnisse hinweisen und den Austausch über Katastrophenvorsorge und -reaktionen zur kontinuierlichen Verbesserung anregen. Um die Medien bei der Bewältigung dieser Aufgaben zu unterstützen, sollten direkte Arbeitsbeziehungen zwischen Medien und Organisationen des Katastrophenschutzes etabliert und aufrechterhalten werden. Erfahrungen haben gezeigt, dass ein regelmäßiger Austausch mit den Medien vor einer Katastrophe den effektiven Informationsfluss fördert und die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit nach einer Katastrophe schafft (vgl. KAPOOR 2015).

Medienberichterstattung zu Katastrophen kann einerseits informativ andererseits aber auch potenziell schädliche Auswirkungen haben. Es kann geschehen, dass die Medien bestimmte Aspekte übertreiben oder dramatisieren. Dies kann dazu führen, dass Panik entsteht oder die Wahrnehmung verzerrt ist. Gleichzeitig kann eine ungenaue Darstellung des menschlichen Verhaltens in Katastrophenzeiten zu einer verzerrten Eindrucks Wahrheit führen, wie zum Beispiel durch die Behauptung, Plünderungen seien flächendeckend allgegenwärtig, obwohl lediglich von einzelnen Fällen berichtet wurde. Darüber hinaus können durch Medien verursachte Einflüsse, wie zum Beispiel simultane Berichterstattung über ein relevantes Ereignis, Verkehrs- und Logistikstaus hervorrufen, die Such- und Rettungseinsätze erschweren oder gefährden. Den Medien kommt im Prozess der Aufklärung und des Wiederaufbaus trotzdem eine zentrale Bedeutung zu.

Medienmanagement ist ein zentraler Aspekt eines Katastrophenplans und sollte entsprechend behandelt werden. Es braucht klare Anweisungen zur Koordination, zur

Überprüfung von Fakten, zur Kommunikation mit der Zielgruppe und zum Timing, damit es hilfreich ist und nicht behindert (vgl. KAPOOR 2015).

Mitarbeitende im Katastrophenschutz sollten beim Umgang mit Medien interne Richtlinien einhalten, insbesondere nicht impulsiv reagieren und vor einer öffentlichen Äußerung Rücksprache mit der Pressestelle oder der Führung halten. Es ist entscheidend, zwischen Fakten und Gerüchten zu unterscheiden, die Öffentlichkeit ausschließlich mit gesicherten Informationen zu versorgen und die eigene Sicherheit sowie die der Einsatzkräfte sicherzustellen. Um interne oder laufende Verfahren nicht zu gefährden, ist beim Gebrauch sozialer Medien besondere Vorsicht geboten.

- Um für schnelle Medienanfragen gerüstet zu sein, ist es ratsam, im Vorfeld einen Fragen- und Antwortkatalog sowie standardisierte Formulierungen zu erstellen. Um sicherzustellen, dass die Informationen korrekt und einheitlich sind, sollte jede Kommunikation mit den Medien zuerst intern abgestimmt werden. Es ist wichtig, deutlich zu unterscheiden, welche Informationen verlässlich sind und welche nicht. Es sollten keine Äußerungen zu Gerüchten getätigt werden. Nur gesicherte Fakten dürfen kommuniziert werden. Falsche oder ungenaue Informationen können die Situation weiter verschlimmern.
- Die Sicherheit der Einsatzkräfte und aller beteiligten Personen hat höchste Priorität. Es dürfen keine Informationen weitergegeben werden, die zu Nachteilen für sie führen könnten.

(vgl. AUER/BRÜNNING/MANDOS 2022)

Die evangelische Notfallseelsorge im Sprengel Berlin hat Hinweise zur Durchführung von Interviews bereitgestellt:

- Lassen Sie sich nicht durch das Interview unter Druck setzen. Sie sind berechtigt, sich Zeit zu nehmen und Rückfragen zu stellen
- Wenn Sie etwas nicht wissen oder Sie keine Antwort geben möchten, kommunizieren Sie das eindeutig
- Verstehen Sie eine Frage nicht, bitten Sie um Klärung
- Bei einem Interview haben Sie jederzeit die Möglichkeit, eine Unterbrechung vorzunehmen oder es abubrechen, wenn Sie sich unwohl fühlen oder emotional überfordert sind. Es steht Ihnen jederzeit zu, zu verlangen, dass bestimmte Textstellen nicht veröffentlicht werden

(vgl. EVANGELISCHE KIRCHE BERLIN-BRANDENBURG-SCHLESISCHE OBERLAUSITZ)

Medienkommunikation unter Krisenbedingungen ist ein Handlungselement in Planspiel 1 (Pandemie), in dem der Umgang mit einer negativen Pressemeldung als Ereigniskarte

eingebraucht wird. Lehrende entscheiden situativ, welches Gewicht diesem Aspekt im Spielverlauf gegeben wird

7.10 Psychosoziale Notfallversorgung

7.10.1 Typische Stressoren im Katastropheneinsatz

Die physische und psychische Gesundheit von Einsatzkräften ist eine zentrale

Voraussetzung für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit zum Schutz der Bevölkerung.

Gleichzeitig sind sie vielfältigen psychischen, körperlichen, physikalischen und chemischen Anforderungen sowie organisatorischen, sozialen und moralischen Belastungen ausgesetzt, die ihre Gesundheit kurz-, mittel- und langfristig beeinträchtigen können. Besonders herausfordernd ist die Unvorhersehbarkeit von Einsätzen. Zeitpunkt, Dauer und konkrete Situationen lassen sich nie exakt vorhersagen und werden daher als besonders belastend wahrgenommen (vgl. KARUTZ/GEIER/MITSCHKE 2017).

Psychische Stressoren

Einsatzkräfte sind häufig mit schweren Belastungssituationen konfrontiert: Sie erleben Leid, Tod, schwere Verletzungen und Verluste, was Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht auslösen kann. In akuten Gefahrensituationen steht zudem ein erheblicher Entscheidungsdruck im Vordergrund, da oft in kürzester Zeit weitreichende Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden müssen.

Besonders belastend sind Einsätze, bei denen Opfer oder Angehörige den Einsatzkräften persönlich bekannt sind oder eine unmittelbare Verbindung zum eigenen Leben oder zur Familie besteht.

Hinzu kommt ein zunehmender Anstieg von verbalen und physischen Angriffen sowie Bedrohungen gegenüber Einsatzkräften, die eine zusätzliche und wachsende Belastung darstellen.

(vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2016).

Physische Stressoren

Physische Erschöpfung resultiert aus ausgedehnten, anstrengenden Einsätzen. Eine hohe Arbeitsbelastung ergibt sich aus langen Arbeitszeiten, Schichtdienst und wenig Schlaf.

Einsatzkräfte sind häufig extremen Umweltbedingungen ausgesetzt, wie beispielsweise Hitze, Kälte, starkem Lärm oder Verschmutzung. Es besteht auch das Risiko von Verletzungen oder sogar Lebensgefahr (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2016).

Organisatorische und soziale Stressoren

Unzureichende Informationen während eines Einsatzes sowie bürokratische oder rechtliche Hürden können zusätzlichen Stress erzeugen. Auch das Gefühl mangelnder Wertschätzung für die geleistete Arbeit sowie Konflikte mit Kolleginnen, Kollegen oder Vorgesetzten können die psychische Belastung weiter verstärken. Darüber hinaus kann ein starkes Medieninteresse zusätzlichen Druck ausüben und die Belastungssituation weiter verschärfen (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2016).

Ethische und moralische Stressoren

Situationen, in denen begrenzte Ressourcen verteilt werden müssen oder nicht allen geholfen werden kann, konfrontieren Einsatzkräfte mit ethischen Konflikten. Das Erfahren von Fehlern oder Komplikationen während des Einsatzes kann zu Schuldgefühlen führen. (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2016).

7.10.2 Psychische Reaktionen auf Extrembelastung

Psychische Reaktionen auf Extrembelastungen können je nach Person, Art und Dauer des Ereignisses sehr unterschiedlich sein. Während manche Menschen vorübergehend überwältigt sind, entwickeln andere längerfristige Störungen wie eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Im Rahmen ihres Einsatzes im Katastrophenschutz können Pflegefachpersonen mit Betroffenen konfrontiert werden, die unterschiedlich auf die Katastrophensituation reagieren. Zu Beginn erleben Betroffene häufig eine Art Schockzustand, der mit emotionaler Taubheit oder Benommenheit einhergeht. In dieser Phase wirkt alles wie in Zeitlupe, und Erinnerungen an das Geschehen bleiben oft bruchstückhaft. Gleichzeitig treten starke Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Unsicherheit auf, besonders wenn das eigene Zuhause oder nahestehende Personen gefährdet sind. Diese Ängste können sich bis zu Panikgefühlen steigern. Manche Menschen reagieren außerdem mit heftiger Wut, die sich gegen die Situation, andere oder auch gegen sich selbst richtet. Hinzu kommen häufig Verwirrung und Konzentrationsstörungen, die es erschweren, klar zu denken oder vernünftige Entscheidungen zu treffen (vgl. LEVY-CARRICK 2025). Typische Verhaltensmuster, die bei den Betroffenen auftreten können, reichen von sozialem Rückzug als Reaktion auf die Überforderung, über übermäßigen Aktionismus oder ausgeprägten Helferverhalten bis hin zu riskanten Verhaltensweisen, um mit dem enormen Stress umzugehen.

7.10.3 Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) umfasst alle Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen nach potenziell traumatischen Ereignissen. Sie richtet sich an Betroffene ebenso wie an Angehörige, Zeuginnen und Zeugen sowie an Einsatzkräfte aus Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei. Ziel der PSNV ist es, psychosoziale Folgen von Notfällen

frühzeitig zu vermeiden, zu erkennen und Betroffene bei der Bewältigung ihrer Belastungen zu unterstützen. Die PSNV ist ein zentraler Bestandteil des umfassenden Psychosozialen Krisenmanagements (PsychKM). Sie beinhaltet sowohl unterschiedliche Unterstützungsangebote als auch speziell qualifizierte Fachkräfte, etwa aus der Notfallseelsorge, der Krisenintervention im Rettungsdienst, der Notfallpsychologie, der psychosozialen Beratung oder der Psychotherapie (vgl. BEERLAGE 2025)

Im Rahmen von Rettungseinsätzen übernehmen Feuerwehr- und Rettungsdienstkräfte neben der medizinischen Erstversorgung auch die Psychische Erste Hilfe, um Betroffene unmittelbar nach dem Ereignis zu stabilisieren. In den Stunden und Tagen danach wird die weiterführende psychosoziale Akuthilfe durch Fachkräfte der Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteams oder Notfallpsychologie fortgesetzt. Diese erfassen die emotionalen, sozialen, spirituellen und praktischen Bedürfnisse der Betroffenen, analysieren ihre vorhandenen Ressourcen und Belastungen, fördern selbstständige Bewältigungsaktivitäten und leiten bei Bedarf weiterführende Hilfen ein, um den Zugang zu passenden Unterstützungs- oder Behandlungssystemen zu ermöglichen (vgl. BEERLAGE 2025; BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2013). Psychische Erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfe zielen darauf ab, im gesamten Spektrum der Interventionen insbesondere fünf Bedürfnisse zu befriedigen: das Bedürfnis nach Sicherheit, Beruhigung, Wiederherstellung der Selbstwirksamkeit/Kontrolle, nach Verbindung mit Nahestehenden und nach Zuversicht (HOBFOLL u. a. 2007). In den meisten Fällen zeigen Betroffene in der Akutsituation weder Anzeichen eines psychiatrischen Notfalls noch einer behandlungsbedürftigen akuten Belastungsreaktion. Dennoch ist es wichtig, besonders jene Personen im Blick zu behalten, die bereits vor dem Ereignis psychische Erkrankungen oder frühere Traumatisierungen erlebt haben.

Daher sollte in der akuten Phase ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachdienst verfügbar sein, um bei Bedarf gezielte und fachgerechte Unterstützung leisten zu können (vgl. BEERLAGE 2025).

Psychische Erste Hilfe stellt keine therapeutische Behandlung dar und endet dort, wo ärztliche oder psychotherapeutische Unterstützung erforderlich wird, etwa bei schweren und anhaltenden Symptomen, Suizidgefahr oder dem Verdacht auf eine Traumafolgestörung. Personen, die psychische Erste Hilfe leisten, dürfen keine Diagnosen stellen oder Therapien durchführen. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, Betroffene zu stabilisieren, sie in der akuten Situation zu begleiten und sie bei Bedarf an geeignete weiterführende Hilfsangebote weiterzuvermitteln (vgl. BEERLAGE 2025).

Gesprächsführung in emotional aufgeladenen Situationen

In Katastrophensituationen können Pflegefachpersonen und Einsatzkräfte auf Betroffene treffen, die aufgrund starker Emotionen wie Angst, Zorn, Frustration, Hoffnungslosigkeit, Schuld oder Überlastung sehr heftig reagieren. Ein zentraler Grundsatz lautet dabei: Die Pflegefachperson oder Einsatzkraft sollte sich niemals mit einer emotional aufgewühlten Person isolieren, sondern stets in der Nähe weiterer Einsatzkräfte bleiben, da Reaktionen der Betroffenen unvorhersehbar sein können.

Im Umgang mit stark emotional reagierenden Menschen ist es wichtig, Ruhe zu bewahren und empathisch zuzuhören. Bewährte Methoden umfassen den Einsatz von Ich-Aussagen, die Übernahme der Perspektive des Gegenübers sowie aktives Zuhören, um eine sachliche und respektvolle Gesprächsebene herzustellen. Ziel ist es, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und gemeinsam nach konstruktiven Lösungsansätzen zu suchen.

Ein geeignetes Kommunikationsmodell in diesem Kontext ist die Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg. Ihr Ziel ist es, wertschätzend, empathisch und frei von Vorwürfen miteinander zu interagieren, um Konflikte auf konstruktive und friedliche Weise zu bewältigen. Das Modell basiert auf der Annahme, dass jedem Verhalten grundlegende Bedürfnisse zugrunde liegen und dass durch empathisches Verstehen sowie einen authentischen, klaren Selbstaussdruck sowohl gemeinsames Verständnis als auch Kooperation gefördert werden können (vgl. ROSENBERG 2016).

Die vier Schritte der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg:

1. Beobachtung: Beschreibe eine Situation möglichst objektiv und ohne Bewertung oder Interpretation. Es geht darum, nur das festzustellen, was tatsächlich passiert ist, ohne zu urteilen. Vermeide dabei Worte wie "immer" oder "nie". Beispiel: „Ich habe gesehen, dass Sie sehr laut geworden sind und gestikuliert haben, als Sie erfahren haben, dass Ihre Angehörige momentan nicht erreichbar ist.“
2. Gefühle: Benenne klar und ehrlich die eigenen Gefühle, die die konkrete Situation bei dir auslöst, ohne andere dafür verantwortlich zu machen. Beispiel: „Ich merke, dass ich mich angespannt fühle, weil Sie sich gerade sehr sorgen.“
3. Zeige auf, welche Bedürfnisse hinter diesem Gefühl stehen. Beispiel: „Mir ist es wichtig, Ihnen Sicherheit und Unterstützung zu geben und Ihre Sorge ernst zu nehmen.“
4. Formuliere eine konkrete positive Bitte, wie das Bedürfnis erfüllt werden kann – ohne Forderung oder Drohung. Beispiel: „Wären Sie bereit, mir zu sagen, wie ich Sie jetzt bestmöglich unterstützen kann oder möchten Sie mit jemandem sprechen, der Ihnen Informationen geben kann?“ (vgl. ROSENBERG 2016).

7.10.4 Erkennen eigener Belastungsgrenzen und Warnsignale (körperlich, emotional, kognitiv)

Verantwortungsvolle Hilfeleistung schließt stets die Wahrung der eigenen Sicherheit, Gesundheit und des eigenen Wohlbefindens ein. Pflegefachpersonen können in Katastropheneinsätzen mit Eindrücken und Erfahrungen konfrontiert werden, die starke innere Reaktionen auslösen. Ebenso ist es möglich, dass sie selbst oder ihre Familien direkt von der Krise betroffen sind. Daher ist es von zentraler Bedeutung, auf das eigene körperliche und emotionale Befinden zu achten und Unterstützung nur dann anzubieten, wenn man sich tatsächlich in der Lage fühlt, diese Aufgabe verantwortungsvoll zu übernehmen (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011).

Das transaktionale Stressbewältigungsmodell nach Richard S. Lazarus beschreibt, dass Stress nicht durch die Situation selbst entsteht, sondern durch deren subjektive Bewertung. Dieses Verständnis ist zentral, um eigene Belastungsgrenzen zu erkennen.

Das Modell unterscheidet zwei Bewertungsphasen:

- Primäre Bewertung: Einschätzung, ob eine Situation als Bedrohung, Herausforderung oder als irrelevant wahrgenommen wird.
- Sekundäre Bewertung: Prüfung, ob ausreichende persönliche Ressourcen vorhanden sind, um die Situation zu bewältigen.

Warnsignale treten insbesondere dann auf, wenn in der sekundären Bewertung deutlich wird, dass die verfügbaren Ressourcen nicht ausreichen. Das Modell verdeutlicht damit, dass Stress sehr individuell erlebt wird, da Menschen Situationen unterschiedlich bewerten und über verschiedene Bewältigungsressourcen verfügen (vgl. TAMELING 2019).

Physische Warnzeichen können beispielsweise Herzrasen, Schweißausbrüche, Muskelverspannungen oder Schlafstörungen sein. Zu den emotionalen Symptomen zählen beispielsweise Nervosität, Reizbarkeit, Angst, Überforderung oder Frustration. Kognitive Indikatoren könnten beispielsweise Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln oder Gedankenkreisen umfassen. Verhaltensänderungen wie Rückzug, Vermeidung oder impulsives Verhalten können ebenfalls auftreten (vgl. TAMELING 2019).

7.10.5 Individuelle Coping-Strategien: Atemübungen, Pausen, Mikropausen im Einsatz

Individuelle Coping-Strategien sind persönliche Methoden und Techniken, die Menschen nutzen, um im Alltag mit Stress, Belastungen oder Krisensituationen umzugehen. Sie unterstützen dabei, emotionale, mentale und praktische Herausforderungen zu bewältigen und tragen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des Wohlbefindens bei.

Während längerer Einsätze ist es wichtig, regelmäßige Pausen einzulegen, ausreichend zu essen und zu trinken sowie bei Bedarf kurze Entspannungsübungen durchzuführen.

Nach einem Einsatz können verschiedene Bewältigungsstrategien hilfreich sein, darunter Atemtechniken, körperliche Aktivität, Gespräche mit vertrauten Personen, bewusstes Einlegen einer Auszeit oder Ablenkung durch positive Aktivitäten. Diese Techniken lassen sich schnell anwenden und sind wirksam bei der Reduktion akuter Stresssymptome (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2016).

Stressreaktionen, PSNV-Strukturen und individuelle Coping-Strategien werden in allen drei Planspielen aufgegriffen. Lernende reflektieren im Debriefing eigene Belastungsreaktionen und beobachten diese bei Mitspielenden. Besonders intensiv in Planspiel 1 (EK 4: Teamerschöpfung) und Planspiel 3 (psychosoziale Doppelbelastung). Mini-Debriefings nach belastenden Ereigniskarten greifen direkt auf dieses Wissen zurück.

Aufbau von Resilienz

Resilienz beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, sich unter schwierigen Lebensbedingungen und in Krisensituationen erfolgreich zu entwickeln. Der Aufbau von Resilienz umfasst die Entwicklung und Stärkung der inneren Widerstandsfähigkeit, um Stress, Krisen und Herausforderungen konstruktiv zu begegnen und gestärkt aus ihnen hervorzugehen. Dies basiert auf sieben Säulen:

- **Optimismus:** Eine optimistische Einstellung kann dabei unterstützend wirken, Schwierigkeiten als Gelegenheiten wahrzunehmen und somit den Prozess der Problemlösung zu erleichtern.
- **Akzeptanz:** Die Akzeptanz von unveränderlichen Gegebenheiten und die Fähigkeit, das Optimum aus ihnen herauszuholen, sind von entscheidender Bedeutung.
- **Lösungsorientierung:** Es ist wichtig, den Fokus auf die Suche nach Lösungen zu legen, anstatt sich ausschließlich auf das Problem zu konzentrieren. Es ist von Vorteil, die Fähigkeit zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen und sich auf Handlungsmöglichkeiten zu konzentrieren.
- **Eigenverantwortung:** Es ist wichtig, die Verantwortung für die persönliche Situation zu übernehmen und sich aktiv dagegen zu entscheiden, in die Rolle des Opfers zu schlüpfen.
- **Beziehungen:** Es ist wichtig, Beziehungen zu anderen Menschen zu pflegen und ein starkes soziales Netzwerk aufzubauen, das einem in schwierigen Zeiten zur Seite steht.

- Positive Zukunftsplanung: Es ist wichtig, die Aufmerksamkeit auf kommende Ereignisse zu lenken und optimistisch in die Zukunft zu blicken, indem man konkrete Pläne schmiedet.
- Selbstreflexion: Es ist wichtig, regelmäßig Momente der Selbstreflexion einzuplanen, um sich bewusst Zeit zu nehmen, um über sich selbst nachzudenken und ein tieferes Verständnis für die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen zu entwickeln. Dieser Prozess der Selbstwahrnehmung kann dazu beitragen, die eigene Persönlichkeit besser zu erfassen und ermöglicht es, sich selbst und seine Motivationen klarer zu erkennen (vgl. KÖRBÄCHER/GRUHL 2012).

Die Entwicklung von Resilienz erfolgt durch die Stärkung individueller Ressourcen (z. B. Selbstwirksamkeit, Stressbewältigung), durch soziale Unterstützung (etwa durch Familie und Freundeskreis) sowie durch günstige Umweltfaktoren, wie ein unterstützendes Arbeitsumfeld oder gesellschaftliche Hilfsangebote.

Die Fähigkeit, flexibel auf Belastungen zu reagieren, Bewältigungsstrategien anzupassen und aus Rückschlägen zu lernen, bildet dabei eine zentrale Grundlage für resilientes Verhalten.

Resilienz entsteht im Laufe des Lebens durch Erfahrungen und durch das Zusammenspiel persönlicher Einstellungen, Kompetenzen und Umweltbedingungen. Gezielte Übungen, regelmäßige Reflexion und spezifisches Training können dazu beitragen, diese Fähigkeit nachhaltig zu fördern und zu stärken (vgl. KÖRBÄCHER/GRUHL 2012).

7.11 Triage

In der Notfallmedizin bezeichnet Triage ein Verfahren, bei dem Betroffene in Situationen mit begrenzten lebensrettenden Ressourcen entsprechend der Dringlichkeit ihrer Behandlung in priorisierte und nachrangige Kategorien eingeteilt werden (vgl. DEUTSCHER ETHIKRAT 2021). Bei einer Katastrophe bedeutet Triage, dass verletzte oder erkrankte Personen schnell nach dem Schweregrad ihrer Verletzungen eingestuft werden, um die medizinische Versorgung zu priorisieren – vor allem dann, wenn die Ressourcen begrenzt sind. Dies geschieht durch eine zügige Kontrolle der wesentlichen Vitalzeichen wie Atmung, Bewusstseinslage und Herzfrequenz (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025g). Bei der Ankunft am Einsatzort erfolgt zunächst eine umfassende Situationsanalyse. Dabei werden potenzielle Gefahren identifiziert und die ungefähre Anzahl der betroffenen Personen eingeschätzt. Diese Informationen werden unmittelbar an alle beteiligten Personen weitergegeben.

Alle Einsatzkräfte der BOS (Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben), darunter Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst und THW, sind in der Lage, diese erste Lageeinschätzung vorzunehmen.

Bei der ersten Begegnung mit medizinischem Personal folgt eine kurze medizinische Ersteinschätzung des aktuellen Zustands der verletzten oder erkrankten Personen. Sie dauert in der Regel nicht länger als etwa 60 Sekunden pro Person. Die anschließende Behandlung richtet sich nach der vergebenen Sichtungskategorie:

Rot (SK I): lebensbedrohliche Verletzungen

Gelb (SK II): schwere, aber nicht unmittelbar lebensbedrohliche Verletzungen

Grün (SK III): leichte Verletzungen

Blau (SK IV): keine Überlebenschance bei begrenzten Ressourcen

Auch Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen hängen von den tatsächlich verfügbaren Ressourcen ab. Bei standardisierten Triage-Verfahren wird sowohl der Zustand der betroffenen Person als auch die Einsatzlage und Ausrüstung berücksichtigt – insbesondere bei der Einstufung in SK IV (blau).

Das zentrale Ziel der Triage besteht darin, Patientinnen und Patienten der Kategorie Rot (SK I) schnell zu erkennen, da sie vorrangig behandelt und transportiert werden müssen (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN 2023).

Im Zuge der nachfolgenden ärztlichen Sichtung erfolgt eine weitere Zustandsbewertung des Betroffenen sowie eine Überprüfung, ob die zugewiesene Sichtungskategorie weiterhin gültig ist. Die Sichtung muss nicht notwendigerweise am Unfallort durchgeführt werden; sie kann auch im aufnehmenden Krankenhaus erfolgen (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025g). Im Anschluss erfolgt die medizinische Versorgung. Sobald die dringendsten Verletzten versorgt sind, erfolgt ggf. eine erneute Einordnung (Re-Triage). Das bedeutet, alle betroffenen Personen – auch die bereits Versorgten – werden erneut beurteilt und je nach Zustandsänderung erneut priorisiert und versorgt (vgl. GABEL u. a. 2023).

Ethisches Handeln bedeutet, dass in Notfallsituationen dieselben grundlegenden Werte, Prinzipien und Tugenden gelten wie im regulären Alltag – selbst unter den außergewöhnlichen Belastungen eines Einsatzes.

In der Regel stehen ausreichend personelle und strukturelle Ressourcen zur Verfügung, um Betroffene entsprechend ihrer Bedürfnisse zu versorgen. Die medizinischen und ethischen Leitlinien sind klar definiert: Die Fürsorge für die jeweils behandelte Person hat oberste

Priorität, und die Person, die aktuell versorgt wird, genießt Vorrang. Jede Intervention setzt eine angemessene Aufklärung und die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person voraus.

Zudem gilt das Prinzip der Gleichbehandlung. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder finanziellen Möglichkeiten erhalten alle Betroffenen die gleiche Zuwendung. Unterstützung wird denjenigen gewährt, die sie am dringendsten benötigen. Laufende Behandlungen werden in der Regel nicht unterbrochen, wenn weitere Anfragen eingehen.

Allerdings kann die Pflicht zur Lebensrettung und Leidensminderung dazu führen, dass bei einem akut lebensbedrohlichen Notfall die aktuell behandelte Person kurzfristig warten muss, um vorrangig eine Person mit höherer Dringlichkeit versorgen zu können (KARUTZ/GEIER/MITSCHKE 2017).

Im Falle einer Katastrophe entsteht häufig eine normative Pflichtenkollision: Mehrere betroffene Personen benötigen gleichzeitig eine gleich dringliche Versorgung, diese kann jedoch aufgrund begrenzter Ressourcen wie Zeit, Personal oder Material nicht gleichzeitig und nicht im gleichen Umfang geleistet werden. Daraus ergeben sich unvermeidbare ethische Dilemmata.

Medizinisches Personal und Rettungskräfte können in solchen Situationen rechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie eine notwendige Priorisierung vornehmen müssen und deshalb nicht in der Lage sind, alle behandlungsbedürftigen Personen gleichzeitig umfassend zu versorgen (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN 2023).

Beispiele für ethische Dilemmata in Katastrophensituationen

Triage und Zuteilung knapper Ressourcen: Bei Massenunfällen oder Pandemien müssen Rettungskräfte entscheiden, welche Betroffenen behandelt werden, wenn nicht ausreichend Personal, Betten oder Material vorhanden sind. Es entsteht ein ethischer Konflikt zwischen dem Prinzip der Gleichbehandlung und dem utilitaristischen Ziel, möglichst viele Leben zu retten. Die Entscheidungen sollten transparent und nach klaren, vorher festgelegten Kriterien erfolgen, um moralischen Schaden für die Helfenden zu minimieren. Ein Beispiel: Wer bekommt ein Beatmungsgerät, wenn nicht genug für alle Schwerkranken vorhanden sind? (vgl. CUTHBERTSON/PENNEY 2023)

Konflikt zwischen Einzel- und Gemeinwohl: Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, wie Quarantäne oder Ausgangssperren, schränken oft die Freiheit und Autonomie des Einzelnen ein. Es entsteht ein ethischer Konflikt zwischen dem individuellen Recht auf Selbstbestimmung und dem Schutz des Gemeinwohls. Ein Beispiel: Während

einer Epidemie kann die Zwangsisolierung einer infizierten Person der persönlichen Freiheit widersprechen, dient aber dem Schutz der Gesellschaft (vgl. KARADAG/HAKAN 2012).

Verantwortung und Pflichten der Helfenden: Rettungskräfte müssen oft unter gefährlichen und unsicheren Bedingungen arbeiten, die ihr eigenes Leben gefährden. Es entsteht ein ethischer Konflikt zwischen der beruflichen Pflicht zu helfen und dem Recht auf Selbstschutz. Ein Beispiel: Sollten sich Helfende in ein einsturzgefährdetes Gebäude begeben, um möglicherweise Überlebende zu finden, auch wenn dies ein hohes Risiko für ihr eigenes Leben darstellt? (vgl. GABEL u. a. 2023)

Die ethischen Grundlagen in Katastrophen- und Konfliktszenarien basieren auf Prinzipien wie Respekt der Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit und Menschlichkeit. Darüber hinaus stellt das humanitäre Völkerrecht einen verbindlichen Rahmen dar, um Menschenrechte und Würde zu bewahren. Vor dem Eintreten einer Katastrophe sollten ethische Leitlinien von Expertengremien und der Öffentlichkeit erarbeitet werden, um in Notfallsituationen Orientierung zu bieten. Die Verbesserung der Entscheidungsfindung und die Reduzierung von emotionalem Stress können durch Schulungen für Einsatzkräfte und Personal im Umgang mit ethischen Dilemmata erreicht werden (vgl. CUTHBERTSON/PENNEY 2023).

Ethische Dilemmata in Katastrophensituationen lassen sich nur selten eindeutig lösen. Daher liegt der Fokus häufig auf einem transparenten, nachvollziehbaren und möglichst vorab definierten Entscheidungsprozess. Um ethische Herausforderungen zu reduzieren, können folgende Strategien hilfreich sein:

- Vorbereitung durch klare Richtlinien bereits vor dem Eintritt einer Krisensituation, um Handlungssicherheit zu schaffen.
- Öffentliche Beteiligung, um Transparenz herzustellen und Vertrauen in Entscheidungsprozesse zu stärken.
- Ein systematischer Ansatz, der Entscheidungen nicht spontan trifft, sondern ethische Prinzipien strukturiert berücksichtigt.
- Selbstreflexion, also die kontinuierliche Auseinandersetzung mit getroffenen Entscheidungen und deren Folgen, um Lernprozesse zu ermöglichen

(vgl. CUTHBERTSON/PENNEY 2023; GABEL u. a. 2023)

In dem Sonderband „Ethische Reflexion im Bevölkerungsschutz. Leitfaden für eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung im Sanitäts- und Betreuungsdienst“ des BBK findet sich eine Taschenkarte zur ethisch reflektierten Entscheidungsfindung, die für den Einsatz im Unterricht gut genutzt werden kann.

Triage-Entscheidungen sind ein zentrales Handlungselement in Planspiel 1 (Pandemie, EK 5: Triage) und Planspiel 3 (Unwetterkatastrophe: Priorisierung von Klientinnen und Klienten). Lernende treffen im Spielverlauf priorisierungspflichtige Entscheidungen unter Ressourcenknappheit, die im Debriefing ethisch und fachlich reflektiert werden.

7.12 Handlungsempfehlung zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag

Einsatzkräfte sollen durch die Handlungsempfehlungen zur Eigensicherung nach Anschlägen (HEIKAT) in die Lage versetzt werden, Gefahren bei Anschlägen und vergleichbaren unsicheren Situationen einzuschätzen und zu bewältigen. Wesentliche Aspekte sind eine frühzeitige Gefährdungseinschätzung (vor allem Sekundärgefahren), ein strikter Eigenschutz als oberstes Prinzip sowie die Abstimmung mit den zuständigen Behörden wie Polizei und Feuerwehr, um sichere Einsatzbereiche zu schaffen (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2018).

Die Handlungsempfehlungen dienen nicht als eigenständige, umfassende Einsatzrichtlinie, sondern ergänzen bereits bestehende Vorschriften wie die DV 100. Sie haben die Sensibilisierung zum Ziel und unterstützen Einsatzkräfte dabei, in unsicheren Situationen auf ihre eigene Sicherheit zu achten (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2018).

Schwerpunktt Themen in der Handlungsempfehlung sind:

- Einsatzkräfte profitieren von zielgerichteten Informationen zur Beurteilung der Lage sowie zur koordinierten Zusammenarbeit mit der Polizei.
- Hintergrundwissen zu Terrorismus und Anschlägen aus terroristischer Motivation hilft ersten Einsatzkräften dabei, Gefahrenlagen frühzeitig zu identifizieren und besser zu begreifen.
- Wissen über die gegenwärtigen Methoden und Vorgehensweisen von Terroristen hilft, das Thema im Rahmen des jeweiligen Aufgabenspektrums sachgerecht einzuordnen, was die fachliche Entscheidungsfähigkeit verbessert (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2018).

Terrorismus

Terrorismus bezeichnet gewalttätige, strafbare Handlungen gegen Menschen oder Sachen (z. B. Entführungen, Anschläge, Explosionen), die zur Durchsetzung politischer, religiöser

oder ideologischer Ziele eingesetzt werden. Er funktioniert als kriminelle Kommunikationsstrategie, mit der Angst und öffentliche Meinungsbildung gezielt beeinflusst werden sollen. Häufig sind leicht zugängliche, geringe gesicherte Ziele betroffen — sowohl öffentliche als auch private Orte, kritische Infrastrukturen, Einzelpersonen oder Menschenansammlungen. Die eingesetzten Mittel richten sich nach Verfügbarkeit und reichen von Messern oder Fahrzeugen über Schusswaffen bis hin zu improvisierten Brand- oder Sprengvorrichtungen (z. B. IEDs) beziehungsweise anderen selbstgebauten Explosiv- oder Brandstoffen, oft mit zusätzlichen Gefahren wie Nägeln oder Stahlkugeln (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2018).

Handlungsempfehlungen

Bei der Bewertung einer Gefahrenlage müssen stets mögliche Zusatzrisiken berücksichtigt werden – etwa weitere Sprengsätze, chemische Substanzen oder Nachbeben. Ebenso ist in Betracht zu ziehen, dass sich möglicherweise noch weitere Täterinnen oder Täter im Einsatzgebiet befinden. Da die Situation häufig unübersichtlich ist und sich die Sicherheitslage jederzeit ändern kann, ist permanente Aufmerksamkeit unerlässlich.

Oberste Priorität hat die eigene Sicherheit. Wenn es die Lage zulässt, sollten Einsatzkräfte Deckung aufsuchen und offene, ungeschützte Bereiche meiden. Gefährdete Zonen dürfen ausschließlich nach ausdrücklicher Freigabe durch Polizei oder Feuerwehr betreten werden. Unnötige Risiken sind konsequent zu vermeiden. Bei einer Gefahr, die sich nicht kontrollieren lässt, ist der Einsatzort sofort zu verlassen.

Eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden – insbesondere Polizei und Feuerwehr – ist entscheidend. Um eine koordinierte Gefahrenabwehr sicherzustellen, sollten die Vorgaben der Einsatzleitung befolgt und eigene Wahrnehmungen sowie Einschätzungen aktiv an diese zurückgemeldet werden (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2018).

7.13 Pandemie und Hygiene (Wiederholung für das Planspiel Pandemie im Krankenhaus)

Begriffserklärung Pandemie

Eine Pandemie ist ein außergewöhnliches, geografisch weit verbreitetes Ausbreitungsgeschehen eines neuartigen oder wieder auftretenden Infektionserregers in einer menschlichen Population, der auf eine weitgehend immunologisch ungeschützte Bevölkerung trifft (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013; MORENS/FOLKERS/FAUCI 2009). Charakteristisch ist eine nachhaltige Mensch-zu-Mensch-Übertragung mit einem Reproduktionswert über 1 und über längere Zeiträume hinweg (vgl. ABEYSINGHE 2013).

Kernelemente der Definition sind:

- Geografische Ausdehnung jenseits nationaler Grenzen (transnational / global)
- Nachhaltige Mensch-zu-Mensch-Übertragung über einen längeren Zeitraum
- Ein Reproduktionswert (R) über 1 über eine gewisse Zeitspanne
- Ein Bevölkerungssegment ohne vorhandene Immunität

Morens et al. diskutieren auch, dass in der Fachdebatte oft die Frage gestellt wird, ob der Schweregrad (z. B. Hospitalisierungsrate, Letalität) Bestandteil der Pandemie-Definition sein sollte – manche Vertreter betonen, dass hohe Übertragbarkeit alleine nicht ausreicht, wenn der Krankheitsverlauf äußerst mild bleibt.

Eine Pandemie unterscheidet sich von einer Epidemie nicht nur dadurch, dass sich eine Krankheit über viele Länder hinweg oder sogar weltweit ausbreitet. Sie hat zusätzlich deutlich umfassendere Auswirkungen auf ganze gesellschaftliche Systeme. Dazu gehören gesundheitliche Belastungen, zum Beispiel durch hohe Erkrankungs- und Sterberaten, aber auch gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Folgen, die weit über den Gesundheitsbereich hinausreichen (vgl. ROBERT KOCH INSTITUT 2024a). In vielen Fällen geraten Gesundheitssysteme an ihre Belastungsgrenze, es kommt zu erheblichen Krankheits- und Todeszahlen. Die damit verbundenen sozialen und ökonomischen Auswirkungen sind weitreichend (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013; MORENS/FOLKERS/FAUCI 2009).

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen einer Pandemie ist, dass sie nicht allein durch nationale Maßnahmen bewältigt werden kann. Da sich ein Erreger schnell und großräumig ausbreitet, sind abgestimmte internationale Strategien notwendig, um Übertragungsketten zu unterbrechen, eine stabile Versorgung sicherzustellen und wirksame Präventionsmaßnahmen umzusetzen (vgl. ROBERT KOCH INSTITUT 2024a).

Gleichzeitig weist die Fachliteratur darauf hin, dass es bis heute keine einheitliche wissenschaftliche Definition des Begriffs Pandemie gibt. Kontrovers ist insbesondere, ob eine Pandemie primär durch eine weite geografische Ausbreitung charakterisiert sein muss oder ob zusätzlich der Schweregrad der Erkrankung ein konstitutives Kriterium darstellen sollte (vgl. DOSHI 2011; GREEN 2020; SINGER/THOMPSON/BONSALL 2021).

Pandemien haben in der Regel weitreichende Folgen, die über das reine Infektionsgeschehen hinausgehen. Dazu zählen unter anderem eine erhebliche Belastung der Gesundheitsversorgung (z. B. Überlastung von Kliniken und Versorgungsstrukturen), wirtschaftliche Probleme, soziale Spannungen sowie politische Konflikte. Diese systemischen Auswirkungen machen es erforderlich, dass nationale und internationale Akteure koordiniert handeln.

In Deutschland werden solche Abstimmungs- und Handlungsprozesse im Rahmen der Pandemieplanung vorbereitet. Das Robert Koch-Institut (RKI) arbeitet gemeinsam mit

weiteren verantwortlichen Stellen daran, Strukturen und Verfahren bereitzuhalten, die im Pandemiefall ein rasches und koordiniertes Vorgehen ermöglichen – beispielsweise durch das Einrichten eines Krisenstabs, geeignete technische Ausstattung und klare rechtliche Grundlagen (vgl. ROBERT KOCH INSTITUT 2017a).

Tabelle 4: Phasen einer Pandemie

Die WHO beschreibt die Pandemieentwicklung als Kontinuum aus vier Phasen: Interpandemic, Alert, Pandemic, Transition (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013).

Phase (WHO)	Kurzdefinition laut WHO	COVID-19 – Beispiel	H1N1 (2009) – Beispiel
Interpandemic	Zeitraum zwischen Pandemien; Routine-Überwachung, Vorbereitung und Risikobewertung.	Vor Dez. 2019: Kein neuartiger humaner Erreger identifiziert; Routine-Überwachung weltweit. (WHO/CDC Überblick)	Vor April 2009: Übliche saisonale Influenza-Aktivität, kein neu entdeckter humaner Subtyp. (WHO)
Alert	Neues Virus/subtype verursacht Infektionen beim Menschen; erhöhte Wachsamkeit und Risikoabschätzung.	Dez 2019–Jan 2020: SARS-CoV-2 erstmals identifiziert; zunächst unklare Transmission.	April–Mai 2009: Neues H1N1 identifiziert; rasche internationale Ausbreitung mit ersten Clustern. (WHO/CDC)
Pandemic	Globale Ausbreitung mit anhaltender Mensch-zu-Mensch-Übertragung; koordinierte internationale Reaktion.	11.03.2020: WHO charakterisiert COVID-19 als Pandemie. (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2023)	11.06.2009: WHO hebt Alarmstufe auf Phase 6 an – Beginn der H1N1-Pandemie. (WHO/CIDRAP/CDC)
Transition	Rückgang der globalen Risiken; De-Eskalation und	05.05.2023: WHO beendet den	10.08.2010: WHO erklärt die

	Übergang zu Erholung/Regelbetrieb.	PHEIC-Status; Übergang in die Langzeitsteuerung. (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2023)	post-pandemische Phase (Rückkehr zu saisonalen Mustern). (WHO/PAHO)
--	------------------------------------	---	---

Immunologischer Status der Bevölkerung

Der immunologische Status einer Bevölkerung beschreibt den Anteil der Menschen, die bereits Schutz gegen einen bestimmten Erreger besitzen – durch Impfung, überstandene Infektion oder (seltener) Kreuzimmunität nach Kontakt mit verwandten Erregern. Je niedriger diese Grundimmunität ist, desto mehr Personen sind empfänglich und desto schneller kann sich ein neu auftretender oder stark veränderter Erreger ausbreiten. Für die Praxis heißt das: hohe Empfänglichkeit → rasche Transmission, hohe Grundimmunität → geringere Transmission.

Zur aktuellen Evidenz in Deutschland zeigt die IMMUNEBRIDGE-Studie, die Daten und Bioproben aus neun populations- und klinikbasierten Studien zusammenführte (n = 33.637; Juni–November 2022), zwei zentrale Punkte:

1. In großen Teilen der Bevölkerung bestand ein moderater bis hoher Schutz vor schweren COVID-19-Verläufen.
2. Der Schutz vor SARS-CoV-2-Infektion war niedrig –also kann es trotz breiter Grundimmunität weiterhin zu Ansteckungen kommen (vgl. LANGE u. a. 2024). Wichtig für die Pflegepraxis: Schutzlücken betreffen vor allem Ältere und Menschen mit Vorerkrankungen; hier sind gezielte Schutzstrategien (z. B. zeitgerechte Booster, Expositionsreduktion, strukturierte Beratung) besonders relevant (vgl. LANGE u. a. 2024).

Kernaussage für Lehre und Versorgung:

Breite Grundimmunität reduziert v. a. schwere Verläufe, dämpft aber Ansteckungen nur begrenzt; vulnerable Gruppen benötigen deshalb gezielte Prävention (vgl. SCHULZE-WUNDLING u. a. 2023)

Reproduktionszahl

Die Dynamik der Pandemien wird durch die effektive Reproduktionszahl (RR) beschrieben. Sie bezeichnet die durchschnittliche Anzahl sekundärer Infektionen, die von einer infizierten Person in einer Bevölkerung ausgehen, in der bereits ein gewisser Anteil immun ist (vgl. SCHULZE-WUNDLING u. a. 2023). Liegt RR dauerhaft über 1, nimmt die Zahl der Infizierten

exponentiell zu, da jede Person mehr als eine weitere Person ansteckt – dies ist ein zentrales Kennzeichen für die pandemische Ausbreitung (vgl. ABEYSINGHE 2013). Erst wenn durch Impfungen, Infektionsschutzmaßnahmen (z. B. Kontaktreduktion, Maskentragen) und/oder vorhandene Immunität die effektive Reproduktionszahl *Runter* 1 gesenkt wird, nimmt die Zahl der Neuinfektionen ab und das Infektionsgeschehen wird schrittweise eingedämmt (vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT 2020).

Wissenschaftlich belegt ist, dass pandemische Lagen typischerweise von einer niedrigen Immunitätsbasis in der Bevölkerung und einem initial hohen Reproduktionswert gekennzeichnet sind. Das gezielte Monitoring beider Parameter ist entscheidend für das Pandemiemanagement und die Steuerung öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen (vgl. MORENS/FOLKERS/FAUCI 2009; ABEYSINGHE 2013).

Pandemische Einsatzlage im Krankenhaus

In einer pandemischen Einsatzlage kann das Krankenhaus – neben seiner Rolle als Ort der Behandlung – auch Schauplatz nosokomialer Transmissionen sein; erforderlich sind daher konsequente Ausbruchs- und Infektionsschutzmaßnahmen zum Schutz von Personal und Patienten (vgl. ROBERT-KOCH-INSTITUT 2024b). Gleichzeitig führen erhöhte Aufkommen und Lagensteuerung zu einer starken Belastung der Versorgungskapazitäten, während Personalausfälle durch Infektionen/Quarantänen und psychosoziale Belastungen das System zusätzlich beanspruchen (vgl. ARNDT/HERING 2025).

Hospitalisierte Personen mit Atemwegserkrankungen erfordern spezifische Kontakt- und Schutzmaßnahmen.

Die COVID-19-Pandemie hat deutlich gezeigt, dass Krankenhäuser gleichzeitig zentrale Versorgungsorte und potenzielle Orte der Infektionsübertragung sein können. In Phasen hoher Fallzahlen kam es zu einer starken Belastung der Versorgungskapazitäten, insbesondere der Intensivstationen. Hinzu kamen Personalausfälle durch Erkrankungen, Quarantäne und psychosoziale Überlastung, wodurch sich die Versorgungslage weiter zuspitzte (vgl. NIECKE u. a. 2025).

Für den klinischen Alltag bedeutet dies: Ein wirksamer Infektionsschutz ist unverzichtbar – sowohl zum Schutz der Patientinnen und Patienten als auch des Personals. Besonders bei Atemwegserkrankungen sind klar definierte Kontakt-, Schutz- und Hygienemaßnahmen erforderlich, um Übertragungen zu verhindern und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE 2024)

Wichtig ist zudem die Anpassungsfähigkeit und Flexibilität der Organisationsstrukturen in Krankenhäusern, um auf die dynamischen und sich schnell verändernden Anforderungen

einer Pandemie reagieren zu können. Internationale Analysen heben hierfür resiliente Governance-Arrangements, agile Entscheidungswege, workforce-bezogene Flexibilisierung und verlässliche Daten- und Kommunikationsflüsse hervor (vgl. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL 2019). Auch der Nationale Pandemieplan betont die vorgelagerte Etablierung von Strukturen und Prozessen sowie klarer Steuerungs- und Koordinierungsgremien, um im Ereignisfall schnell handlungsfähig zu sein (vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT 2017b; ROBERT-KOCH-INSTITUT 2024b).

Wissenschaftliche Untersuchungen betonen die Rolle klarer Verantwortlichkeiten, transparenter Kommunikation und unbürokratischer Prozesse zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität trotz Krisenbelastung—inklusive konsistenter Risiko- und Krisenkommunikation (RCCE), definierter Rollen/Koordination und vereinfachter, eingeübter Prozessketten (vgl. ROBERT KOCH INSTITUT 2017a; EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION 2023).

Zudem führt die Pandemie häufig zu Verschiebungen elektiver Eingriffe und einer Fokussierung auf zeitkritische Leistungen; daraus resultieren Rückstaueffekte und langfristige Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung (vgl. KLAUBER u. a. 2023)

Hygienemaßnahmen

Hygiene ist ein entscheidender Faktor zur Kontrolle der Krankheitsausbreitung in Krankenhäusern. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) empfiehlt die konsequente Anwendung evidenzbasierter Händehygiene, Flächendesinfektion und das Einhalten der Nies- und Hustenetikette als Grundpfeiler der Infektionsprävention (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE 2024). Zusätzlich wird stoß- und quergelüftet, um die Aerosolkonzentration in Innenräumen zu minimieren. Die Einhaltung der Hygienestandards ist durch regelmäßige Schulungen und Audits zu sichern (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE 2024). In stationären Einrichtungen gelten zusätzliche Maßnahmen: Einrichtung von Schleusen, Rein-/Raus-Konzepten, Besucherbeschränkungen sowie gezieltes Cohorting infizierter Patientinnen und Patienten. Schulungen zum An- und Ablegen (Donning/Doffing), Checklisten und das sogenannte Buddy-System tragen zur Fehlervermeidung bei (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2020).

Schutzausrüstung

Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) ist ein zentrales Element des Personalschutzes. Die DGUV regelt Auswahl, Bereitstellung, Benutzung und Unterweisung von PSA und hebt die sichere Handhabung von Schutzhandschuhen, Schutzkitteln/-kleidung, Augen-/Gesichtsschutz sowie Atemschutz (insb. FFP-Masken) hervor, um Expositionen zu minimieren und Infektionen zu verhindern (vgl. BG BAU 2006; DEUTSCHE GESETZLICHE

UNFALLVERSICHERUNG 2006)

Für Aerosol- und Tröpfchenexpositionen ist insbesondere der Atemschutz relevant; FFP2 schützt nach BAuA/DGUV-Fachinformation wirksam vor gesundheitsschädlichen Aerosolen und Biostoffen, vorausgesetzt ist ein guter Dichtsitz und die korrekte Anwendung (BAuA/DGUV-FAQ).

Mitarbeitende müssen in An- und Ablegetechniken (Donning/Doffing) unterwiesen und regelmäßig geübt werden; Nutzungshäufigkeit und Verfügbarkeit der PSA sind organisatorisch zu regeln und ressourcenschonend zu planen ((vgl. BG BAU 2006; DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG 2006).

Zur Fehlervermeidung empfehlen internationale Leitlinien strukturierte Donning/Doffing-Abläufe, Checklisten und die Supervision durch eine zweite geschulte Person („Buddy-System“/„trained observer“) (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2020)

Tabelle 5: Evidenzbasierte Studien zu Donning & Doffing von PSA

Studie	Studiendesign / Setting	Kernaussage
MILLER u. a. 2022	Prospektive Pre–Post-Studie; Simulation-basiertes Mastery Learning (SBML) bei Medizinstudierenden (n = 155)	Signifikante Leistungssteigerung beim korrekten Donning/Doffing; 98,7 % erreichten nach SBML das Mastery-Level (21/21 Checklistenpunkte).
CHUGHTAI/CHEN/MACINTYRE 2018	Experimenteller Vergleich verschiedener Donning/Doffing-Protokolle mit fluoreszierender Markierung	Assistiertes Doffing und strukturierte Reihenfolgen senken Selbstkontamination; Handschuhe & Kittel sind besonders kritische Schritte.
TOMAS u. a. 2015	Punktprävalenz + quasi-experimentelle Intervention; Fluoreszenz-Lotion & Bakteriophage MS2 im Simulationssetting	100 % machten Abweichungen beim Doffing in Teilanalysen; hohe Kontaminationsraten v. a. beim Entfernen von Handschuhen/Face-Shield ; Training senkte Kontamination von 60 % auf 18,9 %

TOMAS u. a. 2015 (Design-Aspekt)	Analysen der PPE-Komponenten (z. B. Ganzkörperanzug vs. modulares PPE) im Rahmen der JAMA-Studie	PPE-Design & Ergonomie beeinflussen Kontaminationsrisiko; ergonomische Anpassungen/standardisierte Abläufe reduzieren Fehler
CHUGHTAI/SEALE/MACINTYRE 2020	Systematischer Review (Schutzwirkung & Kontamination; EID/CDC)	Doppelte Handschuhe, Händedesinfektion zwischen Doffing-Schritten und standardisierte Schulungen reduzieren Selbstkontamination.

Vorbereitung

1. Hände gründlich waschen / desinfizieren
2. Schmuck, Ringe, Uhren entfernen; lange Haare zusammenbinden
3. PSA und Materialien in Reichweite bereitstellen
4. Donning- und Doffing-Bereich klar markieren, „Buddy-System“ aktivieren, Abfallbehälter bereitstellen.

Donning (Anziehen)

Reihenfolge:

1. **Händehygiene** durchführen
2. **Schutzkittel / Overall** anziehen – vollständig bedeckt, Ärmel über Handgelenke ziehen
3. **Maske / Atemschutz (FFP2/FFP3)** korrekt über Nase und Mund anpassen; Dichtigkeit prüfen
4. **Gesichtsschutz / Brille / Visier** anlegen, über der Maske
5. **Handschuhe** anziehen, über den Ärmel ziehen

Kritische Punkte:

- Handschuhe zuletzt anziehen, sodass der Übergangsbereich Ärmel – Hand sicher überlappt und abgedeckt ist (CDC-Sequenz für das Anlegen von PSA).

- Eine korrekte Passform und das vollständige Schließen/Anlegen von Maske/Respirator, Kittel und Visier reduzieren Kontaminationen, da Fehlpassungen bzw. Lücken das Risiko beim Ablegen erhöhen (vgl. TOMAS u. a. 2015).
- Simulationstraining (Simulation-based Mastery Learning) reduziert Fehler beim Donning/Doffing und führt zu signifikanten Leistungszuwächsen. Nahezu alle Teilnehmenden erreichen das Mastery-Level nach Training (vgl. MILLER u. a. 2022).

Doffing (Ausziehen)

Reihenfolge:

1. **Handschuhe entfernen** (zuerst) – nur die Außenseite anfassen, Handschuh von innen nach außen drehen
2. **Händedesinfektion** nach dem Entfernen der Handschuhe
3. **Schutzkittel / Overall** entfernen – von innen nach außen, zusammenrollen und entsorgen, kontaminierte Flächen nicht berühren
4. **Händedesinfektion** erneut durchführen
5. **Gesichtsschutz / Brille / Visier** entfernen – nur saubere Bereiche anfassen
6. **Maske / Atemschutz** entfernen – nur Bänder anfassen, Vorderseite vermeiden
7. **Letzte Händehygiene** nach vollständigem Ausziehen

Kritische Punkte:

Im klinischen Alltag zeigen Simulationsstudien, dass Handschuhe und Kittel besonders häufig von Kontaminationen betroffen sind; so traten beim Abstreifen der Handschuhe Kontaminationen in rund der Hälfte der Abläufe auf und auch das Abnehmen des Kittels war ein häufiger Risikopunkt (vgl. TOMAS u. a. 2015). Ergänzend fand eine weitere Untersuchung, dass sich beim Handschuh-Ablegen 37 Prozent der Mitarbeitenden kontaminierten, wohingegen die CDC-Technik die Rate auf 24 Prozent reduzierte (vgl. ALHMIDI u. a. 2019).

Zur Reduktion von Selbstkontamination empfehlen evidenzbasierte Übersichten die Händedesinfektion zwischen einzelnen Doffing-Schritten – neben Doppelhandschuhen, klaren Sequenzen und Training – als wirksame Maßnahme (vgl. VERBEEK u. a. 2020).

Ebenfalls wirksam ist das Buddy-System bzw. die Beobachtung durch einen „trained observer“ während dem An- und Ablegen: Die WHO-Leitlinie fordert die Supervision inklusive Checklisten, um Bedienfehler und Selbstkontamination zu vermeiden (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2020). Darüber hinaus zeigte ein randomisiert geprüftes

Teamwork-/Interventionspaket, dass Beobachtung und strukturierte Teamabläufe die Anzahl kontaminierter Körperstellen und die Kontaminationsscores beim Doffing signifikant senkten (vgl. ANDONIAN u. a. 2019)

Schließlich beeinflussen Ergonomie und Design der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) – inklusive Passform und vollständigem Verschluss von Kittel, Visier und Atemschutz – das Kontaminationsrisiko beim Ablegen. Standardisierte Abläufe und gezieltes Training reduzieren dieses Risiko messbar (vgl. TOMAS u. a. 2015).

Zusätzliche Hinweise

- **Double Gloving** bei hochkontagiösen Pathogenen erwägen
- **Regelmäßiges Training / Simulation** erhöht die Sicherheit erheblich
- **Kritische Beobachtungspunkte markieren:** Handschuhe, Kittel, Maske, Gesichtsschutz

Reuse

Reuse beschreibt die Wiederverwendung von Einmal-Schutzausrüstung nach entsprechender Aufbereitung, während Extended Use die verlängerte Nutzung derselben Schutzausrüstung über mehrere Patientenkontakte ohne Ausziehen bedeutet. Beide Strategien dienen der Optimierung knapper Ressourcen, insbesondere bei Atemschutzmasken, wenn die Versorgungslage kritisch ist (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2020).

Validierte Verfahren für Reuse umfassen beispielsweise die Deaktivierung von Pathogenen durch Dampfdrucksterilisation, UV-C-Bestrahlung oder Wasserstoffperoxid-Dampf. Diese Methoden müssen den Schutz der Anwendenden gewährleisten, ohne die Filterleistung oder die Passform der Masken zu beeinträchtigen (vgl. ROWAN/LAFFEY 2021). Die Extended Use wird empfohlen, um den häufigen Wechsel von Schutzausrüstung und somit mögliche Kontaminationen beim Aus- und Anziehen zu verringern (vgl. NEW SOUTH WALES HEALTH GOVERNMENT 2021). Dabei ist entscheidend, dass diese Praxis nur unter strengen hygienischen Bedingungen und bei strengem Monitoring der Schutzausrüstungsqualität eingesetzt wird.

Die Bedeutung dieser Strategien liegt darin, das Risiko für Gesundheitspersonal während Versorgungsengpässen zu reduzieren, ohne den Infektionsschutz wesentlich zu beeinträchtigen. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen jedoch, dass Extended Use und Reuse nur unter klar definierten Bedingungen sicher umgesetzt werden können und die Evidenzlage zu Risiken und Effektivität begrenzt bleibt (vgl. TOOMEY u. a. 2021).

Wissenschaftliche Untersuchungen dokumentieren zudem eine erhöhte Kontaminations- und damit potenzielle Infektionsgefahr bei unsachgemäßer Wiederverwendung, insbesondere

durch Fehler beim An- und Ablegen oder durch ungeeignete Aufbewahrung von Atemschutzmasken (vgl. Doos u. a. 2022). Daher sind klare Protokolle, regelmäßige Schulungen sowie eine konsequente Überwachung der Schutzmaßnahmen unerlässlich.

Rechtlich ist vorgegeben, dass eine Wiederverwendung oder verlängerte Nutzung von persönlicher Schutzausrüstung ausschließlich unter strikter Beachtung der Herstelleranweisungen sowie der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen erfolgen darf. Dies umfasst insbesondere die Vorgaben der EU-Verordnung (EU) 2016/425 über persönliche Schutzausrüstungen, die Anforderungen an Konstruktion, CE-Konformität und bestimmungsgemäße Verwendung formuliert (vgl. EUROPÄISCHE UNION 2016). Ergänzend präzisieren DGUV-Regelwerke die Pflichten von Arbeitgebern zur Bereitstellung, korrekten Nutzung und Einhaltung der Benutzerinformationen von PSA.

Isolation

Isolation dient der Trennung infektiöser oder verdächtiger Patientinnen und Patienten, um die Weiterverbreitung von Erregern zu verhindern; die Auswahl der Isolationsform erfolgt nach dem jeweiligen Übertragungsweg (Kontakt, Tröpfchen, aerogen), z. B. als Einzelzimmerisolation oder Kohortenisolierung (vgl. INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE 2022).

Organisatorisch gehören dazu eine geeignete Wegführung (räumliche Trennung), nachvollziehbare Besuchsregelungen sowie ein zeitnahes Monitoring der isolierten Patientinnen und Patienten. Die Isolation ist stets von strikten Hygienemaßnahmen (Standard- und situationsspezifische Zusatzmaßnahmen) zu begleiten (vgl. INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE 2022).

Isolation im Krankenhaus

Die Isolation im Krankenhaus schützt Mitpatientinnen und -patienten sowie das medizinische Personal vor Übertragungen und ist eine essenzielle Maßnahme der Infektionsprävention im stationären Bereich. Die spezifische Isolierungsform wird anhand des Übertragungswegs festgelegt und umfasst Kontakt-, Tröpfchen- und aerogene Isolation; Ziel der räumlichen Separierung (z. B. Einzelzimmer mit definierten Zutritts- und Besuchsregeln) ist die zuverlässige Unterbrechung von Infektionsketten, u. a. bei hochkontagiösen Erregern wie SARS-CoV-2 oder Influenza (vgl. INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE 2022).

Für besondere Konstellationen (z. B. Schutzisolierung bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten) gelten zusätzlich definierte Anforderungen an Unterbringung, Besuch, Transport und Umgebungsbedingungen (vgl. INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE 2022).

Typen und Maßnahmen der Isolation

Laut Fachrichtlinie FRL 38 unterscheidet man mehrere Isolationsarten: Die Einzelzimmerisolierung ist der Standard, alternativ können – falls räumlich keine Einzelunterbringung verfügbar ist – Abstandsregelungen, Paravents und Luftreinigungsmaßnahmen zur Minimierung der Ansteckungsgefahr eingesetzt werden. Bei Tröpfchen- und aerogener Isolation kommen je nach Risiko FFP2- oder FFP3-Masken, Schutzbrillen und flüssigkeitsdichte Überkittel für das Personal zum Einsatz. Der Patient oder die Patientin muss beim Verlassen des Isolierzimmers einen geeigneten Mund-Nasen-Schutz tragen. Besucher sind über das Hygieneregime zu informieren und müssen, analog zum Personal, Schutzkleidung anlegen (vgl. INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE 2022).

Dauer und Beendigung

Die Dauer der Isolation orientiert sich an klinischen und mikrobiologischen Kriterien sowie an spezifischen Erregerleitlinien. Ein Verlassen des Zimmers oder eine Aufhebung der Isolation ist nur nach Rücksprache mit dem Hygiene-Team indiziert (vgl. INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE 2022).

Psychosoziale Dimensionen und Auswirkungen

Das subjektive Erleben der Isolation wurde jüngst systematisch in einem Rapid Review zusammengefasst. Die Ergebnisse belegen, dass viele Patientinnen und Patienten Isolation als starke Einschränkung ihrer Autonomie, als belastend und mit negativen psychischen Folgen erleben. Häufig genannte Aspekte sind Einsamkeit, Langeweile, Angst und der Eindruck stigmatisiert oder weniger beachtet zu werden. Ein Teil der Befragten berichtete jedoch auch über positive Aspekte wie Privatsphäre und Reflektionsmöglichkeiten. Das Risiko für depressive Verstimmungen, Angststörungen oder Stress nimmt mit zunehmender Isolationsdauer zu. Relevante Strategien zur Stressbewältigung waren kultursensibles Handeln, transparente Information und Beziehungsarbeit des Personals sowie digitale soziale Kommunikation (vgl. TOROMANOVA u. a. 2025).

Kommunikation und ethische Überlegungen

Informationsdefizite verstärken laut der Synthese subjektiv negative Gefühle ebenso wie inkonsistentes Verhalten des Personals und reduzierte Interaktion. Patientinnen und Patienten wünschen sich eine freundliche, empathische Zuwendung, nachvollziehbare Begründungen der Maßnahmen und Wertschätzung als gleichwertige Mitglieder der Versorgungsgemeinschaft (vgl. TOROMANOVA u. a. 2025). Fachgesellschaften und evidenzbasierte Übersichten betonen, dass Infektionsschutz und psychisches Wohlbefinden – insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie geriatrischen Patientinnen und Patienten – sorgfältig ausbalanciert werden müssen. Rapid Reviews zeigen, dass Isolation zu Belastungen wie Einsamkeit, Angst, Stigmatisierung und vermindertem Wohlbefinden führen

kann, während unterstützende Kommunikation und psychosoziale Maßnahmen eine wichtige Ressource darstellen (vgl. TOROMANOVA u. a. 2025).

Die genannten Erkenntnisse belegen, dass Isolation trotz ihres präventiven Nutzens als komplexe Intervention zu begreifen ist, die fachliche, psychosoziale und ethische Dimensionen einbezieht. Eine situationsgerechte Aufklärung, konsequente Beziehungsarbeit sowie die Förderung des subjektiven Wohlergehens der Patientinnen und Patienten stellen einen unverzichtbaren Bestandteil der Isolationsmaßnahmen dar.

Assessmentinstrumente bei Atemwegserkrankungen

Nach aktuellem Stand umfasst die systematische Überwachung von Patientinnen und Patienten mit respiratorischen Erkrankungen die regelmäßige Erfassung zentraler Vitalparameter—vor allem Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung (Pulsoximetrie), Körpertemperatur, Herzfrequenz, Blutdruck und Bewusstseinslage—als Grundlage für das frühzeitige Erkennen klinischer Verschlechterungen sowie die Ressourcen- und Eskalationsplanung (z. B. intensiviertes Monitoring, ärztliche Reevaluation oder Verlegung). Leitlinien zur akuten respiratorischen Insuffizienz betonen die Bedeutung eines strukturierten, trendorientierten Vitalzeichen-Monitorings als Voraussetzung für sichere Entscheidungen im Verlauf (vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) 2025).

Für die Frühwarnung bewähren sich validierte Early-Warning-Scores. MEWS und insbesondere NEWS integrieren mehrere Vitalparameter – darunter Atemfrequenz, SpO₂ (inkl. O₂-Gabe), Temperatur, Blutdruck, Puls und Bewusstsein – und liefern handlungsleitende Risikoschwellen zur rechtzeitigen Eskalation (z. B. zeitnahe ärztliche Beurteilung bzw. Alarmierung von Rapid-Response-Teams). In großen Kohorten außerhalb der Intensivstation zeigte NEWS eine höhere Sensitivität und insgesamt bessere Diskriminationsleistung für ungünstige Ereignisse (z. B. Mortalität, ICU-Transfer) als einfachere Screens (vgl. BG BAU 2006; DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG 2006).

Der qSOFA-Score (Atemfrequenz $\geq 22/\text{min}$, systolischer Blutdruck $\leq 100 \text{ mmHg}$, verändertes Bewusstsein) ist als schnelles, spezifischeres Screeninginstrument für Sepsisverdacht konzipiert, weist jedoch in Vergleichsstudien häufig eine geringere Sensitivität als NEWS auf; daher sollte qSOFA ergänzend, nicht ersetzend, eingesetzt werden (vgl. CHURPEK u. a. 2017; BRINK u. a. 2019). Meta-Analytik und multizentrische Analysen bestätigen die Überlegenheit von NEWS/NEWS2 gegenüber qSOFA in der frühen Identifikation kritisch gefährdeter Patientinnen und Patienten, während qSOFA – bei höherer Spezifität – mehr frühe Verschlechterungen übersehen kann (vgl. MELLHAMMAR u. a. 2019; WANG u. a. 2022). Im Intensivstations-Kontext ist für die Prognoseabschätzung (z. B. Krankenhaussterblichkeit) der SOFA-Score (laborbasiert, organspezifisch) den vereinfachten Verfahren qSOFA und

SIRS deutlich überlegen. Eine sehr große, multizentrische ICU-Kohorte (n = 184.875) zeigte, dass eine SOFA-Zunahme ≥ 2 Punkte die Mortalität genauer diskriminiert als qSOFA oder SIRS; daraus folgt, dass qSOFA nicht als alleiniger ICU-Prognosescore geeignet ist (vgl. RAITH u. a. 2017).

Zusammenfassend ist für Unterrichtszwecke festzuhalten:

- (1) Die Atemfrequenz bleibt der früheste, empfindliche Indikator einer respiratorischen Verschlechterung;
- (2) NEWS eignet sich als sensitives Frühwarnsystem für Normal- und Aufnahmestationen und sollte die Eskalationslogik strukturieren;
- (3) qSOFA wird bei Sepsisverdacht ergänzend genutzt (spezifischer, aber weniger sensitiv);
- (4) im ICU-Setting dient SOFA als prognostisch überlegenes Instrument (vgl.

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) 2025; CHURPEK u. a. 2017; BRINK u. a. 2019; MELLHAMMAR u. a. 2019; RAITH u. a. 2017; WANG u. a. 2022).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Pandemiemanagement erfordert eng abgestimmte, interprofessionelle Prozesse zwischen Ärzten und Ärztinnen, Pflege-, Hygienefachpersonen und nicht-medizinischen Bereichen. Forschung zu klinischem Krisenmanagement zeigt, dass klare Verantwortlichkeiten, strukturierte Kommunikation und regelmäßige Lagebesprechungen zentrale Erfolgsfaktoren der organisationalen Resilienz sind (vgl. ZUCHOWSKI u. a. 2024).

Die DGKH dokumentiert in ihren Tätigkeitsberichten kontinuierliche Koordinations- und Kommunikationsstrukturen (u. a. turnusmäßige Abstimmungen, Sektions-/AG-Arbeit), die genau diese interprofessionellen Schnittstellen adressieren und die Versorgungssicherheit unterstützen (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE 2024).

Dieses Kapitel liefert das fachliche Fundament für Hygienemaßnahmen, PSA, Isolation und Assessmentinstrumente, die im Planspiel Pandemie direkt angewendet werden. Die Einstiegsaufgabe (Bettenbelegung, Hygienekonzept) und alle Ereigniskarten bauen auf diesen Inhalten auf.

7.14 Kommunikationsmittel und-wege im Krisenfall

Eine effektive Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil des erfolgreichen Krisenmanagements. Hierbei unterscheidet man zwei Kommunikationsstränge:

- (1) die interne Kommunikation innerhalb des Verwaltungs- bzw. Krisenstabes sowie zwischen den Führungskräften und Helfenden, geregelt durch die jeweilige Stabsdienstordnung, und

(2) die externe Kommunikation nach außen.

Dieses Kapitel widmet sich der internen Kommunikation (vgl. TEICHERT/TINNEMANN 2020).

Die natürlichste Form menschlicher Kommunikation ist die Sprache, weshalb sie bei der zeitkritischen Informationsübermittlung die bevorzugte Methode darstellt. Um ihre Einsätze abzustimmen und mit den Menschen vor Ort in Kontakt zu bleiben, benötigen Rettungskräfte zuverlässige Kommunikationswege. Der Informationsaustausch erfolgt mittlerweile über eine Vielzahl von Medien und Plattformen (vgl. DONNER 2015).

Befehlsstellen sind so eingerichtet, dass der Betrieb der notwendigen Sprach- und Datendienste sichergestellt ist. Sie können sowohl ortsfest als auch beweglich eingerichtet werden, um flexibel auf verschiedene Einsatzszenarien reagieren zu können (vgl.

STAATLICHE FEUERWEHR SCHULE WÜRZBURG 2018). Sie verfügen über eine Büroausstattung sowie EDV-Systeme zur Unterstützung des Einsatzes wie z. B. PC-Systeme zur Unterstützung der Stabsarbeit, Datenübertragungssysteme, geografische Ortungssysteme und grafische Lagekartendarstellungssysteme (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

Die Kommunikation mit den Führungskräften im Einsatzgebiet erfolgt über Besprechungen, Verbindungsorgane (wie Melderinnen und Melder oder Verbindungspersonen) sowie weitere Kommunikationsmittel. Die PDV 800 / DV 800 „Fernmeldeeinsatz“ legt die Grundsätze für den Einsatz von Kommunikationsmitteln im Fernmeldeeinsatz für die Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) fest. Sie schildert die verschiedenen Fernmeldeverbindungen sowie deren Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen. Diese Vorschrift gewährleistet eine reibungslose Zusammenarbeit der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben im Fernmeldedienst (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

Kommunikationsmittel ermöglichen eine Vielzahl von Methoden zur Informationsübertragung, unterscheiden sich jedoch in Leistung, Zuverlässigkeit und Zeitaufwand für die Einrichtung und Übertragung. Den beweglichen Kräften stehen überwiegend drahtlose Kommunikationsmittel, wie Sprechfunkverbindungen, zur Verfügung. Funkstellen sollten nicht auf engem Raum versammelt werden, da sie sich wechselseitig stören. Bei Einsätzen, die über einen längeren Zeitraum stattfinden, sollten Funkverbindungen möglichst durch Drahtverbindungen ersetzt, ergänzt oder aus Sicherheitsgründen überlagert werden. Drahtgebundene Kommunikationsmittel sind grundsätzlich dann einzusetzen, wenn die Dauer und die Art des Einsatzes den Aufwand rechtfertigen, sie innerhalb und zwischen Befehlsstellen zu verwenden oder drahtlose Mittel nicht erlaubt oder möglich sind. Mit drahtlosen oder drahtgebundenen Kommunikationsmitteln können folgende Arten von Verbindungen hergestellt werden: Sprechfunkverbindungen, Fernsprechverbindungen,

Fernschreibverbindungen, Videoverbindungen, Datenübertragungsverbindungen und Telekopierverbindungen (Telefax) (vgl. AUSSCHUSS FEUERWEHRANGELEGENHEITEN/KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG 1999).

Kommunikation über Funk

Bei der Funkkommunikation während eines Katastrophenfalls sind klare, kurze und präzise Anweisungen besonders wichtig. Dies bedeutet, höfliche Anrede zu vermeiden, die Funkrufnamen des Gesprächspartners sowie den eigenen Funkrufnamen zu nennen, die Sprechtaaste zu betätigen, laut und deutlich zu sprechen und sich knapp zu fassen. Bei schwierigen Wörtern kann es nötig sein, Buchstabiertafeln zu nutzen (vgl. KOMPETENZZENTRUM DIGITALFUNK NRW 2023).

Allgemeine Regeln:

- Kurz und präzise: Funksprüche so kurz wie möglich halten, nur Relevantes übermitteln und präzise formulieren, um Missverständnisse zu vermeiden.
- Deutsche Standardsprache: Alle Mitteilungen werden in Hochdeutsch gemäß der DIN 14011 durchgeführt.
- Laut und deutlich: Um auch bei lauten Umgebungsgeräuschen verständlich zu sein - laut und deutlich sprechen.
- Formlos und direkt: Verzicht auf Höflichkeitsformen. Stattdessen Nutzung der Anrede "Sie".
- Buchstabieren: Verwenden der Buchstaben der Buchstabiertafel bei komplizierten Wörtern.
- Funkrufname: Immer den Funkrufnamen des Gerufenen und den eigenen Funkrufnamen angeben.
- "kommen": Die Sprechtaaste drücken, einen Moment warten, anfangen zu sprechen. Am Ende der eigenen Äußerung „kommen“ sagen und Sprechtaaste loslassen. Korrektur: Falls ein Fehler unterlaufen ist, "Ich berichtige" sagen und mit dem letzten korrekt gesprochenen Wort beginnen.
- Bestätigung: Die Person, die gerufen wurde, wiederholt die Nachricht. Wenn die Nachricht korrekt wiederholt wurde, schließt der Rufende das Gespräch mit "Ende" ab.
- Lageberichte: Bei der Abfahrt, Ankunft und nach Erkundung einer Situation wird eine Lagemeldung übermittelt (vgl. KOMPETENZZENTRUM DIGITALFUNK NRW 2023).

Bei der Funkkommunikation kann es zu Verständigungsproblemen kommen. Um diese zu vermeiden, wird das Funkalphabet verwendet. Besonders bei der Übermittlung komplizierter Fremdwörter oder Eigennamen ist dies ratsam. Hierbei wird jeder Buchstabe durch einen festgelegten Begriff mit demselben Anfangsbuchstaben ersetzt, wodurch die Buchstabierung eindeutiger und weniger anfällig für Fehler wird (vgl. KOMPETENZZENTRUM DIGITALFUNK NRW 2023).

Das offizielle deutsche Buchstabieralphabet wurde im Jahr 2022 umfassend reformiert. Das Deutsche Institut für Normung (DIN) veröffentlichte am 13. Mai 2022 die DIN 5009 „Ansagen und Diktieren von Texten und Schriftzeichen“, die eine vollständig überarbeitete Buchstabiertafel beinhaltet. Primär werden im neuen Buchstabieralphabet 2022 deutsche Städtenamen von A wie Aachen bis Z wie Zwickau verwendet, anstelle von Vornamen. Da es für den Buchstaben Y noch immer keinen geeigneten Städtenamen gibt, wird Y auch weiterhin als Ypsilon bezeichnet. Die Umlaute Ä, Ö und Ü erhalten keine eigenen Städtenamen. Stattdessen wird der Grundbuchstabe mit dem Wort Umlaut verknüpft, wie beispielsweise Umlaut Aachen für Ä, Umlaut Offenbach für Ö und Umlaut Unna für Ü. Darüber hinaus wird bei den Buchstabenkombinationen CH und SCH auf die Verwendung eigener Wörter verzichtet. Alternativ kann auch das internationale Funk-Alphabet verwendet werden. (vgl. BUCHSTABIERALPHABET 2026).

Tabelle 6: Funk Alphabet (deutsch) (BUCHSTABIERALPHABET 2026)

A	Aachen	F	Frankfurt	L	Leipzig	Q	Quickborn	Ü	Umlaut Unna
Ä	Umlaut Aachen	G	Goslar	M	München	R	Rostock	V	Völklingen
B	Berlin	H	Hamburg	N	Nürnberg	S	Salzwedel	W	Wuppertal
C	Chemnitz	I	Ingelheim	O	Offenbach	ß	Esszett	X	Xanten
D	Düsseldorf	J	Jena	Ö	Umlaut Offenbach	T	Tübingen	Y	Ypsilon
E	Essen	K	Köln	P	Potsdam	U	Unna	Z	Zwickau

Für die Kommunikation über Funkgeräte ist eine abgeschlossene spezifische BOS-Sprechfunk-Ausbildung Voraussetzung. Pflegefachpersonen sollten jedoch im Umgang mit Walkie-Talkies und der Kommunikation darüber geschult sein, um im Bedarfsfall auf diese Art der Kommunikation zurückgreifen zu können. (vgl. KOMPETENZZENTRUM DIGITALFUNK NRW 2023). In einer Betreuungsstelle erfolgt die Kommunikation der Pflegefachpersonen mit

ihrer zuständigen Führungsperson über Meldeformulare wie z. B. dem DRK-Nachrichtenvordruck.

Fm-Betriebsstelle	EINGANG			AUSGANG			Nachweisung Nr.
	Aufnahmevermerk ☐ Fe ☐ Fu ☐ Me			Annahmevermerk		Beförderungsvermerk	☐ E ☐ A
	1 Datum	Uhrzeit	Zeichen	2 Uhrzeit	Zeichen	3 Datum	Uhrzeit
	4						
	5 Rufname der Gegenstelle/ Spruchkopf:						
	6 Beförderungsweg: ☐ Fe ☐ Fu ☐ Fax ☐ Me						
	7 ☐ DURCHSAGE ☐ Spruch			8 Beförderungshinweis: Tel. ☐ Fe ☐ Fu ☐ Fax ☐ Me			
	9 Vorrangsstufe		10 Anschrift:				11 GESPRÄCHS- NOTIZ ☐
Verfasser	INHALT						
	12 Abfassungszeit (tatsächliche Zeit):						
	13 Absender:			14 Zeichen			
	Einheit / Einrichtung / Stelle			Funktion			
Sichter	15 Quittung:			16 Vermerke:			
	Uhrzeit			Zeichen			
	Bearbeitung durch:						
	☐ S1 ☐ ☐ S2 ☐ ☐ S3 ☐ ☐ S4 ☐ ☐ KAB ☐						

DRK-Nachrichtenvordruck 4fach Druckerei Kobs, Düsseldorf

Abbildung 7: DRK-Nachrichtenvordruck 4fach (DRK-Bildungsinstitut Rheinland-Pfalz, o.J.)

Wenn die Pflegefachpersonen im Einsatz zusätzliche Materialien oder Personal benötigen, füllen sie den mittleren Abschnitt des Nachrichtenvordrucks aus und lassen diesen der für sie zuständigen Gruppenführerin bzw. Gruppenführer zukommen.

Es ist wichtig, beim Ausfüllen deutlich zu schreiben und die Zeichen konstant mit festem Druck zu setzen. Außerdem ist ein Trennkarton einzulegen, damit eine saubere Trennung der Blätter gewährleistet ist. Nach Beendigung des Schreibprozesses sind Anpassungen nicht erlaubt; nachträgliche Modifikationen dürfen nicht durchgeführt werden (vgl. DRK - BILDUNGSINSTITUT RHEINLAND-PFALZ o.J.).

Erläuterungen zum mittleren Bereich des Formulars

- 7 = Wie wird die Nachricht/Meldung übermittelt? Eine Durchsage stellt eine freie, richtungsgebundene Nachricht dar, wohingegen ein Spruch eine vorgegebene, wortwörtliche Nachricht ist, die schriftlich festgehalten und genauso wiedergegeben wird. Eine "Durchsage" kann als ein formloses Gespräch betrachtet werden, wohingegen ein "Spruch" eher einer standardisierten Anweisung entspricht.
- 8 = Beförderungshinweis: Fernsprecher, Funk, Fax, Melder

- 9 = Im Katastrophenschutz existieren unterschiedliche Vorrangstufen, die die Dringlichkeit von Nachrichten und Einsätzen kennzeichnen.
 - eee (Einfach): Diese Stufe hat die geringste Dringlichkeit und wird für weniger dringliche Nachrichten genutzt.
 - sss (Sofort): Diese Stufe dient für Anfragen, die eine schnelle, aber keine sofortige Reaktion erfordern.
 - BLITZ: Dies ist die höchste Dringlichkeitsstufe, die für sehr dringende Meldungen vorgesehen ist, die Menschenleben retten oder Katastrophen bekämpfen.
- 10 = An dieser Stelle wird der Empfänger angegeben. Jedoch keine Namen, sondern die Dienststelle, Einheit und Funktion
- 11 = ist nur auszufüllen, wenn ein selbstgeführtes Gespräch stattgefunden hat und der Meldezettel als Dokumentation dient. Dies wird nicht weitergeleitet.
- INHALT: kurz, knapp, unmissverständlich
- 12 = Taktische Zeit zu der die Nachricht verfasst wurde. Hierbei bestehen die ersten beiden Ziffern für den **Tag**, die nächsten vier für die **Uhrzeit** im 24-Stunden-Format, der **Monat** wird durch eine drei Buchstaben umfassende standardisierte Abkürzung angegeben und zum Schluss kann optional das Jahr in Form von zwei Ziffern folgen. Es werden keine Trennzeichen wie Punkt oder Doppelpunkt verwendet. Beispiel:
141300Sep25
- 13 = Absender: Einheit, Einrichtung
- 14 = Handzeichen, Funktion

(vgl. DRK - BILDUNGSINSTITUT RHEINLAND-PFALZ o.J.)

Die beschriebenen Kommunikationsmittel und Kommunikationswege bilden eine wesentliche Grundlage für die Bearbeitung der Planspiele in Band 2. Die Teilnehmenden nutzen dort strukturierte Kommunikationswege, koordinieren Informationen zwischen verschiedenen Akteuren und reflektieren die Herausforderungen der Kommunikation unter Krisenbedingungen.

7.15 Versorgung vulnerabler Gruppen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen

Im Zusammenhang mit Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen werden Personengruppen als vulnerabel angesehen, die aus verschiedenen Gründen im Alltag dauerhaft und regelmäßig auf lebensnotwendige Unterstützung durch Dritte angewiesen sind und keine Ressourcen zur Bewältigung solcher Ereignisse zur Verfügung haben (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2018).

Laut Statistischem Bundesamt waren zum Jahresende 2023 rund 7,9 Millionen Menschen (9,3 % der Bevölkerung in Deutschland) mit einer schweren Behinderung bekannt (vgl.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2024). Wenn man den weiter gefassten Vulnerabilitätsbegriffs berücksichtigt, der ältere Menschen, Schwangere und Kinder einschließt, beträgt der Anteil in Deutschland etwa 25 Prozent der Gesamtbevölkerung (vgl. DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND 2017).

Das Sendai-Rahmenwerk für Katastrophenvorsorge 2015 – 2030 der Vereinten Nationen verlangt, dass Katastrophenvorsorge niedrigschwellig, inklusiv und ohne Diskriminierung gestaltet wird, um die Teilnahme aller Menschen zu ermöglichen. Menschen, die überdurchschnittlich stark von Katastrophen betroffen sind, sollen besondere Aufmerksamkeit erhalten. Es ist notwendig eine Perspektive, die Alter, Geschlecht, Behinderung und Kultur einbezieht, in allen relevanten Bereichen der Politik und Praxis zu integrieren. Zudem wird auf nationaler sowie lokaler Ebene gefordert, dass Menschen mit lebensbedrohlichen und chronischen Erkrankungen in allen politischen Konzepten und Plänen entsprechend ihrer speziellen Bedürfnisse berücksichtigt werden, um ihre Risiken vor, während und nach Katastrophen zu bewältigen (vgl. UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION 2015; DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2018).

In Krisen und Katastrophen sind ältere Menschen, darunter vermutlich auch solche, die auf Pflege angewiesen sind, oft unter den Hauptopfern. Internationale Erfahrungen zeigen, dass der Anteil älterer Menschen unter Katastrophenopfern deutlich höher ist als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Dies wird durch Beispiele klar: Beim Hurrikan Katrina 2005 in New Orleans starben etwa 1.330 Menschen, von denen rund 71 Prozent 65 Jahre oder älter waren, obwohl Personen ab 60 Jahren nur 15 Prozent der Bevölkerung ausmachten. Im Zuge der Fukushima-Daiichi-Katastrophe 2011 (Erdbeben, Tsunami, Kontamination) kamen etwa 18.000 Personen ums Leben. Mehr als die Hälfte dieser Verstorbenen war 65 Jahre oder älter, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung in der betroffenen Region nur 23 Prozent betrug. Im Sommer 2015, der durch extreme Hitze gekennzeichnet war, machte der Anteil der älteren Menschen unter den verstorbenen Personen in der Schweiz 77 Prozent aus; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug hingegen nur 18 Prozent (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2018).

Die Evakuierung im Zuge der Bombenentschärfung in Berlin im Oktober 2017 zeigt ebenfalls, dass die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen sowie von Personen, die auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind, in solchen Situationen noch nicht ausreichend Beachtung finden. Einerseits wurde eine Notunterkunft für Hilfsbedürftige geschaffen, die baulich weniger geeignet ist (z. B. zu kleine Toiletten für Rollstühle und Begleitpersonen) und aufgrund der hohen Zahl an Hilfsbedürftigen schnell überfüllt war. Zusätzlich hatten die Betroffenen ihre Medikamente und Hilfsmittel nicht mitgenommen, da sie von einer kurzen

Evakuierung ausgegangen waren. Somit mussten die fehlenden Medikamente und Hilfsmittel von den Einsatzkräften besorgt werden (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2018).

In einer Umfrage unter der deutschen Bevölkerung hinsichtlich der Gesundheitskompetenz wurde festgestellt, dass ein erheblicher Anteil von 81,7 Prozent der Befragten eine niedrige Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz (KatGK) aufweist. Dies betraf insbesondere Personen ab 65 Jahren (90,3%), Personen mit niedrigem Sozialstatus (89,0%), Personen mit finanzieller Deprivation (88,9%), Personen mit Behinderung (88,5%), Personen mit niedrigem Bildungsniveau (87,0%) sowie Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen (86,9%) (vgl. SCHAEFFER u. a. 2025).

Die Erfahrungen zeigen zentrale Handlungsfelder für den Katastrophenschutz in Bezug auf vulnerable Gruppen auf. Warnsignale werden von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen oft aufgrund von Einschränkungen der Sinne oder Wahrnehmung nicht so gut erfasst. Gleichzeitig können kognitive Einschränkungen die Verarbeitung von Informationen, die auf eine Katastrophe hinweisen, beeinträchtigen. Einschränkungen der Mobilität erschweren es, sich selbständig in Sicherheit zu bringen oder Sammelstellen zu erreichen. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko im Hinblick auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten und das Wissen über die erforderlichen Präparate. Pflegebedürftige Menschen, die zu Hause auf elektrische, lebensnotwendige Geräte wie Beatmungsmaschinen angewiesen sind, können bei einem Stromausfall in Lebensgefahr geraten. Oftmals brauchen sie zudem eine spezielle Ernährung sowie Hilfe beim Essen und Trinken. Die Kommunikation mit pflegebedürftigen Personen, die demenziellen Veränderungen unterliegen, ist oft eingeschränkt. Dies kann zu Verärgerung, Aggressionen, Orientierungsproblemen und einem verstärkten Bewegungsdrang führen. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für emotionale Belastungen durch unerwartete Vorfälle; Evakuierungen können gesundheitliche Risiken für pflegebedürftige Personen bergen (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2018; DOSA u. a. 2012; GEIßLER 2025; NOMURA u. a. 2016)

Bei der Planung der Krisenversorgung ist insbesondere darauf zu achten, dass Mütter und Säuglinge kontinuierlich mit Wasser, Wärme und Nahrung versorgt werden. Wasser bewahrt vor Dehydratation und ist in heißen Zeiten besonders wichtig, da Säuglinge schnell austrocknen können. Säuglinge müssen warmgehalten werden. Die geeigneten Raumtemperaturen liegen bei 18 – 21 °C, wobei in erster Linie die Körperwärme der Bezugsperson genutzt werden kann (z. B. mit Tragetüchern oder wärmespeichernder Heilwolle). Stillende Mütter müssen ausreichend essen, da Krisensituationen zu einer Unterversorgung führen können, die sich negativ auf die Entwicklung des Kindes sowie auf den Kreislauf und die physischen und psychischen Ressourcen der Mutter auswirkt. Im Falle

eines Stromausfalls sollten zudem Vorräte wie Windeln, Babypflegeprodukte, Milchpumpen, Babybrei und Milchpulver vorhanden sein (vgl. GEIßLER 2025).

Kurze Lage (1 Tag) z.B. Evakuierung zur Bombenentschärfung	Mittlere Lage (bis 3 Tage) z.B. in einer Notunterkunft	Langanhaltende Lage (mehr als 3 Tage)
- Ggf. spezielle Ernährung - Besondere Sitzgelegenheiten - Barrierefreie Toiletten - Ggf. zusätzliche Rollstühle - Barrierefreier Zugang (z.B. bauliche Maßnahmen, leichte Sprache) - Barrierefreiheit von Notfallkommunikation (z.B. Schrift-/Gebärdendolmetscher) - Abgeschirmte Bereiche für schwer Pflegebedürftige - Hygienebedarfe - Besonders geschultes Personal/ zusätzliches Pflegepersonal - Barrierefreie Fahrzeuge für den Transport Betroffener (bei Evakuierungslagen) - Medikation - Redundante (Not-) Stromversorgung - Gutes, barrierefreies Informationsmanagement der Betroffenen in der Einrichtung	Zusätzlich zur kurzen Lage: - Barrierefreie (Not-) Betten - Medikamente für chronisch Kranke - Erweitertes Equipment zur Pflege - Waschutensilien - Sichere Entsorgungsmöglichkeiten (für benutzte Pflegeartikel) - Besondere Ernährung (z.B. für Diabetiker geeignet) - Betätigungsmöglichkeiten für Kinder (Spielecken, Kinderbetreuung), dabei die unterschiedlichen Altersgruppen beachten - Schutzräume für besondere Gruppen (z.B. Familien, Frauen) - Betreuung für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychologische Betreuung - Seelsorgeangebote	Zusätzlich zur mittleren Lage: - Neben Pflegepersonal noch Pflegeassistenten und „Kümmerer“ (Menschen für die Sorgen und Nöte der Betroffenen) - Sicherstellung der Versorgungssicherheit mit Energie, Nahrung, Wasser und Hygieneartikeln - Aktive Betreuung und Schulangebote für Kinder - Ggf. Schutzmaßnahmen für Betroffene in und um Einrichtungen.

Abbildung 8: Bedarfe/ Aspekte vulnerabler Personengruppen in Krisensituationen

Quelle: Eigene Darstellung der beispielhaften Bedarfe vulnerabler Gruppen in unterschiedlichen Krisenlagen auf Basis von Originaltabelle (DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND 2017)

7.15.1 Katastrophenschutz-Leuchttürme

Seit 2015 haben viele Kommunen und Bundesländer zentrale Anlaufstellen für Krisensituationen geschaffen, die als Katastrophenschutz-Leuchttürme (Kat-L), Notfall-Informationspunkte oder Anlaufstellen bezeichnet werden. Zweck dieser Einrichtungen ist es, Menschen bei längeren Stromausfällen mit Informationen und Unterstützungsangeboten zu

versorgen, Notrufe weiterzuleiten und den nachbarschaftlichen Austausch zu fördern (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025j)

Katastrophenschutz-Leuchttürme (Kat-L) sind stationäre Gebäude mit Notstromversorgung, die von der Gemeinde betrieben werden und im Falle einer Krise zentrale Anlaufstellen darstellen. Sie sammeln Lageinformationen über die Situation und geben diese an die Bevölkerung weiter. Außerdem schaffen sie ein sicheres Netzwerk, das den Austausch zwischen verschiedenen Behörden (Krisenstäben, Leitstellen) ermöglicht. Dort können im Vorfeld gesammelte Informationen zu Gesundheitsdiensten, Partnern, Notbrunnen, Notunterkünften, Wasseraufbereitung, Hygiene, Selbstschutz usw. weitergegeben werden. Darüber hinaus bieten sie Notrufabschaltung, Grundversorgung wie Erste Hilfe, gegebenenfalls medizinische Unterstützung durch Hilfsorganisationen, Notbetreuung für Kinder von Einsatzkräften, psychosoziale Hilfe sowie die Registrierung und Koordination freiwilliger Helfer an. Die Strukturen dienen auch der weiteren Positionierung von behördlichen Funktionen. Die geografische Platzierung der Kat-L soll so erfolgen, dass sie im Laufbereich (etwa 3 – 4 km) erreichbar sind und sich an sozialräumlichen sowie lebensweltlichen Gegebenheiten orientieren. Die Standorte sollen öffentlich zugänglich, bekannt, möglichst barrierefrei und gut erreichbar sein. Es soll sichergestellt werden, dass besonders verletzbare Gruppen über die Existenz der Kat-L informiert sind und diese sicher erreichen können (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025j).

7.15.2 Pflegeregister

Ein Pflegeregister im Katastrophenschutz dient der Erfassung von Personen mit erhöhtem Pflegebedarf oder gesundheitlichen Einschränkungen, um ihnen in Notfällen gezielt Hilfe anzubieten. Eine aktive Registrierung Ihrerseits ist erforderlich. Dies erleichtert den Einsatzkräften im Katastrophenfall Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, leichter zu finden und zu versorgen, besonders wenn die normale Kommunikation ausfällt. Das Registrieren ist oft kostenlos und dient der Vorsorge, wie durch das Projekt LifeGRID im Landkreis Wesermarsch oder durch den Verein Notfallregister e. V. (vgl. DRK KREISVERBAND WESERMARSCH E.V. 2025).

Die besonderen Bedarfe vulnerabler Personengruppen sind Kernthema von Planspiel 3 (Unwetterkatastrophe im ambulanten Pflegedienst), in dem Lernende Klientinnen und Klienten nach Gefährdungsgrad priorisieren und Versorgungsentscheidungen unter Ressourcenknappheit treffen, einschließlich des Umgangs mit Evakuierungsverweigerung

7.16 Notfall- und Evakuierungspläne in Einrichtungen und im ambulanten Setting

Notfall- und Evakuierungspläne in Einrichtungen sowie im ambulanten Setting sollten spezifische Risiken berücksichtigen, wie z. B. Brände, Stromausfälle oder medizinische Notfälle. Sie umfassen wesentliche Informationen wie Alarmierungs- und Kommunikationswege, Zuständigkeiten sowie die präzisen Schritte zur Evakuierung von Personen mit eingeschränkter Mobilität. Kliniken orientieren sich hierbei an der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung. Für stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) eine Handreichung zur Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen erarbeitet (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023). Im Kapitel zum Thema Cyberangriff in der stationären Pflege wird dies detaillierter erläutert.

7.16.1 Besonderheiten im ambulanten Bereich

Es ist wichtig, Klienten und ihre An- und Zugehörigen im Vorfeld darüber zu informieren, wie sie sich auf mögliche Gefahren vorbereiten können. Darüber hinaus ist es möglich, schriftliche Absprachen zwischen dem Pflegedienst und den Klienten zu treffen. In diesen können Regelungen zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung im Ereignisfall sowie zu potenziellen Evakuierungsmaßnahmen festgelegt und abgestimmt werden. Das Sicherheitsbedürfnis der Klienten und ihrer Angehörigen muss dabei stets gewahrt bleiben (vgl. EWERS/KÖHLER 2023). Falls die Klienten schwer erreichbar sein könnten, ist es wichtig, dass sie oder ihre Angehörigen über erste Selbsthilfemaßnahmen verfügen und diese selbst umsetzen können. Neben der empfohlenen Bevorratung für alle Privathaushalte sind folgende Maßnahmen zu beachten:

- Medikamentenversorgung für mindestens sieben Tage einschließlich, Dosierungsplan
- Pflegehilfsmittel vorrätig und leicht zugänglich haben, um die ersten Tage außerhalb der gewohnten Umgebung zu bewältigen
- Notfallgepäck packen
- Dokumente und Informationen erstellen: Krankenkasse, Pflegegrad, Diagnosen, Allergien (digital und analog)
- Notfallkontakte festlegen: Hausarzt, Pflegedienst, Verwandte, Nachbarn
- Stromausfallvorsorge: batteriebetriebene Geräte wie Taschenlampen, Ersatzakkus und bei Bedarf ein medizinisches Gerät mit Notstromversorgung bereit halten
- Transport und Mobilität: Für den Fall einer Evakuierung muss die Rettungsleitstelle darüber informiert werden, dass sich eine pflegebedürftige Person im Haushalt befindet.

Extreme Wetterbedingungen wie Stürme, Schneefall oder Hochwasser können die Anreise zu Kunden erschweren. Der Pflegedienst muss dann Prioritäten festlegen, bei wem akuter Versorgungsbedarf besteht und bei wem die Versorgung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben oder an jemand anderen übergeben werden kann. Bei nötigen Besuchen unter schwierigen Bedingungen sollte der kommunale Krisenstab benachrichtigt werden, um Hilfe zu organisieren. In Ausnahmefällen können Pflegende auch andere Transportmittel wie Traktoren oder Räumungsfahrzeuge nutzen, um zu den Klienten zu gelangen (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023).

Höchste Priorität	Klientinnen und Klienten können im Krisenfall (z. B. länger anhaltendem Stromausfall) nicht mehr zu Hause versorgt werden, z. B. Personen mit Beatmung, etc.
Hohe Priorität	Klientinnen und Klienten, die • alleinlebend sind, • keine An-/Zugehörigen im unmittelbaren Umfeld haben, die Leistungen übernehmen können oder • auf die Versorgung durch den amb. Pflegedienst angewiesen sind (z. B. aufgrund komplexer Versorgungs- und Pflegeerfordernisse)
Mittlere Priorität	Klientinnen und Klienten, bei denen die Häufigkeit der Besuche eingeschränkt werden kann, da sie selbst noch das Wichtigste erledigen können und/oder sporadische Unterstützung durch Bezugspersonen gewährleistet werden kann
Niedrige Priorität	Klientinnen und Klienten, bei denen die Leistungserbringungen für diese Zeit komplett eingestellt werden kann, da sie sich für ca. 7 Tage selbst mit dem Nötigsten versorgen können bzw. von An-/Zugehörigen, Nachbarn etc. versorgt werden können

Abbildung 9: Muster-Krisen-Konzept

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf durch die BAGFW (2023a) angepasstem Muster-Krisen-Konzept der Diakonie Hessen (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a).

Der Pflegedienst kann eingeschränkt erreichbar sein, wenn die Zufahrtswege zum Dienstgebäude nicht passierbar sind. Es ist wichtig, dass im Alltagsgeschehen eindeutige Handlungsweisen für das Vorgehen der Mitarbeitenden des Pflegedienstes bestimmt werden. Es wird empfohlen, die Pflegedokumentation mobil zu führen (z. B. mit Powerbanks oder Autoladekabeln). Wenn das Dienstgebäude nicht erreichbar ist, wird ein alternativer Sammelpunkt festgelegt, an dem das Team sich trifft und Aufgaben koordiniert; dieser Ort muss allen bekannt sein und im Krisenkonzept aufgeführt werden. Bei größeren Schäden oder Katastrophen kann es zu einem Mangel an Personal kommen, was eine Priorisierung erforderlich macht, bei der entschieden werden muss, welche Klienten dringend zeitnah

versorgt werden müssen und bei wem Leistungen verschoben oder delegiert werden können (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINDSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023).

Falls nötig, kann die pflegerische Versorgung durch den Pflegedienst nicht mehr gewährleistet werden, was eine Evakuierung der betroffenen Klientinnen und Klienten erforderlich macht. Die Evakuierung sollte eng mit den evakuierenden Organisationen koordiniert werden. Evakuierungsorte können Krankenhäuser sein, jedoch sind deren Aufnahmekapazitäten in großen Schadenslagen begrenzt. Nur Klientinnen und Klienten, die zwingend behandelt werden müssen, wie beatmungspflichtige Personen, sollten umgehend aufgenommen werden. Angehörige können eine Unterbringung und Grundversorgung bieten, damit der ambulante Pflegedienst sich auf die verbleibenden Klientinnen und Klienten konzentrieren kann. Eine Evakuierung in eine Pflegeeinrichtung ist möglich, wenn dort Platz vorhanden ist oder die Aufnahme mit einer Pflegeperson zusammen erfolgt; alternativ kann eine Pflegeeinrichtung außerhalb des Schadensgebiets vorübergehend häuslich gepflegte Personen aufnehmen. Schließlich können Sammel- oder Notunterkünfte als Betreuungsplatz genutzt werden, wie zum Beispiel Hotels, Turnhallen oder Zelte. Es ist zu berücksichtigen, dass Notunterkünfte normalerweise kein pflegerisches Material bereitstellen und die dortige Versorgung oft von ehrenamtlichen Einsatzkräften des Katastrophenschutz durchgeführt wird, die in der Regel keine pflegerische Qualifikation haben (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINDSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023)

Bei einer Evakuierung in Sammel- bzw. Notunterkünfte kann ein längerer Aufenthalt nötig sein. Wenn der ambulante Pflegedienst dabei ist, sollte er den evakuierenden Einheiten persönliche Medikamente sowie relevante Unterlagen der Pflegebedürftigen mitgeben (z. B. Medikamentenliste, Pflegedokumentation, Pflegebericht oder Pflegeüberleitungsbogen, Kontaktdaten von Angehörigen und Hausarzt, Pflegematerial für 72 Stunden, Ausweise und Gesundheitskarten). Idealerweise begleiten Pflegefachpersonen bekannte Pflegebedürftige, um Ruhe auszustrahlen und pflegerelevante Informationen, Material und Medikamente weiterzugeben. Pflegefachpersonen können die Klienten beim Transport in die Notunterkunft unterstützen und dort weiterpflegen. Der ambulante Pflegedienst sollte außerdem den Überblick behalten, Notunterkunftskontakte dokumentieren und festhalten, wohin die Klienten verlegt werden (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINDSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023)

Um sicherzustellen, dass Notfälle, Krisen und Katastrophen möglichst reibungslos verlaufen, ist es wichtig, dass alle relevanten Akteure in ihrem Sozialraum miteinander vernetzt sind. Durch eine gemeinsame Planung werden Verantwortlichkeiten, Möglichkeiten und Grenzen bereits vor dem Notfall geklärt, um im Ernstfall gut abgestimmt handeln zu können. Es ist für ambulante Pflegedienste wichtig, sich aktiv mit möglichst vielen lokalen Diensten, Organisationen und Personen zu vernetzen, insbesondere mit den kommunalen

Katastrophenschutzbehörden. Um ihren organisatorischen Katastrophenschutzplan zu optimieren und die kommunale Notfallreaktion zu verbessern, sollten Pflegedienste eng mit Katastrophenschutzbehörden, Hilfsorganisationen und anderen Beteiligten zusammenarbeiten, da sie oft nicht ausreichend eingebunden sind (vgl. EWERS/KÖHLER 2023).

7.16.2 Umgang mit Klientinnen und Klienten, die eine Evakuierung verweigern
Eine Evakuierung ist keine Option, die man verweigern kann, um das eigene Risiko einzugehen. Die Anordnung der Behörden ist zu befolgen. Dennoch kann es vorkommen, dass Klienten eine Evakuierung ablehnen, bedingt durch Furcht vor dem Unbekannten, Kontrollverlust oder kognitiven bzw. physischen Einschränkungen. Es ist von entscheidender Bedeutung, durch Kommunikation und Verständnis die Ursachen für die Ablehnung zu ergründen und geeignete Lösungsansätze zu identifizieren. Sollte dies nicht möglich sein, ist die Polizei befugt, Zwangsmittel anzuwenden und die Person auch gegen ihren Willen mitzunehmen (vgl. SCHUCHARDT/PEPERHOVE/GERHOLD 2017).

7.17 Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung

Eine Evakuierung erfordert eine sorgfältige Vorbereitung und eine klare Durchführung. Zur Vorbereitung gehört die Ausarbeitung eines Evakuierungskonzepts mit Rollenzuweisung, Alarmierungsstrategien und Fluchtwegen sowie regelmäßigen Übungen, um das Verhalten zu trainieren. Im Falle einer Evakuierung ist normalerweise genügend Zeit vorhanden, um diese angemessen zu planen und durchzuführen. Eine Evakuierung kann strukturiert erfolgen, sofern eine akute Gefährdung ausgeschlossen ist. Die Umsetzung setzt das Einhalten der Instruktionen voraus. Man muss das Gebäude über die markierten Fluchtwege verlassen und sich an den festgelegten Sammelstellen versammeln (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2020).

Beispiel Evakuierung eines Krankenhauses

Vorbereitung

Es bedarf einer klaren Führung und Abstimmung, um eine Krankenhaus-Evakuierung vorzubereiten: Es wird bestimmt, wer den Einsatz führt (z. B. das Krankenhaus, das Führungs- und Lagezentrum der Polizei oder der Führungsstab des Kreises) und eventuell eine Verbindungsperson in die externe Einsatzleitung entsendet. Eine interne Einsatzabschnittsleitung wird bestimmt, und es wird ein Zeitplan erstellt, der festlegt, wann Gebäude geräumt, der Betrieb eingestellt und Bereiche kontrolliert bzw. gesichert werden müssen (inklusive Datum und Uhrzeit). Außerdem werden der Beginn der betriebsfreien Phase und der Start der Evakuierung bestimmt (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025). Idealerweise wird ein geeigneter Standort ausgewählt, der in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsbereichen liegt und gegenüber

einer sich schnell verschärfenden Situation widerstandsfähig ist (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023c).

Um einen reibungslosen Ablauf der Aktion zu gewährleisten, wird das erforderliche Personal für Vorbereitung, Evakuierung und Nachbereitung im Normalbetrieb ermittelt und es werden vorläufige Entlassungen festgelegt. Um einen geregelten Betrieb zu gewährleisten, wird ein vollständiger Aufnahmestopp verordnet und die integrierte Leitstelle entsprechend benachrichtigt. Ambulante Sektoren werden umgehend benachrichtigt und Termine werden abgesagt. Ein alternativer Standort für die Führungselemente, beispielsweise den Stab, wird festgelegt und eingerichtet, während die Kapazitäten innerhalb des Klinikverbunds überprüft werden (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025).

Bei einer externen Evakuierung wird die Verfügbarkeit von Betten in benachbarten Krankenhäusern erfragt. Das Evakuierungswerkzeug wird im Krankenhausinformationssystem (KIS) eingesetzt, wo die Stationen die Evakuierung nach Isolation und Mobilität klassifizieren, die Vollständigkeit überprüfen und fehlende Informationen anfordern. Die Evakuierungsziele werden definiert und für jede Patientin und jeden Patienten im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert. Darüber hinaus wird eine Koordination mit der Technik hinsichtlich Sicherheitsvorkehrung für die betriebsfreie Periode durchgeführt. Ein Ordnungsdienst wird etabliert, Übergabepunkte werden mit der Einsatzleitung abgestimmt und die Routenführung für externes Einsatzpersonal wird festgelegt. Es wird eine Übereinkunft zwischen der Leitung des Einsatzabschnitts und dem Krankenhauspersonal getroffen, welche Bereiche evakuiert werden sollen. Abschließend wird Begleitpersonal – bestehend aus Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal – für Busse und Sammelunterkünfte festgelegt (vgl. MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG 2025).

Durchführung

Im Falle einer Evakuierung wird, abhängig vom jeweiligen Szenario, eine Priorisierungsreihenfolge bestimmt, welche Patientinnen und Patienten zuerst evakuiert werden. Aus dieser Priorisierung resultiert, welche Personen mit welchen Ressourcen vorrangig transportiert werden, um eine vollständige oder teilweise Evakuierung des Krankenhauses so schnell wie möglich zu gewährleisten. Nach der Einteilung der Gruppen werden die Informationen an die Leitstelle weitergeleitet, welche die Koordination der Intensivtransporte übernimmt. Die Evakuierung wird gemäß den festgelegten Prioritäten durchgeführt; bei der Etablierung einer dezentralen Versorgungseinrichtung liegt der Schwerpunkt insbesondere auf der ersten Patientengruppe, die rasch in benachbarte Krankenhäuser überführt werden muss, da die dezentrale Einrichtung lediglich als temporäre

Zwischenlösung fungiert und nachfolgende Verlegungen möglich sein können. Empirische Daten legen nahe, dass freie Kapazitäten für Intensivpatientinnen und -patienten in anderen Regionen des Landes erforderlich sein könnten; eine landesweite Verlegung mittels Hubschrauber sollte in Betracht gezogen werden. Vor der Evakuierung wird eine Überprüfung des DIVI-Intensivbettenregisters empfohlen, um Informationen darüber zu erhalten, wo Intensivpatientinnen und -patienten versorgt werden können. Die erforderliche Evakuierungszeit ist stark von den baulichen Gegebenheiten abhängig (Anzahl der Stockwerke, Raumaufteilung, Vorhandensein von Aufzügen). Im Konzept sollte daher eine grobe Einschätzung erfolgen, wie viel Raum die vorhandenen Aufzüge für Betten und gehfähige Patientinnen und Patienten bieten und wie lange die Evakuierung mit Aufzügen voraussichtlich dauern wird. Falls Aufzüge nicht verfügbar sind, ist zu berechnen, wie lange eine Evakuierung mit alternativen Mitteln (z. B. Evakuierungstücher) oder mit Patientinnen und Patienten, die das Krankenhaus eigenständig verlassen, dauern würde. Um eine vollständige Evakuierung in die dezentrale Versorgungseinrichtung zu gewährleisten, müssen gemäß der Priorisierung alle Patientinnen und Patienten umgesiedelt werden. Geeignete Transportmittel beinhalten ITW, RTW, KTW, MTW, Busse und Taxis, die von der KEL gegebenenfalls in Kooperation mit den Leitstellen angefordert und koordiniert werden. Das medizinische Personal der Klinik kann die Begleitung und gegebenenfalls die Weiterbehandlung übernehmen. Bei der Übergabe zum Transport ist es von entscheidender Bedeutung, Informationen über die Evakuierten bereitzustellen. Es wird empfohlen, mindestens den Namen, das Geburtsdatum und die Fachabteilung auf dem Patientenarmband zu vermerken. Zusätzliche Informationen wie Medikamentenbedarf, Diagnose oder Befund sollten idealerweise in einer analogen Patientenakte oder einem Notfallordner zusammengeführt werden. Die Identität jeder Patientin bzw. jedes Patienten kann zusätzlich durch ein Identifikationsband am Handgelenk dokumentiert werden. Die Patientinnen und Patienten werden in der dezentralen Versorgungseinrichtung bis zum Abschluss der Evakuierung betreut (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025b).

Evakuierungsplanung und -durchführung sind Kerninhalte von Planspiel 3 (Unwetterkatastrophe), in dem Lernende Evakuierungsentscheidungen für Klientinnen und Klienten eines ambulanten Dienstes treffen, eine Evakuierungsstelle einrichten und mit Evakuierungsverweigerung umgehen müssen.

7.18 Einrichtung einer Erstversorgungsstelle „Einsatzabschnitt Pflege“ (Raumstruktur, Material, Abläufe) und Versorgung der Betroffenen

Ein Betreuungsplatz im Katastrophenschutz stellt eine zentrale Einrichtung zur Versorgung von Betroffenen, jedoch unverletzten Personen nach einer Katastrophe dar. Die primären

Aufgaben umfassen die Bereitstellung von Unterkünften, Verpflegung und psychosozialer Betreuung, sowie die Registrierung der Betroffenen zur Wiedervereinigung von Familien. Diese Einrichtungen werden häufig in geeigneten Räumlichkeiten wie Schulen oder Hallen eingerichtet und von Hilfsorganisationen betrieben (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2025b).

Um im Notfall eine Unterbringung von Personen außerhalb ihrer Wohnstätten zu gewährleisten, ist es erforderlich, bereits im Vorfeld geeignete Gebäude zu identifizieren. Bei der Suche ist es von Bedeutung, dass auch die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Individuen in Betracht gezogen werden. Die Räumlichkeiten sollten barrierefrei sein und so konzipiert werden, dass die Privatsphäre gewährleistet wird (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023a).

Im Zeitraum von 2020 von 2023 hat sich die Charité im Rahmen des Projekts AUPIK mit der Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen auseinandergesetzt. Das Ziel bestand darin, die ambulante Versorgung – insbesondere nach einem mehrtägigen Stromausfall, aber auch bei anderen Katastrophen wie Extremwetterereignissen oder Epidemien – durch die Entwicklung organisatorischer Konzepte zu stärken (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023a).

Das Projekte AUPIK verdeutlichte die bisherigen Erfahrungen im Einsatz, dass bei einer Evakuierung pflegebedürftiger Personen über einen längeren Zeitraum zahlreiche Herausforderungen bestanden. Häufig war die Anzahl der verfügbaren Personen unzureichend, um die pflegerische Versorgung zu gewährleisten, da ein genereller Mangel an Pflegefachpersonen bestand. Darüber hinaus war die Kooperation zwischen Pflegeeinrichtungen und dem Katastrophenschutz bisher überwiegend nur sporadisch und nicht kontinuierlich strukturiert. In zahlreichen Betreuungseinrichtungen mangelte es an grundlegender pflegerischer Ausrüstung. Auch verfügen Einsatzkräfte zu Beginn oft nicht über Informationen bezüglich der gesundheitlichen Anforderungen der Betroffenen. Oftmals trafen pflegebedürftige Personen zusammen mit ihren Familienmitgliedern an den Betreuungsstätten ein. Gleichzeitig erwiesen sich ungebundene Helfer, wie beispielsweise Personen mit pflegerischer Ausbildung, als wertvolle Unterstützung, da sie flexibel und gemäß ihrer Qualifikation eingesetzt werden konnten. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung einer adäquaten Berücksichtigung der Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen in Betreuungsplätzen (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023b).

Um pflegebedürftige Betroffene in Zukunft effektiver versorgen zu können, ist es notwendig, dass sich Akteurinnen und Akteure des Katastrophenschutzes und Pflegefachpersonen vernetzen, da sie bisher kaum Berührungspunkte hatten. In den meisten Fällen sind sie

einander weder bekannt noch haben sie Kenntnisse über die Arbeitsabläufe und Ressourcen des jeweils anderen (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023a).

Bei der Betrachtung der Unterbringungen pflegebedürftiger Betroffener wurde bewusst gegen eine Separierung und für einen integrativen Ansatz entschieden. Pflegebedürftige Betroffene werden häufig von Angehörigen oder vertrauten Personen begleitet, die Unterstützung bei der Pflege leisten können. Bei der Ankunft in einer Betreuungseinrichtung ist häufig unklar, wer tatsächlich pflegerische Unterstützung benötigt, da dies nicht immer offensichtlich ist und einige Betroffene sich nicht mitteilen können (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023b). Somit wurde der herkömmliche Betreuungsplatz um den „Einsatzabschnitt Pflege“ bzw. „Betreuungsplatz Pflege“ erweitert. Ein fester Begriff für diese Erweiterung wurde bisher noch nicht festgelegt.

Der „Einsatzabschnitt Pflege“/Betreuungsplatz Pflege sollte ausreichend Raum bieten, um sowohl liegende als auch sitzende Betroffene versorgen zu können und sollte sich in unmittelbarer Nähe der sanitären Einrichtungen befinden.

Die Katastrophenschutzorganisationen sollten in ihrem Lager über pflegerelevante Materialien verfügen oder Kooperationen mit Apotheken und anderen Organisationen wie beispielsweise Pflegeeinrichtungen eingehen, um im Bedarfsfall Materialien zu erhalten.

Pflegerelevante Materialien sind beispielsweise:

- Materialien zur Körperpflege (Einmalwaschhandschuhe und -handtücher, Flüssigseife, Wasch- und Pflegeschäum)
- Materialien zum Infektionsschutz (Händedesinfektion, Hautdesinfektion, sterile und nichtsterile Einmalhandschuhe, Flächendesinfektionsmittel, Schutzkittel, Mund-Nasenschutz und FFP 2 Masken)
- Inkontinenzmaterialien (Inkontinenzschutzhosen, Einmalunterlagen, Inkontinenzeinlagen, Einmalurinflaschen mit Subraabsorber)
- Trinkzubehör (Schnabelbecher, Trinkbecher, Trinkhalme, Schutzservietten)
- Verbandsmaterialien
- Materialien zur Mundpflege (Einmalzahnbürsten mit Zahncreme, Zahnprothesenbecher mit Deckel, Haftcreme)
- Sonstige Materialien (Patienteneigentumstaschen, Müllsäcke, Taschenlampen, Tabletten-Dispenser, Einwegtragetücher)
- Einmaldecken und -kissen
- Mobile Pflegebetten und Rollstühle

Diese Auflistung stellt einen Auszug des Inhalts des Pflegewagens dar, der von der DRK-Schwesternschaft „Bonn“ e. V. und dem DRK-Kreisverband Euskirchen e. V. initiiert wurde.

Im „Einsatzabschnitt Pflege“/Betreuungsplatz Pflege sollten idealerweise eine oder mehrere Pflegefachperson(en) anwesend sein, die für die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege qualifiziert sind. Sie werden von Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes unterstützt, die in pflegerischer Erster Hilfe ausgebildet sind, sowie von Pflegeunterstützungskräften oder anderen Hilfspersonen. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Entscheidungs- und Durchführungskompetenz in allen pflegerischen Fachfragen und Maßnahmen im „Einsatzabschnitt Pflege“ stets bei einer qualifizierten Pflegefachperson verbleibt. Darüber hinaus übernimmt die Pflegefachperson die Anleitung von pflegerischem Hilfspersonal. Die Durchführungs- und Entscheidungskompetenz bezüglich des gesamten Betreuungsplatzes obliegt je nach Größe des Betreuungsplatzes der Gruppenführerin bzw. dem Gruppenführer (bei 100 Betroffenen) der sozialen Betreuung, der Zugführerführerin bzw. dem Zugführer (bei 250 Betroffenen) oder der Verbandsführerführerin bzw. Vebandsführer (bei 500 Betroffenen). Die „leitende“ Pflegefachkraft (Fachberater Pflege) steht in engem Dialog mit der Gruppenführerin bzw. dem Gruppenführer soziale Betreuung um fehlendes Materialien oder Personal anzufordern (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023b).

Im Rahmen des Moduls „Pflegeunterstützung“, das 2022 vom DRK-Landesverband Nordrhein eingeführt wurde, haben Mitarbeitende des Betreuungsdienstes die Möglichkeit, sich in pflegerischer Erster Hilfe ausbilden zu lassen. Das Modul vermittelt praktische Fähigkeiten zur Unterstützung von Betroffenen in Bereichen wie Nahrungsaufnahme, Mobilisation, An- und Ausziehen von Kleidung sowie Körperpflege und umfasst in der Regel neun Unterrichtseinheiten (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023b).

Pflegeunterstützungskräfte (PUKs) sind freiwillige Helfende, die in Katastrophen- oder Notfallsituationen pflegebedürftige Personen unterstützen, jedoch nicht an eine Hilfsorganisation gebunden sind. Sie können sowohl in Betreuungseinrichtungen als auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt werden. Im Rahmen eines Projekts hatten Interessierte die Möglichkeit, sich in den Jahren 2024 und 2025 durch eine Schulung über 30 Unterrichtseinheiten zu qualifizieren. Neben den Inhalten – Handeln in Einsatzsituationen, rechtliche Grundlagen, Kommunikation und Hygiene – erwerben sie auch praktische Fertigkeiten in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Mobilisation, An- und Ausziehen von Kleidung sowie Körperpflege (vgl. ARBEITSGRUPPE "PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSKRÄFTEAUSBILDUNG").

Die verschiedenen Akteurinnen und Akteure übernehmen je nach Qualifikation unterschiedliche Aufgaben:

Medizinische Behandlungspflege	(Grund-)pflegerische Tätigkeiten	Kommunikation und Beobachtung	Versorgung
• Medikamentengabe • Infusion/Injektion • Katheter legen • Sondenkost verabreichen • Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten	• Vitalwerte • Nahrungsaufnahme • Assistenz bei Be- und Entkleiden, Nahrungsaufnahme, Toilettengang, Waschen • Wechsel von Inkontinenzmaterial • Lagern • Mobilisieren	• Kommunikation und Beobachtung und Bedarfe erkennen und weitergeben • Begleitung von demenzkranken Klientinnen und Klienten	• Bettwäsche wechseln • Entsorgung von gebrauchtem Pflegematerial
Pflegefachpersonal			
	Hilfskräfte/Pflegende An-/Zugehörige		
		Betreuungsdienste und ungebundene Helfende	

Abbildung 10: Mögliche Aufgaben verschiedener Akteurinnen und Akteure

Quelle: Eigene Darstellung der Übersicht potenzieller Einsatzbereiche der Akteurinnen und Akteure für die bedarfsorientierte Versorgung von pflegebedürftigen Menschen im „Einsatzabschnitt Pflege“ (DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023b)

Im Bereich der Pflege können die üblichen Qualitätsstandards der täglichen Pflege möglicherweise nicht vollständig eingehalten werden. Das Ziel besteht folglich darin, trotz der vorhandenen Bedingungen und strukturellen Schwierigkeiten innerhalb des Betreuungsplatzes eine bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Personen zu gewährleisten. Ein wichtiger Kooperationspartner vor Ort ist der Sanitätsdienst, der im Behandlungsplatz Betroffene mit akutmedizinischem Bedarf versorgt. Betroffene können vom Behandlungsplatz in den „Einsatzabschnitt“ Pflege überführt werden und umgekehrt. Menschen, die betroffen und pflegebedürftig sind, werden im Idealfall innerhalb von 48 Stunden nach ihrer Aufnahme in die Betreuung – spätestens jedoch binnen 72 Stunden – an Angehörige, in andere Pflegeeinrichtungen, in Kliniken oder sonstige geeignete Unterkünfte weitervermittelt (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2023b).

Die praktische Einrichtung einer Erstversorgungsstelle ist Vorbereitungsstoff für Planspiel 3 (Unwetterkatastrophe), in dem Lernende unter Zeitdruck eine Evakuierungsstelle einrichten. Raumstruktur, Materialien und Abläufe aus diesem Kapitel werden im Spielverlauf direkt angewendet

7.19 Planspiel Cyberangriff

Gesundheitseinrichtungen zählen in Deutschland zur kritischen Infrastruktur. Ihr Ausfall führt zu nachhaltigen Versorgungsengpässen und erheblichen Störungen der öffentlichen Sicherheit. Daraus folgt die Pflicht, Basisfunktionen (u. a. Kommunikation, Energie-/Wasserversorgung, Transportleistungen) auch unter Krisenbedingungen sicherzustellen (Zivilschutz-/KRITIS-Logik) (DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021a; PFENNINGER/ADOLPH 2017).

Dies begründet die besondere Bedeutung von IT-Sicherheit als Bestandteil der Funktions- und Patientensicherheit in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens (NADEBORN/DITTRICH 2022). Mit der fortschreitenden Digitalisierung sind nahezu alle klinischen und pflegerischen Kernprozesse **IT-gestützt**. Ein **IT-Vollausfall** kann daher unmittelbar einen **Funktions- und Kapazitätsverlust** auslösen (z. B. Krankenhausinformationssystem; Bewohnendendokumentation, Labor- und Radiologie-Workflows, OP-Planung, Logistik) (vgl. WURMB u. a. 2020).

Entsprechend verlangen die **Fach- und Rechtspublikationen** präventive Schutzmaßnahmen im Normalbetrieb sowie **strukturierte Notfallverfahren** im Ereignisfall (z. B. Nachweis-, Melde-, Benachrichtigungspflichten) (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a; NADEBORN/DITTRICH 2022).

7.19.1 Bedeutung von IT-Sicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen führt dazu, dass auch stationäre Pflegeeinrichtungen in hohem Maße von elektronischen Dokumentations-, Kommunikations- und technischen Unterstützungssystemen abhängig sind. Bereits kurze Ausfälle digitaler oder stromabhängiger Infrastruktur können zentrale pflegerische Abläufe beeinträchtigen, etwa Rufanlagen, elektronische Dokumentation, Haus- und Medizintechnik sowie die interne und externe Kommunikation (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021a).

Da Bewohnende häufig auf Strom- oder IT-gestützte Geräte angewiesen sind, kann ein Ausfall dieser Systeme schnell zu gesundheitsgefährdenden oder lebensbedrohlichen Situationen führen (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021a).

Fachpublikationen sowie organisationsübergreifende Handreichungen betonen, dass Pflegeeinrichtungen – anders als große Akuthäuser – in der Regel über weniger technische Redundanzen, geringere IT-Ressourcen und weniger spezialisiertes Personal verfügen. Entsprechend steigt die Bedeutung von analogen Fallback-Verfahren, klar definierten

Arbeitsabläufen und trainierten Kommunikationswegen (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a).

Auch die starke Verzahnung von Energie-, Kommunikations- und Versorgungssystemen macht Pflegeheime besonders vulnerabel. Ein Ausfall einer einzelnen Infrastruktur (z. B. Strom) hat Kaskadeneffekte auf IT-Systeme, Versorgung, Dokumentation und pflegerische Basisprozesse (DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021a).

7.19.2 Verhalten bei Cyberangriff und Stromausfall

Sowohl IT-Ausfälle als auch Stromausfälle erfordern ein strukturiertes, einrichtungsinternes Vorgehen. Wissenschaftliche und praxisorientierte Empfehlungen betonen die Notwendigkeit eines Krisenmanagements, das alle Mitarbeitenden einbindet, Verantwortlichkeiten klar definiert und regelmäßig geschult wird (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a).

Elementare Sofortmaßnahmen umfassen:

- die Aktivierung eines Krisenstabs, der Lagebewertung, Kommunikation und Priorisierung zentral steuert.
- den Rückgriff auf analoge Kommunikations- und Dokumentationswege, etwa handschriftliche Pflegeberichte, manuelle Kontrollgänge oder Botenstrukturen.
- die Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Grundversorgung auf Basis vorbereiteter Notfallpläne und Checklisten (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a; DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b)
- Darüber hinaus zeigen krankenhausbegleitende Analysen zu Stromausfällen, dass selbst gut vorbereitete Einrichtungen mit zunehmender Ausfalldauer an strukturelle Grenzen stoßen. Notstromaggregate sind in der Regel nur für priorisierte Bereiche ausgelegt, Kraftstoffvorräte reichen häufig nur für wenige Stunden bis Tage und Personalressourcen geraten durch Mehrbelastung und logistische Einschränkungen unter Druck (KÜHNE, J HOMFELDT, J.; FRÄDRICH 2012). Für stationäre Pflegeeinrichtungen, die meist über geringere technische Redundanzen verfügen, ist daher eine vorausschauende Planung von Priorisierungskonzepten – etwa für den Betrieb lebenswichtiger Geräte, die Sicherstellung manueller Pflegeprozesse und die Organisation von Evakuierungsoptionen – zentral (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a; DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b).
- Aus Sicht der IT-Sicherheit wird deutlich, dass sich viele Herausforderungen von Cyberangriffen und großflächigen Stromausfällen überschneiden. In beiden Fällen

kommt es zu Funktionsverlusten digitaler Dokumentations-, Kommunikations- und Steuerungssysteme. Resiliente Einrichtungen kombinieren daher technische Schutzmaßnahmen (z. B. Netzsegmentierung, Notstromversorgung für kritische IT-Komponenten) mit organisatorischen Vorkehrungen wie analogen Fallback-Prozessen, regelmäßigen Schulungen, Übungen mit Szenarien „Cyberangriff“ und „Blackout“ sowie abgestimmten Kommunikationswegen mit Trägern, Katastrophenschutzbehörden und externen Dienstleistern. Die Verbindung von IT-Sicherheitsmanagement, Notfall- und Krisenplanung wird damit zu einem integralen Bestandteil der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023a; DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b).

Kommunikationsausfall: Der Wegfall von Telefon, Internet und E-Mail führt zu erheblichen Einschränkungen der internen und externen Alarmierungsfähigkeit. Einrichtungen müssen in solchen Situationen auf mechanische Signale, persönliche Botenwege und engmaschige Rundgänge zurückgreifen, was Reaktionszeiten verlängert und den Personalbedarf erhöht (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b)

Stromabhängige Medizintechnik: Besonders kritisch ist der Ausfall für Bewohnerinnen und Bewohner, die auf Beatmung, Infusionspumpen oder andere elektrisch betriebene Therapiesysteme angewiesen sind. Notstromaggregate decken in Pflegeeinrichtungen meist nur priorisierte Bereiche ab und sind nicht für einen vollständigen Ersatzbetrieb ausgelegt; Akkus mobiler Geräte halten häufig nur wenige Stunden.

Hygiene und Infrastruktur: Ohne funktionierende Heizung, Warmwasserbereitung oder Wasserpumpen entstehen rasch hygienische und thermische Risiken. Fehlende Sanitärversorgung und mangelnde Wasseraufbereitung verschlechtern die Bedingungen für Bewohner und Personal erheblich. Fachbeiträge der Caritas betonen daher die Notwendigkeit belastbarer Konzepte für Wasserbevorratung, Sanitär-Notlösungen und Temperaturmanagement (vgl. OSCHMIANSKY/FEHRECKE-HARPKE 2023)

Versorgungsengpässe und Personalbelastung: Kühlpflichtige Medikamente verlieren ohne Temperaturkontrolle ihre Wirksamkeit und Vorräte an Lebensmitteln, Wasser und Verbrauchsmaterialien reichen – abhängig vom Vorbereitungsgrad – meist nur 24 bis 48 Stunden. Gleichzeitig geraten Mitarbeitende selbst in Versorgungsprobleme (z. B. Mobilität, Betreuungspflichten), was zu Personalausfällen führen kann (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b). Nach ungefähr 24 Stunden entstehen Engpässe bei der Medikamentenversorgung, Lebensmittel- und Verbrauchsmittellieferungen. Diese zeitlichen Eskalationsstufen betonen die Notwendigkeit gesicherter Vorräte und auf Nachhaltigkeit

ausgerichteter Versorgungspläne in Einrichtungen (vgl. OSCHMIANSKY/FEHRECKE-HARPKE 2023).

Bewohnerwohl und Sicherheit: Der Ausfall von Licht, Orientierungshilfen, Routinen und Betreuung führt zu erhöhter Stressbelastung, Angst und Desorientierung – besonders bei Menschen mit Demenz. Die Fähigkeit der Einrichtung, schnell auf einen stabilen Notbetrieb umzuschalten, ist entscheidend, um Risiken wie Stürze, Weglaufen oder medizinische Komplikationen zu minimieren (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b)

Tabelle 7: Zentrale Herausforderungen nach Eintritt eines Stromausfalls

Zeitfenster	Typische Folgen	Kritische Risiken für Bewohnerinnen und Bewohner/ Organisation
Erste Stunden	Ausfall von Kommunikation, IT, Alarm- und Notrufsystemen; Stillstand von Aufzügen; Beginn der Kühlkettenunterbrechung	Verzögerungen bei der Hilferufannahme, Gefahr für Bewohnerinnen und Bewohner mit Beatmungs-/Medizingeräten, organisatorischer Kontrollverlust, erste Störungen der Medikamentengabe
Ab ca. 8 Stunden	Heizung, Warmwasser, Wasserversorgung und Toiletten fallen aus; steigende Probleme bei Hygiene und Pflege	Expositionsgefahr (Kälte/Wärme), Anstieg infektiöser Risiken, Versorgungslücken für immobilisierte oder auf spezielle Medizinprodukte angewiesene Bewohnerinnen und Bewohner
Nach etwa 24 Stunden	Engpässe bei Medikamenten, Lebensmitteln, Verbrauchsgütern; Personal kommt nicht mehr zuverlässig zur Arbeit, weil Mobilität und Alltagsversorgung eingeschränkt sind	Lebensbedrohliche Situationen für Hochrisikopatienten (z. B. mit Beatmung), psychische Belastungen, Ressourcenerschöpfung, Evakuierungsnotwendigkeit

Tabelle 8: Notwendige Handlungsfelder auf Grundlage von Empfehlungen und Checklisten (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. 2021b)

Handlungsfeld	Beispiele/ Notwendige Maßnahmen
---------------	---------------------------------

Technische und organisatorische Notfallvorsorge	Implementierung von Notstromversorgung (eigene Aggregate, mobile Einspeisepunkte), Identifizierung stromkritischer Bereiche, regelmäßige Tests aller Systeme
Vorratshaltung	Lagern von Trinkwasser, haltbaren Lebensmitteln, medizinischen Verbrauchs- und Hygienegütern für mindestens 72 Stunden
Pflegedokumentation	Analoge Notfalldokumente bereitstellen und aktuell halten
Kommunikation	Funkgeräte, batteriebetriebenes Radio für externe Infos, Lauf- und Sammelsysteme für interne Kommunikation
Personalmanagement	Notdienstpläne, flexible Diensterteilung, Möglichkeiten für Mitarbeitende zur Mitnahme von Kindern/Angehörigen
Schutz vulnerable Gruppen	Evakuierungspläne für beatmungspflichtige, mobilitätseingeschränkte oder demenzbetroffene Personen, Definition von Prioritäten im Notfall
Zusammenarbeit mit externen Akteuren	Regelungen zu schnellstmöglicher Unterstützung durch Feuerwehr, Rettungsdienste, Hilfsorganisationen (z. B. DRK/THW), Teilnahme an Katastrophenschutzübungen

7.19.3 Analoge Dokumentation im IT-Ausfall

Papierbasierte Dokumentationsverfahren gelten in der Notfall- und Akutversorgung als unverzichtbare Rückfallebene, wenn digitale Systeme ausfallen. Fachgesellschaften wie die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) betonen, dass standardisierte Notfalldokumentationsbögen, Vitalwertformulare und klar definierte Abläufe notwendig sind, um Informationsverluste zu vermeiden und die spätere Übertragung in digitale Systeme zu ermöglichen (BROD u. a. 2024).

Sicherstellung der Grundversorgung bei IT- und Stromausfall

Die Aufrechterhaltung der pflegerischen und medizinischen Grundversorgung ist zentral, wenn IT-Systeme oder Strom ausfallen. Dazu zählen insbesondere:

- Versorgung mit Trinkwasser und Lebensmitteln,
- Bereitstellung notwendiger Medikamente,
- Aufrechterhaltung medizinischer Basismaßnahmen,

- Temperaturregulation und Schutz vor Unterkühlung oder Überhitzung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) betont, dass Versorgungssicherheit nur gewährleistet werden kann, wenn Notfallpläne regelmäßig geübt, Verantwortlichkeiten eindeutig definiert und alternative Versorgungswege vorbereitet sind (BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023b).

7.19.4 Einbindung externer Akteure bei Ausfall digitaler Kanäle

Fällt die digitale Kommunikation aus, müssen Pflegeeinrichtungen auf alternative, analoge Kommunikationswege zurückgreifen. Dazu gehören:

- Fax und Festnetz, sofern verfügbar,
- behördlich abgestimmte Funkkanäle,
- persönliche Übergaben von Informationen,
- enge Kooperation mit Rettungsdienst, Hausärzten, Apotheken und Behörden.

Die BAGFW unterstreicht, dass Einrichtungen bereits im Vorfeld definieren müssen, welche externen Akteure in welcher Reihenfolge kontaktiert werden und welche Kommunikationsmittel im Notfall zur Verfügung stehen (vgl. BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE 2023b).

7.19.5 Kommunikation im interdisziplinären Versorgungsteam und strukturierte Übergabe

Pflegeübergaben sind ein zentraler Bestandteil der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie dienen dem zielgerichteten Austausch relevanter Informationen zwischen Pflegefachpersonen und anderen Berufsgruppen, etwa beim Schichtwechsel, bei Verlegungen oder bei akuten Veränderungen des Gesundheitszustands. Übergaben gelten als wesentliches Instrument der Qualitätssicherung, da Kommunikationsfehler zu den häufigsten Ursachen vermeidbarer unerwünschter Ereignisse zählen (vgl. FLIEGENSCHMIDT u. a. 2023). Die Qualität einer Übergabe wird dabei von Faktoren wie Berufserfahrung, Arbeitsumfeld und situativer Belastung beeinflusst.

Zielsetzung und Evidenzbasis des SBAR-Konzepts

Das SBAR-Modell (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) wurde ursprünglich in der Luftfahrt und später im Gesundheitswesen etabliert, um die Kommunikation in sicherheitskritischen Situationen zu standardisieren. PILZ u. a. (2020) beschreiben das Ziel der Implementierung als Verbesserung der Risikominimierung in Übergabesituationen, indem Informationen klar strukturiert und priorisiert vermittelt werden. Internationale und nationale Studien zeigen, dass SBAR die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärkt, die Verständlichkeit von Übergaben verbessert und die

Patientensicherheit erhöht. Besonders in Hochrisikobereichen wie der perioperativen Medizin konnte eine signifikante Reduktion von Kommunikationsfehlern nachgewiesen werden (vgl. FLIEGENSCHMIDT u. a. 2023). Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin empfiehlt SBAR daher explizit als Standardinstrument für strukturierte Übergaben.

Bedeutung für die stationäre Langzeitpflege und Schnittstellen zur Akutversorgung

Gerade an Schnittstellen zwischen Langzeitpflege und Akutklinik entstehen häufig Belastungssituationen, in denen mehrere Aufnahmen, Notfälle oder parallele Überwachungsaufgaben zusammentreffen. In solchen Situationen steigt das Risiko für Informationsverluste erheblich. SBAR unterstützt hier durch eine klare Struktur, die Gedankensprünge reduziert, Prioritäten sichtbar macht und sowohl Sendern als auch Empfängern eine schnelle Orientierung ermöglicht (vgl. PILZ u. a. 2020). Strukturierte Übergaben fördern zudem die gegenseitige Wertschätzung im multiprofessionellen Team und tragen damit zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. FLIEGENSCHMIDT u. a. (2023) zeigen, dass standardisierte Kommunikationsprozesse die Teamleistung messbar erhöhen und die Fehleranfälligkeit reduzieren.

Die folgenden Tabellen geben einen systematischen Überblick darüber, welche Kommunikationswege in unterschiedlichen Versorgungssettings – Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege und ambulanter Pflegedienst – im Regelbetrieb genutzt werden und welche Alternativen bei einem Ausfall von IT-Systemen oder Strom zur Verfügung stehen. Sie verdeutlichen, dass Kommunikationsstrukturen stark vom jeweiligen Setting abhängen und dass ein Ausfall digitaler Systeme jeweils spezifische Herausforderungen erzeugt. Durch die Gegenüberstellung regulärer und analoger Ersatzverfahren wird sichtbar, welche organisatorischen, personellen und sicherheitsrelevanten Anforderungen in einer Krisensituation entstehen. Die Tabellen dienen damit als Grundlage für die anschließende Analyse von Risiken, Prioritäten und notwendigen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität.

7.19.6 Tabellen zu Kommunikationsalternativen

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über alternative Kommunikationswege in verschiedenen pflegerischen Settings bei einem Strom- oder IT-Ausfall. Ziel ist es, die Handlungsfähigkeit von Einrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten auch bei Ausfall digitaler Systeme zu sichern. Dabei werden die regulären Kommunikationsmittel den jeweiligen Alternativen gegenübergestellt und typische Herausforderungen der Umsetzung beschrieben.

Krankenhaus – Kommunikationsalternativen bei IT-/Stromausfall

Tabelle 9: Krankenhaus – Kommunikationsalternativen bei IT /Stromausfall

Reguläre Kommunikationswege & Devices	Alternativen bei Ausfall	Setting-spezifische Anforderungen & Schwierigkeiten
Telefonsysteme zwischen Stationen/Funktionsbereichen; Leitung zur Koordination	Persönliche Kurzbesprechungen; direkte mündliche Übergaben; Funk (Rufnamen, Funkalphabet)	Zeitdruck, Risiko von Informationsverlust; Funk erfordert Übung/klare Regeln
KIS-Dokumentation	Papier (Pflegerberichte, Whiteboards)	Medienbrüche, erhöhte Fehleranfälligkeit, klare Verantwortlichkeiten nötig
Patienten-Notrufsysteme	Manuelle Kontrollgänge	Verzögerte Hilfe, hoher Personalaufwand, v. a. bei isolierten Patientinnen und Patienten
Digitale Kommunikation mit Krisenstab/Leitung	Melder-/Botenstrukturen	Klare Meldewege erforderlich
Digitale Dienst-/Einsatzplanung	Handschriftliche Pläne (Aushang)	Laufende Aktualisierung, Zuständigkeiten klären

Digitaler Betten-Belegungsplan	Analoger Betten-Belegungsplan	Limitation
IT-gestützt	Papier/Whiteboard	Keine interaktive IT-Bearbeitung

Pflegeheim – Kommunikationsalternativen bei IT-/Stromausfall

Tabelle 10: Pflegeheim – Kommunikationsalternativen bei IT /Stromausfall

Reguläre Wege & Geräte	Alternativen	Setting-spezifische Anforderungen & Schwierigkeiten

Digitale Pflegedokumentation, interne Messenger/Telefonie	Handschriftliche Pflegerberichte, Belegungs-/Übergabelisten	Mehr Zeitaufwand; Risiko von Informationsverlust
Elektronische Ruf-/Notrufsysteme	Manuelle Kontrollgänge, Präsenz im Wohnbereich	Hoher Personalbedarf, v. a. bei kognitiven Einschränkungen
Digitale Dienst-/Einsatzplanung	Handschriftliche Pläne	Aktualität sicherstellen
Digitale Kommunikation mit Leitung/extern	Botenstrukturen, persönliche Meldung	Verzögerte Entscheidungen
Digitaler Verlegungsbericht	Analoge Protokolle (RTW/NA)	Abweichungen/Übertragungsfehler möglich

Ambulanter Pflegedienst – Kommunikationsalternativen bei IT-/Stromausfall

Tabelle 11: Ambulanter Pflegedienst – Kommunikationsalternativen bei IT /Stromausfall

Reguläre Wege & Devices	Alternativen	Setting-spezifische Anforderungen & Schwierigkeiten
Telefonische Erreichbarkeit (Mobiltelefon)	Persönliche Kontaktaufnahme, Funk, definierte Treffpunkte	Weiträumige Mobilfunkausfälle erschweren Koordination
Digitale Touren-/Einsatzplanung	Analoge Tourenpläne, Priorisierungslisten	Hoher Koordinationsbedarf bei Mehrfachgefährdung
Digitale Klientinnen- und Klientendaten	Papierunterlagen	Gefahr veralteter Informationen
Zentrale Rückmeldungen (Telefon/E-Mail)	Sammelrückmeldungen an Treffpunkten, persönliche Übergaben	Verzögerte Lageübersicht
Externe digitale Abstimmung	Direkte Abstimmung/Funk	Unterschiedliche Organisationslogiken

7.19.6 Kontroversen und kritische Aspekte

Melde- und Nachweispflichten

In der wissenschaftlichen Diskussion wird ein grundlegendes Spannungsfeld zwischen dem administrativen Aufwand von Melde- und Nachweispflichten und deren Nutzen für die

sektorenübergreifende Resilienz des Gesundheitswesens beschrieben. Analysen zu Cyberangriffen zeigen, dass Meldeprozesse essenziell sind, um systemische Risiken frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen einzuleiten (TEICHMANN 2026). Gleichzeitig bestehen regulatorische Inkonsistenzen. Während das BSIG (§ 8a) klare Meldepflichten für KRITIS-Betreiber vorsieht, enthält § 75c SGB V keine ausdrückliche Meldepflicht für Nicht-KRITIS-Krankenhäuser. Fachpublikationen bewerten dies als „Regulationslücke“, die zu einer uneinheitlichen Datenlage führt und die überregionale Bewertung von IT-Sicherheitsvorfällen erschwert (vgl. DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT 2021).

Die wissenschaftliche Diskussion fordert daher eine Harmonisierung der Rechtsgrundlagen, um Transparenz, Vergleichbarkeit und Verantwortlichkeiten zu verbessern.

Kosten und Zuständigkeiten

Die Finanzierung krisenrelevanter Vorhaltungen – wie Redundanzen, Notstromversorgung, Notfallübungen oder strategische Reserven – ist in föderal organisierten Gesundheitssystemen uneinheitlich geregelt. Studien zur Resilienzförderung dokumentieren deutliche Heterogenitäten und häufig unklare Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern, Trägern und Einrichtungen (vgl. BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2023).

Forschungsarbeiten weisen zudem darauf hin, dass fehlende langfristige Finanzierungsmechanismen strukturelle Schwächen im Krisenmanagement verstärken und die Reaktionsfähigkeit des Systems beeinträchtigen (vgl. STREIBICH/LENARZ 2021).

Übertragbarkeit von Sicherheits- und Technologiekonzepten

Die Übertragbarkeit komplexer High-Tech-Sicherheitskonzepte auf Einrichtungen mit geringer IT-Tiefe – insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste und soziale Organisationen – wird kritisch bewertet. Untersuchungen zeigen, dass digitale Technologien in der Pflege nur begrenzt implementierbar sind, wenn Kompetenzen, technische Infrastruktur oder organisatorische Voraussetzungen fehlen (vgl. WIRTH u. a. 2022).

Zugleich liegen zu quartiersbezogenen oder multiplikatorgestützten Modellen zwar zunehmend praxisnahe Ansätze vor, jedoch ist die Evidenzbasis hinsichtlich Skalierbarkeit und nachhaltiger Wirksamkeit weiterhin begrenzt. Evaluationsforschung verweist insbesondere auf Lücken bei realistischen Implementationsstudien und langfristigen Wirkungsanalysen im Pflegekontext (vgl. KRICK 2023)

Dieses Kapitel liefert das fachliche Fundament zu IT-Sicherheit, analoger Dokumentation, Kommunikationsalternativen und Einbindung externer Akteure, alles Handlungsfelder, die im Planspiel 2 (Cyberangriff im Pflegeheim) direkt aktiviert werden

8 Ablaufplan

Der folgende Ablaufplan bietet Lehrenden eine strukturierte Übersicht über Themen, Methoden und Materialien der einzelnen Unterrichtseinheiten. Das Modul ist so konzipiert, dass Lehrende die Einheiten flexibel und bedarfsgerecht während der letzten beiden Drittel der Ausbildung einsetzen können, um auf individuelle Lernstände und Praxisbezüge optimal einzugehen.

Tabelle 12: Ablaufplan

Einheit	Thema/ Modulinhalte	Methoden/ Materialien
UE 1-2	Einführung, Begriffe, Katastrophenarten, Katastrophenmanagementzyklus, Katastrophenvorbereitung	Impulsvortrag, Gruppenarbeit, Partnerarbeit, Blitzlicht-Runde, Präsentation, konvergentes Gespräch, Videobeitrag, PowerPoint Präsentation
UE 3-4	Akteure und Strukturen des Katastrophenschutzes, Rollen der Pflege, Katastrophenschutz-Einsatzleitung und Stäbe	Kurzvortrag, Gruppenarbeit, Partnerarbeit, Pyramiden Puzzle, Präsentation, Diskussion, Videobeitrag, PowerPoint Präsentation, Metaplanwand, Moderationskarten
UE 5-6	Grundlagen der Einsatzplanung, KAEP, Umgang mit Medien	Impulsvortrag, Gruppenarbeit, Präsentation, konvergentes Gespräch, Einzelarbeit, Diskussion, PowerPoint Präsentation, Arbeitsblätter
UE 7-8	Eigensicherung (HEIKAT), Umgang mit Stress, psychosoziale Notfallversorgung, Triage	Impulsvortrag, Gruppenarbeit, Präsentation, konvergentes Gespräch, Einzelarbeit, Diskussion, PowerPoint Präsentation
UE 9-10	Hygiene, Schutzausrüstung	Präsentation, Videobeitrag, Demonstration, Übung, Checklisten

Einheit	Thema/ Modulinhalte	Methoden/ Materialien
UE 11-14	Planspiel 1: Pandemie im Krankenhaus	Planspiel, Beobachtungsaufgaben, Reflexion
UE 15-16	Selbstlernphase	Workbook
UE 17-18	Kommunikationsmittel- und Wege	Lehrvortrag, Simulation, PowerPoint Präsentation, Walkie Talkies, Lego-Sets
UE 19-20	Versorgung vulnerabler Gruppen unter Extrembedingungen, Notfall- und Evakuierungspläne in Einrichtungen und im ambulanten Setting,	Lehrvortrag, konvergentes Gespräch, Gruppenarbeiten, Impulsfragen, Arbeitsblätter
UE 21-22	Vorbereitung einer Evakuierung, Einrichtung einer Evakuierungsstelle	Kurzvortrag, konvergentes Gespräch, Gruppenarbeiten, Impulsfragen, Arbeitsblätter
UE 23-24	Dokumentation im Katastrophenfall, IT-Ausfall	Lehrvortrag, Diskussion, Gruppenarbeiten
UE 25-26	Fallbasierte schriftliche Prüfung	
UE 27-30	Planspiel 2: Cyberangriff in der stationären Pflege	Planspiel, Beobachtungsaufgaben, Reflexion
UE 31-32	Selbstlernphase	Workbook
UE 33-38	Planspiel 3: Unwetterkatastrophe im ambulanten Pflegedienst	Planspiel, Beobachtungsaufgaben, Reflexion
UE 39-40	Feedback und Abschluss	Auswertung, Peer-Feedback

9 Verlaufsübersicht der Unterrichtseinheiten

Das folgende Kapitel bietet eine Verlaufsübersicht der Unterrichtseinheiten. In den nachstehenden Tabellen sind für jede Lerneinheit mit einer Dauer von jeweils rund 90 Minuten die Lernphasen, ihre jeweilige Dauer, die Lernziele, Methoden, eingesetzten Materialien sowie die didaktischen Funktionen aufgeführt. Diese Übersicht dient als Richtlinie und Orientierung für die Planung und Durchführung des Unterrichts. Sie versteht sich nicht als starres Schema, sondern als flexibler Vorschlag, der je nach Lerngruppe, Vorkenntnissen und Rahmenbedingungen individuell angepasst werden kann. Ziel ist es, Lehrenden eine strukturierte Grundlage bereitzustellen, die die methodische Vielfalt und die zielorientierte Gestaltung des Lernprozesses unterstützt.

9.1 Einführung, Begriffe, Katastrophenarten, Katastrophenmanagementzyklus, Katastrophenvorsorge (UE 1 und 2)

Tabelle 13: UE1 und 2

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einstieg	10 Min	Emotionaler Zugang, Aktivierung von Vorwissen	Plenum, Filmsequenz, Impulsfragen	Präsentation Unterrichtseinheit 1-2 Grundlagen Katastrophe und Katastrophenvorbereitung Folie 2	Schafft Betroffenheit, aktiviert Vorwissen zur Wahrnehmung von Katastrophen
Erarbeitung 1	10 Min	Differenzierung zentraler Fachbegriffe (Notfall, Großschadenslage, Katastrophe)	Kurzinput, konvergentes Gespräch, Einzelarbeit (3 Minuten)	Folie 3-7 Workbook	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 2	15 Min	Unterscheidung der Katastrophenarten	Kurzinput, konvergentes Gespräch	Folie 8-11	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 3	20 Min	Verständnis des Katastrophenmanagementzyklus	Kurzinput, Kleingruppenarbeit, Präsentation	Folie 12-13, Flipchart, Moderationskarten	Verstehen des Kreislaufprinzips, Reflexion der Rolle der Pflege in den Katastrophenphasen

Erarbeitung 4	15 Min	Anwendung des AVDASA-Modells (Katastrophenanalyse)	Kurzinput, Blitzlicht-Runde	Folie 14	Aufbau von Basiswissen, aktive Mitarbeit beim Zuordnen der pflegerischen Aufgaben
Erarbeitung 5	20 Min	Sensibilisieren für Prävention und Risikoeinschätzung	Divergentes und konvergentes Gespräch, Partnerarbeit	Folie 15-18 Flipchart	Sensibilisierung für die eigene Vorbereitung auf Katastrophensituation, Beraten von Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen

9.2 Akteure und Strukturen des Katastrophenschutzes, Rollen der Pflege, Katastrophenschutz-Einsatzleitung und Stäbe (UE 3 und 4)

Tabelle 14: UE3 und 4

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einstieg	10 Min	Wiederholung und Überblick zum Katastrophenschutz	Plenum, Filmsequenz	Präsentation Unterrichtseinheit 3-4 Akteure und Strukturen des Katastrophenschutzes, Rollen der Pflege, Katastrophenschutz- Einsatzleitung und Stäbe Folie 2	aktiviert Vorwissen und gibt einen ersten Überblick
Erarbeitung 1	10 Min	Kennen den Aufbau der Struktur des Bevölkerungsschutz in Deutschland	Kurzvortrag, konvergentes Gespräch	Folie 3	Entwickeln Verständnis für föderale Zuständigkeiten und Akteursnetzwerke im Bevölkerungsschutz

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 2	25 Min	Unterscheidung Zivil- und Katastrophenschutz	Kurzvorträge, Filmsequenz, Gruppenarbeiten Pyramiden-Puzzle (10 Min), Auswertung	Folie 4- 8, Flipchart, Moderationskarten (Begleitmaterial Pyramiden-Puzzle, Flipcharts beschriftet mit Kommune/Landkreis, Bundesland, Bund)	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 3	20 Min	Verorten der Rolle der Pflege im Katastrophenschutz	Kurzinput, Diskussion, Einzelarbeit (5 Minuten)	Folie 9-16 Workbook	Verständnis für die Rolle der Pflege im Katastrophenschutz
Erarbeitung 4	10 Min	Erkennen die Bedeutung von Entscheidungsstrukturen im Katastrophenschutz	Blitzlicht-Runde, Kurzvortrag	Folie 17-18	Aufbau Fachwissen
Erarbeitung 5	10 Min	Verstehen den Aufbau einer Einsatzeinheit am Beispiel NRW (1/7/25/33)	der Aufbau der Einsatzeinheit NRW (1/7/25/33) wird mit Moderationskarten an einer Metaplanwand angebracht, Zuordnungsaufgabe	Folie 19-20 Metaplanwand, Moderationskarten	Entwickeln ein Verständnis für Führungsstrukturen, Hierarchieebenen und Kommunikationsprozesse im Katastrophenschutz. Verorten den Pflegebereich in der Einsatzeinheit
Erarbeitung 6	5	Meldeketten/Kommunikationswege	Kurzinput*	Folie 21	Aufbau Fachwissen

*optional kann die Filmsequenz Einsatzleitung in der Katastrophenlage gezeigt werden. Dient auch als Hintergrundwissen für Lehrende.

9.3 Grundlagen der Einsatzplanung, KAEP, Umgang mit Medien (UE 5 und 6)

Tabelle 15: UE5 und 6

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einstieg	5 Min	Interesse wecken	Plenum, Impulsfrage	Präsentation Unterrichtseinheit 5-6 Grundlagen der Einsatzplanung, KAEP, Umgang mit Medien Folie 2	Vorwissen aktivieren, Problemorientierung herstellen
Erarbeitung 1	20 Min	Verstehen die Struktur der Einsatzplanung	Kurzvortrag, konvergentes Gespräch, Einzelarbeit (5 Minuten), Besprechung der Einzelübung	Folie 3-7	Aufbau Fachwissen, Anwenden von Planungsprinzipien
Erarbeitung 2	10 Min	Kennen den Ablauf eines Katastrophenschutzeinsatzes	Kurzvortrag mit konvergenten Gespräch zu den einzelnen Abschnitten im Ablauf	Folie 8	Verständnis für die Einhaltung des Ablaufplans
Erarbeitung 3	10 Min	Verständnis der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP)	Kurzvortrag mit konvergenten Gespräch, Einzelarbeit (3 Minuten)	Folie 9-12	Aufbau Fachwissen

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 4	20 Min	Anwenden des KAEP auf einen MANV	Filmsequenz, Gruppenarbeit und Präsentation	Folie 13-14, Metaplanwand, Flipchart, Moderationskarten, optional Arbeitsblatt Checkliste MANV	Gruppenarbeit fördert Teamfähigkeit, Bezug zur eigenen Einrichtung herstellen
Erarbeitung 5	5 Min	Erkennen von Chancen und Risiken der Medienarbeit im Katastropheneinsatz	Impulsfrage	Folie 15	Reflexion zum Umgang mit Medien
Erarbeitung 6	10	Kennen Richtlinien im Umgang mit den Medien	Filmsequenz, Vortrag mit konvergenten Gespräch	Folie 16-17	Entwickeln Verständnis für den Umgang mit den Medien
Erarbeitung 7	10	Reflektieren den Umgang mit der Presse	Arbeitsauftrag und anschließende Diskussion	Folie 18, Arbeitsblatt Interviews MANV	Verstehen die Bedeutung interner Kommunikationsrichtlinien und Datenschutz.

9.4 Psychosoziale Notfallversorgung, Umgang mit Stress, Resilienz, Triage, HEIKAT (UE 7 und 8)

Tabelle 16: UE7 und 8

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 1	10 Min	Kennen Grundprinzipien der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) und wissen um deren Angebot, Grenzen und Einsatzmöglichkeiten	Filmsequenz, Kurzinput mit konvergenten Gespräch	Präsentation Unterrichtseinheit 7-8 Psychosoziale Notfallversorgung, Umgang mit Stress, Resilienz, Triage, HEIKAT Folie 2-5	Aufbau Fachwissen
Erarbeitung 2	10 Min	Benennen Stressoren im Katastropheneinsatz anhand von Beispielen	Kurzinput mit konvergenten Gespräch zu den einzelnen Stressoren	Folie 6	Sind sich der Belastungen eines Katastropheneinsatzes bewusst
Erarbeitung 3	10 Min	Reflektieren von Reaktionen von Menschen	Diskussion, Ergebnisse werden an Flipchart festgehalten	Folie 7	Sensibilisierung für psychische Reaktionen auf Extrembelastungen
Erarbeitung 4	10 Min	Kennen die gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg	Kurzinput mit konvergenten Gespräch, Erfahrungsaustausch	Folie 8-9	Verständnis für den Umgang mit emotionalen Betroffenen
Erarbeitung 5	10 Min	Benennen Zeichen für Belastungsgrenzen und Bewältigungsstrategien	Partnerarbeit, Diskussion	Folie 10	Reflexion der eigenen Belastungsgrenzen und Copingstrategien

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 6	10 Min	Verstehen die sieben Säulen der Resilienz	Kurzinput mit konvergenten Gespräch, Einzelarbeit (3 Minuten)	Folie 11-12 Workbook	Sind sich des Konzepts der Stärkung der inneren Widerstandskraft bewusst.
Erarbeitung 7	20 Min	Verstehen Grundlagen der Triage und ethischer Dilemmata	Kurzinput, Diskussion Aufgabe Sichtung Fall1 (rot), Fall2 (grün), Fall 3 (schwarz), Fall 4 (rot) Aufgabe Dilemmata*	Folie 13-18	erkennen die Rolle von Pflegefachpersonen bei ethischen Entscheidungsfindungen
Erarbeitung 8	10 Min	Verstehen die Grundprinzipien der Handlungsempfehlung HEIKAT	Kurzinput mit konvergenten Gespräch	Folie 19-21	reflektieren ihre persönliche Haltung zu Eigen- vs. Fremdsicherung im Einsatz

* Entscheidungsvorschläge für Folie 18

Dilemma 1 – Nur ein Beatmungsgerät

Entscheidungsvorschlag: Nach ethischen Grundsätzen wie Gerechtigkeit und Maximierung des Nutzens könnte man das Beatmungsgerät dem Patienten mit der voraussichtlich längeren Lebensspanne geben, also dem 25-Jährigen. Dies basiert auf dem Prinzip der Lebensjahre (Utilitarismus), ist aber ethisch umstritten. Alternativ kann eine Auslosung erfolgen, da beide eine ähnliche Überlebenschance haben (Gleichbehandlungsprinzip).

Dilemma 2 – Eigene Sicherheit gefährdet

Entscheidungsvorschlag: Die eigene Sicherheit hat Priorität. Gesetzlich und ethisch ist niemand dazu verpflichtet, das eigene Leben in akute Gefahr zu bringen. Rettungsmaßnahmen sollten nur unter Berücksichtigung des Eigenschutzes erfolgen.

Dilemma 3 – Den eigenen Patienten warten lassen

Entscheidungsvorschlag: Kurze Abwägung, ggf. den eigenen Patienten kurz verlassen, wenn die Gefahr für den zweiten Patienten (Bewusstlosigkeit) lebensbedrohlicher ist. Bei geringerem Zeitfenster kann ein Notruf ausgelöst oder um Unterstützung gebeten werden.

9.5 Hygiene, Schutzausrüstung (UE 9 und 10)

Tabelle 17: UE9 und 10

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einführung	15	Emotionaler Zugang, Aktivierung von Vorwissen	Plenum, Filmsequenz bis Minute 10:35, Impulsfragen	Präsentation Unterrichtseinheit 9-10 Pandemie und Hygiene Folie 2	Schafft Betroffenheit
Erarbeitung 1	10 Min	Begriffsbestimmung Pandemie, Verständnis für Pandemiephasen und Reproduktionszahl	Kurzinput mit konvergenten Gespräch	Folien 3–5	Aufbau von Grundlagenwissen zur Pandemiehygiene
Erarbeitung 2	15 Min	Anwendung spezieller Hygienemaßnahmen in stationären Einrichtungen Fehlervermeidung durch strukturierte Abläufe	Kurzinput mit konvergenten Gespräch, Diskussion Alternative: Rechercheauftrag (Folie 7)	Folien 6–11	Vermittlung evidenzbasierter Hygienestandards, Förderung von Handlungssicherheit, Transfer in praxisnahe Kontexte
Erarbeitung 3	10 Min	Psychosoziale Auswirkungen der Isolation	Diskussion	Folien 13	Förderung von Empathie und ethischem Handeln
Erarbeitung 4	10 Min	Anwendung des National Early Warning Score (NEWS)	Kurzinput mit konvergenten Gespräch	Folie 14-15	Aufbau Fachwissen
Erarbeitung 5	5 Min	Erkennen die Rolle der Pflege in der Pandemie	Austausch	Folien 16	Reflexion der eigenen Rolle

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 6	25 Min	Anwendung der vermittelten Inhalte	Fallbearbeitung (Auswahl aus sechs Aufgaben möglich)	Folien 16 Arbeitsblatt „Unterrichtsaufgabe: Pandemie, Hygiene und Patientensicherheit im Krankenhaus“	Transfer der Inhalte in die Praxis

9.6 Kommunikationsmittel und -wege (UE17 und 18)

Tabelle 18: UE17 und 18

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einführung	5 Min	Rückblick des letzten Tags	Plenum		Offene Fragen/Themen besprechen
Erarbeitung 1	15 Min	Kennen die wichtigsten Kommunikationswege und - mittel im Katastrophenschutz	Kurzinput mit konvergenten Gespräch	Präsentation Unterrichtseinheit 17-18 Kommunikationsmittel und -wege Folie 2-7	Aufbau von Fachwissen

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 2	50 Min	Simulation eines Funkgesprächs	Simulation Vier Gruppen, die nach der Hälfte der Zeit wechseln. Gruppe 1 wechselt mit Gruppe 4 und Gruppe 2 mit Gruppe 3, so dass jede Gruppe mal Sender und Empfänger ist, Reflexion	Folie 8, Walkie Talkies (z.B. Motorola Talkabout T82 Extreme Quad PMR Funkgerät) 2 Lego-Sets (z.B. Lego City Polizeiauto und Lego City roter Sportwagen)	verstehen die Bedeutung standardisierter Kommunikation
Erarbeitung 3	10 Min	Verstehen das Meldeverfahren	Kurzinput	Folie 9 DRK-Nachrichtenvordruck	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 4	10 Min	Wenden Melde- und Übermittlungsverfahren an	Einzelarbeit Reflexion	Folie 10, DRK-Nachrichtenvordruck	Anwenden des schriftlichen Meldeverfahrens

9.7 Versorgung von vulnerablen Gruppen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen (UE 19 bis 20)

Tabelle 19: UE19 und 20

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einführung	10 Min	Emotionaler Zugang, Aktivierung von Vorwissen	Impulsfrage, Diskussion	Präsentation Unterrichtseinheit 19-20 Versorgung von vulnerablen Gruppen in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen Folie 2	Vorwissen aktivieren, Problemorientierung herstellen
Erarbeitung 1	15 Min	kennen typische Bedürfnisse und Risiken vulnerabler Gruppen im Krisenfall	Kurzinput mit konvergenten Gespräch	Folie 3-5	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 2	30 Min	können Versorgungsbedarfe unterschiedlicher Gruppen unterscheiden und priorisieren	Gruppenarbeit, Präsentation	Folie 6, Arbeitsblatt Gruppenarbeit Versorgung vulnerabler Gruppen, Flipchart	Förderung von Teamarbeit und Anwendung des Wissens auf praxisnahe Szenarien
Erarbeitung 3	10 Min	Kennen die Aufgaben von Katastrophenschutz-Leichttürmen und Pflegeregister	Kurzinput, Filmsequenz	Folie 7-9	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 4	15 Min	Verstehen die Besonderheiten von Notfall- und Evakuierungsplänen im ambulantem Setting	Vortrag mit konvergenten Gesprächen	Folie 10-15	Aufbau von Basiswissen

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 5	10 Min	Lernen Umgang mit Evakuierungsverweigerung kennen	Impulsfrage, Diskussion	Folie 16-17	Anwendung sozialer Kompetenzen

9.8 Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung, Einrichten eines Einsatzabschnitts Pflege (UE 21 – 22)

Tabelle 20: UE 21 bis 22

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einführung	5 Min	Emotionaler Zugang, Aktivierung von Vorwissen	Plenum, Impulsfrage	Präsentation Unterrichtseinheit 21-22 Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung Einrichten eines „Einsatzabschnitts Pflege“ Folie 2	Schafft Betroffenheit, aktiviert Vorwissen
Erarbeitung 1	20 Min	Kennen die Schritte der Vorbereitung und Durchführung einer Evakuierung	Vortrag mit konvergenten Gespräch, Filmsequenz	Folie 3-10	Aufbau von Fachwissen

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Erarbeitung 2	20 Min	Präsentieren eine strukturierte Checkliste Evakuierung	Gruppenarbeit, Präsentation*	Folie 11 Flipchart	Förderung von Teamarbeit und Anwendung des Wissens auf praxisnahe Szenarien
Erarbeitung 3	10 Min	Verstehen die Herausforderungen für die Betreuung pflegebedürftiger Menschen auf einem Betreuungsplatz und die Anforderungen an einen „Einsatzabschnitt Pflege“	Vortrag mit konvergenten Gespräch	Folien 12-16	Aufbau von Fachwissen
Erarbeitung 4	10 Min	Verstehen die Aufgaben von Pflegefachperson und Hilfskräften in einem „Einsatzabschnitt Pflege“	Vortrag mit konvergenten Gesprächen	Folien 17-20	Aufbau von Basiswissen
Erarbeitung 5	25 Min	Entwerfen einen „Einsatzabschnitt Pflege“ inkl. der benötigten Pflegematerialien	Gruppenarbeit, Präsentation	Folie 21 Flipchart, Moderationskarten	Fähigkeit zur übersichtlichen grafischen Darstellung von komplexen Strukturen

*Die Checkliste sollte folgende Aspekte enthalten:

- Alarmierungswege und Notrufnummern
- Verantwortlichkeiten und Rollenzuweisung
- Vorbereitung der Bewohner/Patienten (z.B. bewegungseingeschränkte Personen, Intensivpatienten)
- Bereitstellung notwendiger Hilfsmittel (z.B. Evakuierungsstühle, Transportmöglichkeiten)
- Fluchtwege und Sammelstellen
- Sicherstellung von Patientendokumentation und Medikamenten
- Kommunikation mit Einsatzkräften und Angehörigen
- Maßnahmen zur Beruhigung und Betreuung der Betroffenen
- Nachsorge und Rückführung

9.9 Cyberangriff und Stromausfall (UE 23 und 24)

Tabelle 21: UE23 und 24

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Einstieg	10 Min	Sensibilisierung für das Thema IT-Ausfälle und Cyberangriffe in Pflegeeinrichtungen	Impulsfrage: Wer hat schon einmal einen Cyberangriff oder Ausfall der IT erlebt?		Aktivierung von Vorwissen, Problemaufriss
Erarbeitung 1	15 Min	Verständnis für die Bedeutung von IT-Sicherheit in der Pflege entwickeln	Kurzvortrag, Plenum	Folie 2–3	Fachliche Grundlagen vermitteln
Erarbeitung 2	20 Min	Auswirkungen von Stromausfall kennenlernen	Kurzvortrag mit konvergenten Gesprächen,	Folie 4–9	Förderung von Problemlösekompetenz
Erarbeitung III	20 Min	Analoge Dokumentation und Versorgungssicherung reflektieren	Partnerarbeit, Diskussion, Kurzvortrag mit konvergenten Gesprächen	Folie 10-13, analoger oder digitaler Notizzettel	Transfer in den Berufsalltag, Handlungssicherheit stärken

Lernphase	Dauer	Ziel(e)	Methode/Sozialform	Materialien/ Medien	Didaktische Funktion/ Kommentar
Sicherung	15 Min	Entwickeln ein Notfallkonzept für ihre Einrichtung	Partnerarbeit, Ergebnissicherung im Plenum	Folie 14, Whiteboard/Tafel	Wissenssicherung, Ergebnissicherung
Ausblick	10 Min	Kennen alternative Kommunikationswege	Einzelarbeit, Ergebnissicherung im Plenum	Folie 15, Whiteboard/Tafel	Wissenssicherung, Ergebnissicherung

10 Prüfungsleistung

Die Entscheidung, die Lernzielüberprüfung in MODINA mittels einer fallbasierten schriftlichen Prüfungsleistung durchzuführen, beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Pflegepädagogik. Im Zentrum moderner pflegepädagogischer Theorien steht ein handlungsorientiertes, kompetenzorientiertes Lern- und Prüfungsverständnis, das die Fähigkeit zur Lösung komplexer Probleme und die Reflexion berufsrelevanter Situationen fokussiert (vgl. HUNDENBORN 2016; KAUFHOLD/WEYLAND 2024). Anders als klassische Wissensabfragen ermöglichen fallbasierte Prüfungsleistungen eine authentische Überprüfung, bei der das situationsadaptierte, kritische und interprofessionelle Denken sowie die Anwendung pflegerischer und ethischer Prinzipien in Krisensituationen evaluiert werden (vgl. BOHRER u. a. 2021).

Für die Praxis der Pflegebildung ist das Fallformat sowohl in didaktischer Literatur als auch in rechtlichen Vorgaben als zentrales Element verankert (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG FAMILIE SENIOREN FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) 2020; BECKER u. a. 2023). Die fallorientierte Didaktik bietet die Möglichkeit, die Lernenden mit realitätsnahen und mehrdimensionalen Problemsituationen zu konfrontieren und ihre Entscheidungs-, Planungs-, Dokumentations- und Kommunikationskompetenzen in einem nachvollziehbaren Kontext zu prüfen (vgl. HUNDENBORN 2016; KAUFHOLD/WEYLAND 2024). Insbesondere die Generalistik der Pflegeausbildung fordert den Nachweis von theoriegeleiteter, reflektierter Handlungskompetenz über verschiedene Versorgungssettings hinweg (vgl. KAUFHOLD/WEYLAND 2024).

Auch im Rahmenwerk Katastrophenpflege des ICN wird beschrieben, dass Kompetenz im Krisenmanagement und in der Katastrophenpflege primär über performanznahe Szenarien überprüft werden soll (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019). Die internationalen Kernkompetenzen der Katastrophenpflege nach dem ICN haben explizit den Anspruch, nicht nur Wissensbestände, sondern die situationsadäquate, risikoorientierte und ethisch reflektierte Handlungskompetenz von Pflegefachpersonen zu bewerten (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2019). Fallbasierte Prüfungsleistungen stellen in solchen Kontexten sicher, dass Lernende in Echtzeit komplexe Risiko-, Priorisierungs- und Ethikentscheidungen treffen und ihre Strategien transparent machen können.

Theoretische Arbeiten zeigen, dass die Arbeit mit komplexen Fallaufgaben Kompetenzaufbau und nachhaltiges Lernen besonders fördert, da Pflegefachpersonen gezwungen sind, Wissen, Erfahrung sowie wissenschaftliche und ethische Standards in konkrete Lösungen umzusetzen (vgl. KAUFHOLD/WEYLAND 2024). Das schriftliche Format ermöglicht zusätzlich die Beurteilung von Reflexionsfähigkeit, Argumentationslogik, Forschungstransfer und berufsbezogener Haltung (vgl. BOHRER u. a. 2021).

Der Leitfaden zur schriftlichen Abschlussprüfung empfiehlt ausdrücklich die Verwendung komplexer, fallorientierter Prüfaufgaben, da diese eine valide, faire und praxisnahe Überprüfung der gesetzlich geforderten pflegeberuflichen Kompetenzen gewährleisten (vgl. INSTITUT FÜR BILDUNGSANALYSEN BADEN-WÜRTTEMBERG 2022; BECKER u. a. 2023). Ferner wurden die ICN-Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege für die Prüfungsentwicklung herangezogen (vgl. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2024).

Nachfolgend werden ein praxisnahes Fallbeispiel sowie darauf aufbauende Prüfungsfragen inklusive Musterlösungen dargestellt. Die Aufgaben sind jeweils mit einer transparenten Punktzahl versehen. Die Ausarbeitung ist differenziert nach den Qualifikationsniveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) 4 und DQR 6 konzipiert und ermöglicht somit eine niveaugerechte Leistungsüberprüfung und Kompetenzentwicklung.

Hinweise zur Nutzung der Prüfungsaufgaben und Erwartungshorizonte

Die nachfolgenden Prüfungsaufgaben liegen in zwei Niveauvarianten vor: einer Variante für die berufliche Pflegeausbildung (DQR 4) und einer Variante für die hochschulische Pflegeausbildung (DQR 6). Beide Varianten beziehen sich auf dasselbe Fallbeispiel, unterscheiden sich jedoch systematisch in Aufgabenformat, Erwartungstiefe und Bewertungsstruktur.

Punktstruktur

Die DQR-4-Variante umfasst 10 Fragen mit insgesamt 50 Punkten. Die DQR-6-Variante umfasst 6 Fragen mit insgesamt 100 Punkten. Die unterschiedliche Punktezahl spiegelt nicht nur den Umfang, sondern vor allem den qualitativen Anspruch der erwarteten Leistung wider.

Differenzierungsprinzip

Auf DQR-4-Niveau wird erwartet, dass Auszubildende pflegerisch relevante Sachverhalte beschreiben, benennen und situativ anwenden. Auf DQR-6-Niveau wird darüber hinaus erwartet, dass Studierende Sachverhalte analysieren, theoretisch begründen, auf Systemebene reflektieren und ihr Handeln kritisch hinterfragen. Die Erwartungshorizonte sind entsprechend unterschiedlich gewichtet.

Bestehensgrenze

Als Orientierungswert gilt: Die Prüfungsleistung gilt als bestanden, wenn mindestens 50 % der erreichbaren Punkte erzielt werden.

10.1 Ausbildung zur Pflegefachperson

Fallbeispiel: „Die überlastete Klinik in der Krise“

Die städtische Klinik ist nach einem schweren Unwetter von Überschwemmungen betroffen. Am Morgen kommt es zudem zu einer großflächigen Stromunterbrechung (technisches Versagen im regionalen Umspannwerk).

Die Klinik ist mit Patientinnen und Patienten überbelegt, das Personal steht unter erheblichem Druck. Hygiene und Infektionsschutz bleiben eine Herausforderung: Neue Patienten werden aus überschwemmten Pflegeheimen eingeliefert. Die Notstromversorgung läuft eingeschränkt, Labor und Röntgen sind außer Betrieb, digitale Dokumentationssysteme sind nur teilweise verfügbar; Materialvorräte und Medikamente sind begrenzt. Angehörige drängen auf Information und Besuch. Neben älteren Menschen sind auch chronisch Erkrankte, ein schwer verletztes Kind nach Hochwasser und einige nicht-deutschsprachige Geflüchtete zu versorgen. Die emotionale Belastung bei Patientinnen und Patienten wie Personal ist spürbar hoch.

Gegen Mittag werden drei weitere Patientinnen bzw. Patienten zur Notaufnahme gebracht: Frau Hildegard B., 80 Jahre alt, wurde aus einem überschwemmten Pflegeheim evakuiert. Sie zeigt sich bei der Aufnahme verwirrt und leicht fiebrig, berichtet über geringe Urinausscheidung und eine reduzierte Trinkmenge in den letzten Tagen. Die Dokumentation aus dem Heim ist unvollständig, eine pflegerische Übergabe fand nicht statt.

Herr Ahmad S., 55 Jahre, spricht wenig Deutsch und wurde aus einer Notunterkunft gebracht. Er ist zunächst wach, wirkt aber zunehmend schläfrig und verwirrt. Herr S. hat keine Angehörigen, so dass eine Verständigung schwer möglich ist.

Luca K., acht Jahre alt, kommt in Begleitung seiner Mutter nach einem Unfall im Hochwassergebiet. Bei der Aufnahme zeigt sich eine tiefe und stark verschmutzte Wunde am Unterschenkel, er ist sichtlich ängstlich und weint häufig. Die Mutter berichtet, dass sie beide längere Zeit im kalten Wasser waren und Luca seitdem über Schmerzen und Unwohlsein klagt.

Prüfungsaufgaben zum Fallbeispiel „Die überlastete Klinik in der Krise“ inkl.

Erwartungshorizont

Kompetenzbereich I: Pflegeprozess und Diagnostik

1. Beschreiben Sie, was in dieser Notfallsituation für die Pflege wichtig ist. Welche Dinge müssen Sie beachten? (6 Punkte)
 - Rasche und systematische Lageanalyse nach ABCDE- und NEWS2-Schema, um akute Gefährdungen zu erkennen.
 - Erhebung relevanter Vitalparameter und Bewusstseinszustand sowie Einschätzung von Infektionsrisiken und Vulnerabilität.
 - Anwendung evidenzbasierter Hygieneprotokolle gemäß RKI, priorisierte Händehygiene bei Ressourcenknappheit.
 - Umsetzung von Krisen-Triage nach START-Modell oder anderen anerkannten Verfahren.
 - Berücksichtigung psychischer Belastungen von Patienten und Mitarbeitenden, Stressassessment.
 - Sorgfältige Dokumentation und Reflexion entlang des Pflegeprozesses (Assessment, Planung, Intervention, Evaluation).
 - Einschätzung der Situation als Katastrophe und Anpassung der Pflegestandards trotz Material- und Personalengpässen.
2. Die drei neuen Patient/-innen kommen alle gleichzeitig an. Entscheiden Sie, wer zuerst behandelt werden soll. Erklären Sie Ihre Entscheidung. (6 Punkte)
 - Anwendung evidenzbasierter Triageverfahren (z. B. Manchester, START).
 - Entscheidung basierend auf Dringlichkeit, medizinischer Stabilität und vulnerablen Gruppen.
 - Erkennen lebensbedrohlicher Zustände wie z. B. Sepsisverdacht, schwere Wunden mit hohem Infektionsrisiko.
 - Ethikbasierte Priorisierung nach Fairness-, Nutzen- und Schadensvermeidungsprinzipien (ICN-Ethikkodex).
 - Mögliche Triagierung:
Luca K. weist eine tiefe, stark verschmutzte Wunde am Unterschenkel auf, die mit einem erheblichen Infektionsrisiko verbunden ist. Zusätzlich ist aufgrund des längeren Aufenthalts im kalten Wasser eine Hypothermie möglich. Seine

ausgeprägte Angst stellt eine zusätzliche psychosoziale Belastung dar. Insgesamt besteht ein akuter und unmittelbar behandlungsbedürftiger Zustand.

Herr Ahmad S. zeigt eine zunehmende Schläfrigkeit und Verwirrtheit. Diese Symptome sind potenziell lebensbedrohlich und können auf neurologische, metabolische oder infektiöse Ursachen hinweisen. Die Einschätzung wird durch die Sprachbarriere erheblich erschwert, was das Risiko einer Fehleinschätzung erhöht. Trotz fehlender klarer Diagnostik ist hier von einer kritischen Entwicklung auszugehen.

Frau B. ist ebenfalls desorientiert und fieberig, bei gleichzeitig reduzierter Flüssigkeitsaufnahme und verminderter Urinausscheidung. Dies spricht für eine Exsikkose sowie eine mögliche Infektion. Aufgrund ihres Alters ist sie als besonders vulnerabel einzustufen, befindet sich jedoch aktuell nicht in einer unmittelbar lebensbedrohlichen Situation.

Kompetenzbereich II: Kommunikation und Beratung

3. Erklären Sie, wie Sie im Team die Informationen gut weitergeben. Wie informieren Sie auch die Patient/-innen und deren Familien? (5 Punkte)

- Nutzung strukturierter Übergabesysteme (ISBAR/SBAR) auch in analoger Form.
- Standardisierte, präzise und kurze Kommunikation, auch bei Technikausfall (Lageboard, Funk, Meldeformulare).
- Berücksichtigung sprachlicher, kultureller Vielfalt durch Dolmetscherdienste, Piktogramme, leichte Sprache.
- Transparente, zeitnahe und einfühlsame Information der Betroffenen und Angehörigen, aktive Vermittlung durch Pflegefachpersonen.

4. Viele Patient/-innen und Angehörige haben Angst oder Sorgen. Beschreiben Sie, wie Sie ihnen helfen und wie Sie mit ihren Ängsten umgehen. (5 Punkte)

- Aktives Zuhören, Validierung von Emotionen, deeskalierende Kommunikationsstrategien.
- Einbindung psychosozialer Notfallversorgung und Seelsorgeangebote.
- Förderung von Selbstwirksamkeit und Copingstrategien.
- Bereitstellung psychosozialer Unterstützung und Krisengespräche, Einbezug sozialer Dienste.

Kompetenzbereich III: Zusammenarbeit mit anderen Berufen

5. Nennen Sie, welche anderen Berufsgruppen zum Team gehören, und erklären Sie, wie die Zusammenarbeit hier besonders wichtig ist. (5 Punkte)
- Einbindung von Pflege, Ärzten, Hygiene, Technik, Sozialarbeit, Verwaltung, Dolmetschern, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und externen Hilfsorganisationen.
 - Nutzung etablierter Einsatzstrukturen und Führungssysteme (KAEP).
 - Betonung von Shared Leadership, gemeinsamer Entscheidungsfindung und klar definierten Rollen.
 - Regelmäßige Abstimmung, gemeinsame Lagebewertung und Ressourcenmanagement gewährleisten Versorgungssicherheit.
6. Die Technik funktioniert nicht. Beschreiben Sie, wie Sie trotzdem Übergaben und Absprachen machen und welche Rolle die Pflege hierbei hat. (5 Punkte)
- Anwendung manueller Kommunikationssysteme (handgeschriebene Protokolle, Einsatz von Funk, Meldern, Laufzetteln).
 - Klare Definition von Verantwortlichkeiten und Kommunikationspunkten.
 - Dokumentation in Papierform, ständige Nachführung relevanter Daten durch Pflegefachpersonal.
 - Pflege übernimmt Koordination der Abläufe und Informationssicherung im Team.

Kompetenzbereich IV: Recht, Qualität und Ethik

7. Welche Gesetze und Regeln beachten Sie in dieser Notfallsituation? Was ist wichtig beim Schutz von Geheimnissen und bei der Verantwortung für die Patient/-innen? (4 Punkte)
- Einhaltung der DSGVO, Schweigepflicht, Patientenschutzgesetz und Infektionsschutzgesetz (§36 IfSG).
 - Rechtliche Absicherung bei eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit.
 - Ethikorientierung und Priorisierung entsprechend ICN-Ethikkodex.
8. Wie sorgen Sie auch bei wenig Material und technischen Problemen dafür, dass die Pflege sicher und gut bleibt? (4 Punkte)
- Einführung von Minimalstandards zur Qualitätssicherung.

- Rationelles Material- und Ressourcenmanagement, Priorisierung der Maßnahmen, Anwendung validierter Reuse-Strategien der PSA.
- Laufende Risikoanalyse, Rückmeldungen an den Krisenstab.
- Einsatz von Checklisten, Buddy-Systemen und Schulungen zur Fehlervermeidung.
- Nutzung alternativer Kommunikationskanäle und Frühwarnsysteme.
- Kreative Lösungen, wie Nutzung von Ersatzmaterialien

Kompetenzbereich V: Wissenschaft und Berufseinstellung

9. Ihre Pflege und Entscheidungen basieren auf Ihrer Einstellung und neuem Wissen. Welche Dinge sind wichtig und beeinflussen die Situation? (5 Punkte)

- Bezug auf evidenzbasierte Leitlinien und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse (RKI, ICN).
- Reflexion der eigenen beruflichen Verantwortung, Haltung und Pflegediagnostik.
- Berücksichtigung des Katastrophenmanagement-Kontextes und Anpassung der Pflegepraxis.
- Empathische, wertschätzende Haltung und die Bereitschaft, sich auf neue Situationen einzulassen
- Aktuelles Wissen zu Notfallmedizin/Notfallpflege, Infektionskontrolle und psychosoziale Unterstützung

10. Pflegen ist manchmal anstrengend und belastend. Beschreiben Sie, wie Sie gut mit Stress umgehen und wie Sie helfen, dass das ganze Team stark bleibt. (5 Punkte)

- Anwendung von Resilienzstrategien wie Achtsamkeit, Peer Support und Debriefing.
- Förderung der Teamkommunikation und kollegialen Unterstützung.
- Psychoedukation zur Prävention von Burnout.
- Früherkennung psychosozialer Belastungen und Initiierung unterstützender Maßnahmen (Wechsel, Pausen, professionelle Hilfe).
- Aufbau einer stabilen Teamkultur und Supervisionsangebote.

Tabelle 22: Prüfungsleistung Ausbildung Pflegefachpersonen

Fragen	PfIBG/PfIAPrV Kompetenzbereich	ICN Kernkompetenz-Domäne Katastrophenpflege (Deutsch)
1. Wesentliche pflegerische Bedarfe beschreiben	Pflegeprozess und Diagnostik	Domäne 5: Bewertung – Informationsbeschaffung zur Grundlage pflegerischer Maßnahmen bei Katastropheneinsätzen
2. Priorisierung festlegen	Pflegeprozess und Diagnostik	Domäne 6: Intervention – Klinische und sonstige Maßnahmen entsprechend Beurteilung, Anpassung auf vulnerable Gruppen
3. Informationsweitergabe im Team/Patient:innen/Angehörigen	Kommunikation und Beratung	Domäne 2: Kommunikation – Methoden der Informationsweitergabe und Dokumentation im Krisen- und Katastrophenfall
4. Umgang mit Ängsten und Beratung	Kommunikation und Beratung	Domäne 2: Kommunikation / Domäne 6: Intervention – Psychosoziale Unterstützung, Beratung und Fürsprache
5. Interprofessionelle Zusammenarbeit beschreiben	Intra- und Interprofessionelle Zusammenarbeit	Domäne 3: Management von Vorfällen – Strukturen und Zusammenarbeit zur effektiven Katastrophenhilfe
6. Übergaben und Abstimmung im Notfall gestalten	Intra- und Interprofessionelle Zusammenarbeit	Domäne 2: Kommunikation / Domäne 3: Management von Vorfällen – Kontinuität, Informationsaustausch, Führung im Einsatz
7. Rechtliche und ethische Grundsätze diskutieren	Recht, Qualität und Ethik	Domäne 8: Recht und Ethik – Gesetzlicher und ethischer Rahmen katastrophenbezogener Pflegepraxis
8. Qualität und Sicherheit unter Krisenbedingungen bewerten	Recht, Qualität und Ethik	Domäne 4: Sicherheit und Schutz – Gewährleistung von Sicherheit für Patienten und Pflegenden auch bei Krisen
9. Wissenschaftliche und ethische Basis begründen	Wissenschaft und Berufsethos	Domäne 7: Wiederherstellung / Domäne 1: Vorbereitung und Planung – Evidenzbasierte Praxis und berufliche Verantwortung
10. Umgang mit Belastung und Resilienz im Team	Wissenschaft und Berufsethos	Domäne 4: Sicherheit und Schutz / Domäne 7: Wiederherstellung – Selbstfürsorge, Teamunterstützung, Förderung von Resilienz

10.2 Hochschulische Pflegeausbildung

Fallbeispiel: „Die überlastete Klinik im Krisendreieck“

Die städtische Klinik ist nach einem schweren Unwetter von Überschwemmungen betroffen. Am Morgen kommt es zudem zu einer großflächigen Stromunterbrechung (technisches Versagen im regionalen Umspannwerk).

Die Klinik ist mit Patientinnen und Patienten überbelegt, das Personal steht unter erheblichem Druck. Hygiene und Infektionsschutz bleiben eine Herausforderung: Neue Patienten werden aus überschwemmten Pflegeheimen eingeliefert. Die Notstromversorgung läuft eingeschränkt, Labor und Röntgen sind außer Betrieb, digitale Dokumentationssysteme sind nur teilweise verfügbar; Materialvorräte und Medikamente sind begrenzt. Angehörige drängen auf Information und Besuch. Neben älteren Menschen sind auch chronisch Erkrankte, ein schwer verletztes Kind nach Hochwasser und einige nicht-deutschsprachige Geflüchtete zu versorgen. Die emotionale Belastung bei Patientinnen und Patienten wie Personal ist spürbar hoch.

Gegen Mittag werden drei weitere Patient/-innen zur Notaufnahme gebracht: Frau Hildegard B., 80 Jahre alt, wurde aus einem überschwemmten Pflegeheim evakuiert. Sie zeigt sich bei der Aufnahme verwirrt und leicht fiebrig, berichtet über geringe Urinausscheidung und eine reduzierte Trinkmenge in den letzten Tagen. Die Dokumentation aus dem Heim ist unvollständig, eine pflegerische Übergabe fand nicht statt.

Herr Ahmad S., 55 Jahre, spricht wenig Deutsch und wurde aus einer Notunterkunft gebracht. Er ist zunächst wach, wirkt aber zunehmend schläfrig und verwirrt. Herr S. hat keine Angehörigen, so dass eine Verständigung schwer möglich ist.

Luca K., acht Jahre alt, kommt in Begleitung seiner Mutter nach einem Unfall im Hochwassergebiet. Bei der Aufnahme zeigt sich eine tiefe und stark verschmutzte Wunde am Unterschenkel, er ist sichtlich ängstlich und weint häufig. Die Mutter berichtet, dass sie beide längere Zeit im kalten Wasser waren und Luca seitdem über Schmerzen und Unwohlsein klagt.

Prüfungsaufgaben zum Fallbeispiel „Die überlastete Klinik im Krisendreieck“

Kompetenzbereich I: Pflegeprozess und Diagnostik

1. Analysieren Sie die Versorgungssituation der drei Patient:innen vor dem Hintergrund der Krisenlage und treffen Sie eine priorisierte pflegerische Entscheidungsstruktur. (20 Punkte)

Begründen Sie diese unter Einbezug von:

- klinischer Dringlichkeit
- Vulnerabilität
- Ressourcenknappheit

In der vorliegenden Krisensituation erfolgt die pflegerische Einschätzung unter erschwerten Bedingungen, insbesondere durch eingeschränkte Ressourcen, fehlende Dokumentation und hohe Belastung des Personals.

Luca K. weist eine tiefe, stark verschmutzte Wunde am Unterschenkel auf, die mit einem erheblichen Infektionsrisiko verbunden ist. Zusätzlich ist aufgrund des längeren Aufenthalts im kalten Wasser eine Hypothermie möglich. Seine ausgeprägte Angst stellt eine zusätzliche psychosoziale Belastung dar. Insgesamt besteht ein akuter und unmittelbar behandlungsbedürftiger Zustand.

Herr Ahmad S. zeigt eine zunehmende Schläfrigkeit und Verwirrtheit. Diese Symptome sind potenziell lebensbedrohlich und können auf neurologische, metabolische oder infektiöse Ursachen hinweisen. Die Einschätzung wird durch die Sprachbarriere erheblich erschwert, was das Risiko einer Fehleinschätzung erhöht. Trotz fehlender klarer Diagnostik ist hier von einer kritischen Entwicklung auszugehen.

Frau B. ist ebenfalls desorientiert und fiebrig, bei gleichzeitig reduzierter Flüssigkeitsaufnahme und verminderter Urinausscheidung. Dies spricht für eine Exsikkose sowie eine mögliche Infektion. Aufgrund ihres Alters ist sie als besonders vulnerabel einzustufen, befindet sich jedoch aktuell nicht in einer unmittelbar lebensbedrohlichen Situation.

Die priorisierte pflegerische Handlungsplanung erfolgt daher wie folgt:

Zunächst erfolgt die Versorgung von Luca K., da eine akute Verletzung mit Infektionsrisiko vorliegt. Parallel ist sicherzustellen, dass Herr S. engmaschig überwacht wird, insbesondere hinsichtlich seines Bewusstseinszustands. Eine zeitnahe ärztliche Abklärung wird initiiert.

Frau B. wird im Anschluss versorgt, mit Fokus auf Flüssigkeitsausgleich, Infektionsüberwachung und Orientierung.

Zu den Maßnahmen gehören bei Luca die Wundreinigung, sterile Versorgung, Schmerzreduktion und Wärmeerhalt. Bei Herrn S. werden Vitalparameter erhoben, der

Bewusstseinszustand regelmäßig überprüft und Kommunikationshilfen genutzt. Bei Frau B. stehen Flüssigkeitsmanagement, Temperaturkontrolle und Beobachtung im Vordergrund. Die Priorisierung basiert auf der Kombination aus akuter Gefährdung, möglicher Verschlechterungsdynamik und vorhandenen Ressourcen.

Kompetenzbereich II: Kommunikation und Beratung

2. Entwerfen Sie ein strukturiertes Kommunikationskonzept für die Versorgungssituation. (15 Punkte)

Berücksichtigen Sie:

- interprofessionelle Kommunikation
- Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
- Sprachbarrieren
- Ausfall digitaler Systeme

In der beschriebenen Krisensituation ist eine strukturierte und klare Kommunikation essenziell. Innerhalb des Teams werden eindeutige Zuständigkeiten festgelegt, sodass jede Pflegefachperson für konkrete Patientinnen und Patienten verantwortlich ist.

Informationsweitergaben erfolgen knapp, strukturiert und zielgerichtet, um Missverständnisse zu vermeiden.

Die Kommunikation mit Luca erfolgt altersgerecht, beruhigend und unterstützend. Die Mutter wird aktiv einbezogen, um Sicherheit zu vermitteln. Bei Herrn S. wird aufgrund der Sprachbarriere auf einfache Sprache, Gestik und gegebenenfalls unterstützende Dolmetschmöglichkeiten zurückgegriffen. Zudem wird besonders auf nonverbale Veränderungen geachtet. Frau B. wird langsam, ruhig und wiederholend angesprochen, um ihre Orientierung zu fördern.

Angehörige werden über die Situation informiert, wobei Transparenz über Verzögerungen und Prioritäten hergestellt wird.

Da digitale Systeme nur eingeschränkt verfügbar sind, erfolgt die Dokumentation analog. Wichtige Informationen werden zusätzlich mündlich im Team übergeben, um Informationsverluste zu vermeiden.

Kompetenzbereich III: Zusammenarbeit

3. Bewerten Sie die Rolle der Pflege im interprofessionellen Team und leiten Sie konkrete Steuerungs-, Koordinations- und Handlungsaufgaben ab. (15 Punkte)

Die Pflege übernimmt in dieser Situation eine zentrale koordinierende Rolle. Sie behält den Überblick über die Patientensituation und priorisiert Maßnahmen entsprechend der Dringlichkeit.

Für Luca wird die weitere Versorgung, insbesondere die ärztliche Wundbehandlung, organisiert. Bei Herrn S. wird eine ärztliche Abklärung initiiert, während die Pflege die kontinuierliche Beobachtung sicherstellt. Maßnahmen mit geringerer Komplexität können an unterstützendes Personal delegiert werden, etwa vorbereitende Tätigkeiten bei Frau B. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erfolgt zielgerichtet: Ärztinnen und Ärzte für Diagnostik und Therapieentscheidungen, gegebenenfalls unterstützende Dienste für Kommunikation oder Organisation.

Die Pflege übernimmt damit eine aktive Steuerungsfunktion und sorgt für die Abstimmung aller Beteiligten.

Insgesamt kann die Entscheidung als situativ nachvollziehbar bewertet werden, ist jedoch nur unter der Voraussetzung akzeptabel, dass alternative Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Herrn S. ergriffen werden.

Kompetenzbereich IV: Recht, Qualität und Ethik

4. Entwickeln Sie ein **priorisiertes Maßnahmenkonzept** zur Sicherstellung von:

- Pflegequalität
- Patientensicherheit
- Hygiene
- unter Krisenbedingungen (15 Punkte)

In der beschriebenen Situation bestehen mehrere Risiken für die Patientensicherheit. Dazu zählen insbesondere Infektionsgefahren, insbesondere bei der offenen Wunde von Luca, Kommunikationsprobleme, die zu Fehlentscheidungen führen können, sowie organisatorische Defizite durch Überlastung und eingeschränkte Dokumentation.

Zur Sicherstellung der Qualität ist zunächst die Einhaltung grundlegender Hygienemaßnahmen prioritär, insbesondere bei der Wundversorgung. Darüber hinaus werden klare Zuständigkeiten im Team definiert, um Unsicherheiten zu vermeiden.

Die Dokumentation erfolgt strukturiert, auch analog, um den Informationsfluss sicherzustellen. Zusätzlich werden regelmäßige Reevaluationen der Patientenzustände eingeplant, um Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen.

Die Maßnahmen werden priorisiert durchgeführt, wobei zunächst lebens- und gesundheitsgefährdende Risiken adressiert werden. Die Anpassung an die begrenzten Ressourcen ist dabei kontinuierlich notwendig.

5. Im vorliegenden Szenario stehen begrenzte personelle und materielle Ressourcen zur Verfügung. (20 Punkte)

Im Verlauf der Versorgung wird folgende Entscheidung getroffen:

Herr Ahmad S. wird zunächst zurückgestellt, obwohl sich sein Zustand verschlechtert (zunehmende Verwirrtheit), da die Versorgung des schwer verletzten Kindes Luca K. sowie die Stabilisierung von Frau B. als vorrangig eingeschätzt werden.

Analysieren und bewerten Sie diese Entscheidung vor dem Hintergrund des konkreten Falls.

Gehen Sie dabei ein auf:

- die klinische Ausgangslage aller beteiligten Patientinnen und Patienten
- die bestehende Ressourcenknappheit im Szenario
- relevante ethische Prinzipien (z. B. Gerechtigkeit, Fürsorge, Autonomie)
- rechtliche Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns
- die professionelle Verantwortung der Pflegefachperson

Begründen Sie Ihre Bewertung nachvollziehbar und reflektieren Sie mögliche Konsequenzen alternativer Entscheidungen.

Die Entscheidung, Herrn S. zunächst zugunsten von Luca und Frau B. zurückzustellen, stellt ein ethisch anspruchsvolles Spannungsfeld dar.

Einerseits ist die Priorisierung von Luca nachvollziehbar, da eine akute, sichtbare Verletzung mit unmittelbarem Handlungsbedarf vorliegt. Andererseits zeigt Herr S. eine potenziell lebensbedrohliche Verschlechterung, die jedoch aufgrund der Kommunikationsbarriere weniger offensichtlich ist.

Hier entsteht ein Konflikt zwischen dem Prinzip der Fürsorge, das eine unmittelbare Zuwendung zu Herrn S. erfordern würde, und dem Prinzip der Nutzenmaximierung, das die Konzentration auf klar erkennbare akute Gefährdung rechtfertigt. Auch der Grundsatz der Gerechtigkeit wird berührt, da Herr S. aufgrund seiner eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit benachteiligt sein könnte.

Die Entscheidung ist daher nur dann vertretbar, wenn sichergestellt wird, dass Herr S. nicht vollständig unbeachtet bleibt. Eine kontinuierliche Überwachung oder eine delegierte Beobachtung ist zwingend notwendig.

Rechtlich besteht die Verpflichtung, Schaden von allen Patientinnen und Patienten abzuwenden. Eine vollständige Vernachlässigung wäre nicht vertretbar.

Kompetenzbereich V: Wissenschaft und Berufsethos

6. Begründen Sie Ihr Handeln auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und reflektieren Sie:

- Grenzen evidenzbasierter Entscheidungen im Krisenszenario
- berufliche Verantwortung
- Strategien zur Selbst- und Teamstabilisierung (15 Punkte)

Das pflegerische Handeln orientiert sich an grundlegenden fachlichen Prinzipien, insbesondere im Bereich Hygiene, strukturierte Einschätzung und kontinuierliches Monitoring.

Gleichzeitig zeigt sich, dass evidenzbasierte Entscheidungen im Krisenkontext nur eingeschränkt umgesetzt werden können. Diagnostische Möglichkeiten sind reduziert, Entscheidungen müssen unter Zeitdruck und Unsicherheit getroffen werden.

Die professionelle Verantwortung der Pflegefachperson besteht darin, dennoch begründete Entscheidungen zu treffen und diese kontinuierlich zu überprüfen.

Die Situation ist mit erheblicher psychischer Belastung verbunden. Entscheidungsdruck, Unsicherheit und emotionale Anforderungen erfordern Strategien zur Stabilisierung. Dazu gehören klare Teamabsprachen, gegenseitige Unterstützung sowie kurze Momente der Entlastung im Arbeitsprozess.

Professionelles Handeln zeigt sich darin, trotz dieser Herausforderungen strukturiert, reflektiert und verantwortungsvoll zu agieren.

Tabelle 23: Prüfungsleistung hochschulische Pflegeausbildung

Fragen	PfIBG/PfIAPrV Kompetenzbereich	ICN Kernkompetenz- Domäne Katastrophenpflege (Deutsch)
1. Priorisierte pflegerische Handlungsplanung im Krisenszenario	Pflegeprozess und Diagnostik	Domäne 5: Bewertung – Informationsbeschaffung zur Grundlage pflegerischer Maßnahmen bei Katastropheneinsätzen Domäne 6: Intervention – Klinische und sonstige Maßnahmen entsprechend Beurteilung, Anpassung auf vulnerable Gruppen
2. Entwicklung eines strukturierten Kommunikationskonzepts	Kommunikation und Beratung	Domäne 2: Kommunikation – Methoden der Informationsweitergabe und Dokumentation im Krisen- und Katastrophenfall
3. Interprofessionelle Steuerung und Koordination	Intra- und Interprofessionelle Zusammenarbeit	Domäne 3: Management von Vorfällen – Strukturen und Zusammenarbeit zur effektiven Katastrophenhilfe
4. Maßnahmen zur Sicherstellung von Qualität und Patientensicherheit	Maßnahmen zur Sicherstellung von Qualität und Patientensicherheit	Domäne 4: Sicherheit und Schutz – Gewährleistung von Sicherheit für Patienten und Pflegende auch bei Krisen
5. Ethisch-rechtliche Bewertung einer konkreten Entscheidung im Fall	Recht, Qualität und Ethik	Domäne 8: Recht und Ethik – Gesetzlicher und ethischer Rahmen katastrophenbezogener Pflegepraxis
6. Evidenzbasierte Begründung und professionelle Reflexion	Wissenschaft und Berufsethos	Domäne 7: Wiederherstellung / Domäne 1: Vorbereitung und Planung – Evidenzbasierte Praxis

11 Literaturverzeichnis

- ABEYSINGHE, Sudeepa: When the spread of disease becomes a global event: The classification of pandemics. In: Social Studies of Science 43 (2013) 6, S. 905-926
- AL THOBAITY, Abdullelah; PLUMMER, Virginia; WILLIAMS, Brett: What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. In: International emergency nursing 31 (2017), S. 64-71
- ALHMIDI, Heba; GONZALEZ-ORTA, Melany; CADNUM, Jennifer L.; MANA, Thriveen S. C.; JENCSON, Annette L.; WILSON, Brigid M.; DONSKEY, Curtis J.: Contamination of health care personnel during removal of contaminated gloves. In: American journal of infection control 47 (2019) 7, S. 850-852
- ANDONIAN, Jennifer; KAZI, Sadaf; THERKORN, Jennifer; BENISHEK, Lauren; BILLMAN, Carrie; SCHIFFHAUER, Margaret; NOWAKOWSKI, Elaine; OSEI, Patience; GURSES, Ayse P.; HSU, Yea-Jen; DREWRY, David; FORSYTH, Ellen R.; VIGNESH, Arjun; ORESANWO, Ifeoluwa; GARIBALDI, Brian T.; RAINWATER-LOVETT, Kaitlin; TREXLER, Polly; MARAGAKIS, Lisa L.: Effect of an Intervention Package and Teamwork Training to Prevent Healthcare Personnel Self-contamination During Personal Protective Equipment Doffing. In: Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America 69 (2019) Suppl 3, S248-S255
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) (Hrsg.): 001-021k_S3_Invasive-Beatmung-Einsatz-extrakorporaler-Verfahren-akute-respiratorische-Insuffizienz_2025-08_01 2025. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-021k_S3_Invasive-Beatmung-Einsatz-extrakorporaler-Verfahren-akute-respiratorische-Insuffizienz_2025-08_01.pdf
- ARBEITSGRUPPE "PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSKRÄFTEAUSBILDUNG" (Hrsg.): Rahmenkonzept Ausbildung zu Pflegeunterstützungskräften (Entwurf der Arbeitsgruppe "Pflegeunterstützungskräfteausbildung" bestehend aus dem BBK, ASB, DRK, JUH, MHD).
- ARNDT, Dagmar; HERING, Thomas: Arbeitsbelastung und psychische Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ein Scoping-Review. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 68 (2025) 2, S. 130-140
- AUER, Jürgen; BRÜNNING, Bärbel; MANDOS, Matthias: Katastrophenszenarien in Diensten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Ein Arbeitspapier für Mitgliedsorganisationen. 2022. URL: https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/2_Informieren/Katastrophenszenarien-in-Diensten-und_Einrichtungen.pdf (Stand: 01.01.2026)
- AUSSCHUSS FÜR FEUERWEHRANGELEGENHEITEN KATASTROPHENSCHUTZ UND ZIVILE VERTEIDIGUNG (Hrsg.): Führung und Leitung im Einsatz. Führungssystem. Feuerwehr-

Dienstvorschrift 100 1999a. URL: <https://www.idf.nrw.de/dokumente/wir-ueber-uns/aufgaben-des-idf/fwdv100.pdf> (Stand: 01.01.2026)

BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE (Hrsg.):
Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Handreichung für
ambulante Pflegeeinrichtungen 2023. URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/Hanreichung_Krisenkonzepte_11_2023/BAGFW_Handreichung_Krisenkonzepte_ambulant.pdf (Stand: 01.04.2026)

BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE (Hrsg.):
Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Handreichung für
stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen. Berlin 2023a. URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/2023/_BAGFW_Handreichung_Krisenkonzepte.pdf

BAGFW – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE (Hrsg.):
Vorbereitung auf und Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Handreichung für stationäre
Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen. Berlin 2023b. URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/2023/_BAGFW_Handreichung_Krisenkonzepte.pdf

BECKER, Sabine; FRITSCH, Ulrike; HINZ, Lara; KAILER, Maren; KOCH, Ursula; KURZ, Wolfgang;
SCHARLI, Michaela; SCHIFFER, Bettina; SCHMID, Catrin: Leitfaden zur Erstellung von
Prüfungsaufgaben für die zentrale schriftliche Abschlussprüfung an Berufsfachschulen für
Pflege. nach der Pflegeberufe-, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 2.10.2018.
Baden Württemberg 2023. URL: https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/berufliche-schularten/berufsfachschule/sozialpflegerischer-bereich/dreijbsaltenpflegehilfe/leitfaden-schriftliche-abschlusspruefung-berufsfeld-pflege_vers05.pdf

BEERLAGE, Irmtraud: Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) 2025a. URL: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/psychosoziale-notfallversorgung-psnv/>
(Stand: 01.01.2026)

BG BAU (Hrsg.): DGUV Information 212-515. Handlungsanleitung Persönliche
Schutzausrüstungen 2006. URL: https://www.bgbau.de/fileadmin/Medien-Objekte/Medien/DGUV-Informationen/212_515/212_515.pdf?utm_source=chatgpt.com (Stand: 03.03.2026)

BOHRER, Annerose; WALTER, Anja; ALTMEPPEN, Sandra; BURBA, Stefan; JUNGHANH, Marie-
Luise; WESTPHAL, Andrea: Kompetenzorientierte schriftliche Prüfungen gestalten – eine
Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer an Pflegeschulen 2021

BRATER, Michael: Was sind "Kompetenzen" und wieso können sie für Pflegende wichtig sein?
In: Pflege & Gesellschaft (2016) 03, S. 197-214

BRINK, Anniek; ALSMA, Jelmer; VERDONSCHOT, Rob J. C. G.; ROOD, Pleunie P. M.; ZIETSE,
Robert; LINGSMA, Hester F.; SCHUIT, Stephanie C. E.: Predicting mortality in patients with

suspected sepsis at the Emergency Department; A retrospective cohort study comparing qSOFA, SIRS and National Early Warning Score. In: PloS one 14 (2019) 1, e0211133

BROD, Torben; BERNHARD, Michael; BLASCHKE, Sabine; DODT, Christoph; DORMANN, Patrick; DRYNDA, Susanne; DUBB, Rolf; GRIES, André; HOFFMANN, Florian; JANSSENS, Uwe; KALTWASSER, Arnold; MARKEWITZ, Andreas; MÖCKEL, Martin; PEDERSEN, Vera; PIN, Martin; WALCHER, Felix; WREDE, Christian: Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024. In: Notfall + Rettungsmedizin 27 (2024) S3, S. 223-240

BRÜHE, Roland; GAHLEN-HOOPS, Wolfgang von (Hrsg.): Handbuch Pflegedidaktik I. Pflegedidaktisch handeln. 1. Aufl. 2024a

BRÜHE, Roland; GAHLEN-HOOPS, Wolfgang von (Hrsg.): Handbuch Pflegedidaktik II 2024b

BUCHSTABIERALPHABET (Hrsg.): Neues Buchstabieralphabet 2022 nach DIN 5009 2026. URL: <https://www.buchstabieralphabet.org/> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Cell Broadcast 2025a. URL: https://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Warnung-in-Deutschland/So-werden-Sie-gewarnt/Cell-Broadcast/cell-broadcast_node.html (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Glossar - Betreuung 2025b. URL: <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/betreuung.html> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Glossar - G. Großschadensereignis 2025c. URL: https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Glossar/_functions/glossar.html?nn=19742&lv2=19764 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Glossar - Katastrophe 2025d. URL: <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/K/katastrophe.html> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Glossar - Modulares Warnsystem (MoWaS) 2025e. URL: <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/M/MoWaS.html> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Krisenmanagement-Kreislauf 2025f. URL: https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Krisenmanagement/KMZirkel/KMZirkel_node.html (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Triage - Sichtung 2025g. URL: https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Gesundheitlicher-Bevoelkerungsschutz/Triage-Sichtung/triage-sichtung_node.html (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Vorsorgen für Krisen und Katastrophen 2025h. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Buergerinformationen/Ratgeber/ratgeber-notfallvorsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=39 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Warn-App NINA 2025i. URL: https://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Warn-App-NINA/warn-app-nina_node.html (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Warnung der Bevölkerung: Forschungsprojekt sieht viel Potential bei Katastrophenschutz-Leuchttürmen 2025j. URL: <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2025/02/om-22-katleuchttuerme-warnung.html> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sucht „Deinen Moment im Ehrenamt“ 2024. URL: <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/04/pm-04-mitmachaktion.html>

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Förderung zur Umsetzung von resilienzstärkenden Maßnahmen Studie der Fördermöglichkeiten auf Ebene des Bundes und der EU (2021–2022 2023. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Sendai-Katrima/foerderung-resilienzstaerkende-ma%C3%9Fnahmen_download.pdf?__blob=publicationFile

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Wie funktioniert der deutsche Bevölkerungsschutz? 2022. URL: https://www.bbk.bund.de/DE/Das-BBK/Das-BBK-stellt-sich-vor/Das-deutsche-Bevoelkerungsschutzsystem/das-deutsche-bevoelkerungsschutzsystem_node.html#vt-sprg-1 (Stand: 14.10.2025)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP). Empfehlungen für die Praxis zur Erstellung eines individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzplans 2020. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Krisenmanagement/katastrophenleuchttuerme_download.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): HEIKAT - Handlungsempfehlung zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag 2018. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/KRITIS/heikat-handlungsempfehlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=10 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Psychosoziale Herausforderungen im Feuerwehrdienst. Belastungen senken - Schutz stärken 2016. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/NOAH/psychosoziale-herausforderungen-im-feuerwehrdienst.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 22.02.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Psychosoziale Notfallversorgung. Qualitätsstandards und Leitlinien : Teil I und II. Bonn 2013. URL: https://bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qualitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): Konzept zur überörtlichen Hilfe bei MANV. Erneuerung im Zivil- und Katastrophenschutz 2006. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/MTF/Literaturhinweise/konzept-ueberoertliche-hilfe-manv-2006.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESFACHSTELLE BARRIEREFREIHEIT (Hrsg.): Warntag am 8. Dezember: Wie barrierefrei wird gewarnt? 2022. URL: <https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/warntag-meldung-wie-barrierefrei-wird-gewarnt.html> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESMINISTERIUM DES INNERN (Hrsg.): Wer macht was beim Zivil- und Katastrophenschutz? 2023. URL: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz/gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz-node.html> (Stand: 01.01.2026)

BUNDESMINISTERIUM DES INNERN (Hrsg.): Wer macht was beim Zivil- und Katastrophenschutz? o.J. URL: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz/gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz-node.html>

#:-:text=Zivilschutz%20im%20Spannungs%2D%20und%20Verteidigungsfall,Konzeption%20Zivile%20Verteidigung%20(%20KZV%20).&text=vor%20Kriegseinwirkungen%20zu%20sch%C3%BCtzen%20und,dabei%20die%20Selbsthilfe%20der%20Bev%C3%B6lkerung.

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG FAMILIE SENIOREN FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (Hrsg.): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPV) 2020. URL: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/ministerium/gesetze/ausbildungs-und-pruefungsverordnung-fuer-die-pflegeberufe-122884>

BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (Hrsg.): Arten von Katastrophen 2025a. URL: https://www.oesterreich.gv.at/de/themen/notfaelle_unfaelle_und_kriminalitaet/katastrophenfaelle/Seite.2950020 (Stand: 01.01.2026)

BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (Hrsg.): Krisen- und Katastrophenmanagement 2025b.
URL: <https://www.bmi.gv.at/204/katastrophenmanagement/start.aspx> (Stand: 01.01.2026)

CHUGHTAI, Abrar A.; CHEN, Xin; MACINTYRE, Chandini R.: Risk of self-contamination during doffing of personal protective equipment. In: American journal of infection control 46 (2018) 12, S. 1329-1334

CHUGHTAI, Abrar A.; SEALE, Holly; MACINTYRE, C. R.: Effectiveness of Cloth Masks for Protection Against Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. In: Emerging infectious diseases 26 (2020) 10

CHURPEK, Matthew M.; SNYDER, Ashley; HAN, Xuan; SOKOL, Sarah; PETTIT, Natasha; HOWELL, Michael D.; EDELSON, Dana P.: Quick Sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Early Warning Scores for Detecting Clinical Deterioration in Infected Patients outside the Intensive Care Unit. In: American journal of respiratory and critical care medicine 195 (2017) 7, S. 906-911

CUTHBERTSON, Joe; PENNEY, Greg: Ethical Decision Making in Disaster and Emergency Management: A Systematic Review of the Literature. In: Prehospital and disaster medicine 38 (2023) 5, S. 622-627

DARMANN-FINCK, Ingrid: Die Interaktionistische Pflegedidaktik. In: DARMANN-FINCK, Ingrid; SAHMEL, KH (Hrsg.): Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin 2022, S. 1-19

DARMANN-FINCK, Ingrid: Interaktion im Pflegeunterricht: Begründungslinien der interaktionistischen Pflegedidaktik 2010

DARMANN-FINCK, Ingrid; SAHMEL, KH (Hrsg.): Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin 2022

DARMANN-FINK, Ingrid; MUTHS, Sabine; PARTSCH, Sebastian: Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“. In: PADUA 12 (2017) 4, S. 265-274

DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND (Hrsg.): Positionspapier: Bedarfe vulnerable Bevölkerungsgruppen im Katastrophenfall 2017. URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/171215_Positionspapier_Katastrophenfall_Bedarfe_vulnerable_Personengruppen_final.pdf (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN (Hrsg.): Katastrophenmedizinische prähospitalen Behandlungsleitlinien. Lanversion (S2k, AWMF Register Nr. 001-043) 2023. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-043l_S2k_Katastrophenmedizinische-praehospitalen-Behandlungsleitlinie_2023-10.pdf (Stand: 22.02.2026)

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE (Hrsg.): Prävention von Atemwegsinfektionen nach der SARS-CoV-2-Pandemie in Einrichtungen der Pflege. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH). In: Hygiene & Medizin 49 (2024) 3, S. 42-46

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG (Hrsg.): DGUV Information 212-515 „Informationsschrift für Unternehmer und Versicherte zur Auswahl, Bereitstellung und Benutzung von persönlichen Schutzausrüstungen“ 2006. URL: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/276> (Stand: 08.03.2026)

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (Hrsg.): Umsetzungshinweise nach § 75c SGB V. . GF-Info-75c-SGB-V_v098 2021. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.4._IT-Sicherheit_und_technischer_Datenschutz/2.1.4.3._IT-Sicherheit_im_Krankenhaus_75c/GF-Info-75c-SGB-V_v098.pdf

DEUTSCHER ETHIKRAT (Hrsg.): Triage - Priorisierung intensivmedizinischer Ressourcen unter Pandemiebedingungen 2021. URL: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/fb-2021-03-24-transkription.pdf> (Stand: 22.02.2026)

DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. (Hrsg.): Naturgefahren in Deutschland 2024. URL: <https://dkkv.org/themenseiten/naturgefahren-in-deutschland/> (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHES KOMITEE KATASTROPHENVORSORGE E.V. (Hrsg.): Bevölkerungsschutz in Deutschland | DKKV 2022. URL: <https://dkkv.org/themenseiten/bevoelkerungsschutz-in-deutschland/> (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Aufrechterhaltung ambulanter Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (AUIK). Berlin 2023a. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_13/Schriftenreihe_Band_13_web.pdf (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Die Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Krisen und Katastrophen. Eine Arbeitshilfe zur Zusammenarbeit ambulanter Pflegedienste und Strukturen des Katastrophenschutzes. Berlin 2023b. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/aktuelle_Projekte/AUIK/AH_AUIK_web_final.pdf (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Resiliente Krankenhausinfrastrukturen. Handlungsempfehlungen für die Stärkung der medizinischen Versorgung in Krisen und Katastrophen. Schriften der Forschung: Bd. 12. Berlin 2023c. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_12/Schriftenreihe_Band_12_web.pdf (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Situative Vulnerabilität identifizieren und gesellschaftliche Resilienz stärken: Hochwasserkatastrophen und COVID-19-Pandemie im

Großraum Dresden. Berlin 2022. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_11/221011_Schriftenreihe_Band11_DE_Druck.pdf (Stand: 01.01.2026)

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Handreichung_Stromausfall in Senioren- und Pflegeeinrichtungen.indd 2021. URL: https://www.drk-westfalen.de/fileadmin/Eigene_Bilder_und_Videos/Publikationen/Flyer_und_Brosch%C3%BCren/Handreichung_Stromausfall_in_Senioren-_und_Pflegeeinrichtungen.pdf

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V. (Hrsg.): Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen. Teil 2:. Vernetzung und Partizipation - auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz 2018. URL: https://www.drk.de/fileadmin/user_upload/Forschung/schriftenreihe/Band_6/Band_VI_Teil_2.pdf (Stand: 01.01.2026)

DIKAU, Richard; VOSS, Holger 2002: Naturkatastrophe. Lexikon der Geowissenschaften. In: Spektrum.de, Ausgabe vom 29.08.2002. URL: <https://www.spektrum.de/lexikon/geowissenschaften/naturkatastrophe/10985>. URL: <https://www.spektrum.de/lexikon/geowissenschaften/naturkatastrophe/10985> (Stand: 01.01.2026)

DONNER, Anton: Kommunikation und IT-Anwendungen in der nicht- polizeilichen Gefahrenabwehr. Globale Gesellschaft und internationale Beziehungen. In: JÄGER, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sicherheitsgefahren. Wiesbaden 2015, S. 251-261

DOOS, D.; BARACH, P.; ALVES, N. J.; FALVO, L.; BONA, A.; MOORE, M.; COOPER, D. D.; LEFORT, R.; AHMED, R.: The dangers of reused personal protective equipment: healthcare workers and workstation contamination. In: Journal of Hospital Infection (2022), S. 59-68

DOSA, David; HYER, Kathryn; THOMAS, Kali; SWAMINATHAN, Shailender; FENG, Zhanlian; BROWN, Lisa; MOR, Vincent: To evacuate or shelter in place: implications of universal hurricane evacuation policies on nursing home residents. In: Journal of the American Medical Directors Association 13 (2012) 2, 190.e1-7

DOSHI, Peter: The elusive definition of pandemic influenza. In: Bulletin of the World Health Organization 89 (2011) 7, S. 532-538

DRK - BILDUNGSINSTITUT RHEINLAND-PFALZ (Hrsg.): Informationsverarbeitung. o.J. URL: https://www.bildungsinstitut-rlp.drk.de/fileadmin/downloads/Fuehrungs-_und_Leitungskraefte_der_Bereitschaften/Fuehrungskraefteausbildungen/Zugfuehrer/04-3_Informationsverarbeitung.pdf (Stand: 01.01.2026)

DRK - LANDESVERBAND BERLINER ROTES KREUZ (Hrsg.): Notfallvorsorge für (Groß-) Eltern. Gut vorbereitet, gut geschützt: Wie Sie Ihre Familie für den Notfall wappnen 2025. URL: https://www.drk-berlin.de/fileadmin/Eigene_Bilder_und_Videos/Katastrophenschutz/DRK_Flyer_100x210_NHG_Gro%C3%9Feltern.pdf (Stand: 01.01.2026)

DRK - ORTSVEREIN ALSDORF E.V. (Hrsg.): Katastrophenschutz. URL: : <https://drk-alsdorf.de/katastrophenschutz/> (Stand: 01.01.2026)

DRK KREISVERBAND WESERMARSCH E.V. (Hrsg.): Pflegeregister Wesermarsch für gezielte Hilfe in Katastrophen 2025. URL: <https://www.pflegeregister-wesermarsch.de/> (Stand: 25.02.2026)

EULER, Dieter: Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung 2018

Europe's environment and climate: knowledge for resilience, prosperity and sustainability. Europe's environment 2025 - Main report. Luxembourg 2025

EVANGELISCHE KIRCHE BERLIN-BRANDENBURG-SCHLESISCHE OBERLAUSITZ (Hrsg.): Hilfestellung im Umgang mit Medien für Betroffene und Angehörige. URL: https://www.notfallseelsorge-berlin.de/fileadmin/user_upload/Dateien/%C3%96ffentlich/Material/200303_ES_Presseflyer_Bund.pdf (Stand: 01.01.2026)

EWERS, Michael; KÖHLER, Michael: Organisatorische Maßnahmen zur Vorbereitung ambulanter Pflegedienste auf Notfälle, Krisen und Katastrophen 2023. URL: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/39685.2/2023_Ewers_K%C3%B6hler.pdf?sequence=5&isAllowed=y (Stand: 01.01.2026)

FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ (Hrsg.): Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach §53 PflBG. Bundesinstitut für Berufsbildung 2020a.

FACHKOMMISSION NACH §53 PFLEGEBERUFEGESETZ (Hrsg.): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Bundesinstitut für Berufsbildung 2020b.

FLIEGENSCHMIDT, J.; MERKEL, M. J.; DOSSOW, V. VON; ZWIßLER, B.: Strukturierte Patientenübergabe in Hochrisikobereichen : Evidenz und Empfehlungen für die praktische Implementierung. In: Die Anaesthesiologie 72 (2023) 3, S. 183-188

FRÄDRICH, Andreas: Sicherheitsmanagement: Blackout im Gesundheitswesen. Deutsches Ärzteblatt 9. In: Deutsches Ärzteblatt International (2012), S. 438-439

FRAUNHOFER - INSTITUT FÜR OFFENE KOMMUNIKATIONSSYSTEME FOKUS (Hrsg.): Katwarn - Das Warnsystem 2025. URL: <https://www.katwarn.de/warnsystem.php> (Stand: 01.01.2026)

GABEL, Friedrich; MÜHLECK, Mara; KRAUSE, Katharina; SCHAD, Johannes; REKOWSKI, Matthias: Ethische Reflexion im Bevölkerungsschutz. Leitfaden für eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung im Sanitäts- und Betreuungsdienst. Bonn 2023. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/FiB/FiB-sonderband-2023-ethikleitfaden.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 01.01.2026)

GEIER, Wolfgang: Strukturen, Akteure und Zuständigkeiten des deutschen Bevölkerungsschutzes. Aus Politik und Zeitgeschichte. 2021 URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/bevoelkerungsschutz-2021/327989/strukturen-akteure-und-zustaendigkeiten-des-deutschen-bevoelkerungsschutzes/> (Stand 13.10.2025)

GEIER, Wolfgang: Strukturen, Zuständigkeiten, Aufgaben und Akteure. In: KARUTZ, Harald; GEIER, Wolfgang; MITSCHKE, Thomas (Hrsg.): Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin Heidelberg 2017

GEIBLER, Sarah: Vulnerable Menschen in der Katastrophe. Hilfebedarf von vulnerablen Bevölkerungsgruppen und Möglichkeiten der Unterstützung bei anhaltenden Stromausfall in Berlin. Analyse im Rahmen des Forschungsprojektes „Katastrophenschutz-Leuchttürme“ als Anlaufstelle für die Bevölkerung in Krisensituationen 2025. URL: [https://opus4.kobv.de/opus4-hwr/frontdoor/deliver/index/docId/490/file/](https://opus4.kobv.de/opus4-hwr/frontdoor/deliver/index/docId/490/file/Vulnerable+Personen+im+Stromausfall+2015+08+03.pdf)

Vulnerable+Personen+im+Stromausfall+2015+08+03.pdf (Stand: 25.02.2026)

GERHOLD, Lars; SCHUCHARDT, Agnetha: Definition von Schutzziele für Kritische Infrastrukturen. Forschungsstand, rechtlicher Rahmen und politische Entscheidungsfindung : wissenschaftlicher Abschlussbericht, BBK-Projekt-Nr.: FP 417, Abschlussdatum: 09/2019. Bonn 2021. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/FiB/FiB-28-kritis-definition-schutzziele.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.01.2026)

GERMANWATCH, e. V.: Climate Risk Index 2025. Who suffers most from extreme weather events? 2025. URL: <https://www.germanwatch.org/sites/default/files/2025-02/Climate%20Risk%20Index%202025.pdf> (Stand: 18.02.2026)

GÖRRES, Stefan; HARENBERG, Niels; KRIEGER, Theresia; MAGENS, Dörte; SANDER, Ewa J. (Hrsg.): Nationale Synopse zur Rolle der Pflegeberufe bei internationalen Katastropheneinsätzen - Global Disaster Nursing. Projektbericht 2012

GREEN, Manfred S.: Did the hesitancy in declaring COVID-19 a pandemic reflect a need to redefine the term? In: Lancet (London, England) 395 (2020) 10229, S. 1034-1035

GROCHTDREIS, Thomas; SCHRÖDER-BÄCK, Peter; HARENBERG, Niels; GÖRRES, Stefan; JONG, Nynke DE: View of National disaster preparedness and emergency response of nurses in Germany: An exploratory qualitative study. In: South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH) Volume XV (2020), S. 1-14

HAMAR, Christoph: Kompetenzorientierung in der generalistischen Pflegeausbildung. Verankerung in den verschiedenen Ordnungsmitteln. In: PADUA 18 (2023) 2, S. 79-83

HELLER, Axel R.; HÄHN, Frank; BRÜNE, Fritjof; WURMB, Thomas; FRANKE, Axel; KOWALZIK, Barbara: Ergebnisse der Sichtung-Konsensus-Konferenzen und Glossar Sichtung. In: Notfall + Rettungsmedizin (2025)

HOBFOLL, Stevan E.; WATSON, Patricia; BELL, Carl C.; BRYANT, Richard A.; BRYMER, Melissa J.; FRIEDMAN, Matthew J.; FRIEDMAN, Merle; GERSONS, Berthold P. R.; JONG, Joop T. V. M. DE; LAYNE, Christopher M.; MAGUEN, Shira; NERIA, Yuval; NORWOOD, Ann E.; PYNOOS, Robert S.; REISSMAN, Dori; RUZEK, Josef I.; SHALEV, Arie Y.; SOLOMON, Zahava; STEINBERG, Alan M.; URSANO, Robert J.: Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. In: Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes 70 (2007) 4, 283-315; discussion 316-69

HUNDENBORN, Gertrud: Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. 1. Aufl. München 2016

INSTITUT FÜR BILDUNGSANALYSEN BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Leitfaden zur Erstellung von Prüfungsaufgaben für die zentrale schriftliche Abschlussprüfung an Berufsfachschulen für Pflege 2022. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheits-_Pflegeberufe/Leitfaden_schriftliche-Abschlusspruefung-Berufsfachschulen-Pflege.pdf (Stand: 01.04.2026)

INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE (Hrsg.): Isolierung von Patienten (Quellenisolierung). Fachrichtlinie Nr. 38 2022. URL: https://www.krankenhaushygiene.at/fileadmin/media/ikm/FRL_PDF/FRL_38_Isolierung_von_Patienten_11.11.2022.pdf (Stand: 02.03.2026)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege – Version 2.0. Deutschsprachige Ausgabe der englischen Originalversion von 2019. Berlin 2024. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CORE_ICN-Katastrophenpflege_Stufe_I-II_2019.pdf (Stand: 01.01.2026)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): CORE COMPETENCIES IN DISASTER NURSING VERSION 2.0. Geneva, Switzerland 2019. URL: file:///fsa/share/home/uas0035842/Desktop/Literatur%20Handbuch%20Lehrende/ICN_Disaster-Nursing%20Version%202.0%20Stufe%20I-II_2019.pdf

KAPOOR, Neelam: Role of Media in Disaster Management. In: Journal of Advance Research in Social Science and Humanities (ISSN: 2208-2387) 1 (2015) 1, S. 5-8

KARADAG, C. O.; HAKAN, A. K.: Ethical Dilemmas in Disaster Medicine. In: Iranian Red Crescent Medical Journal 14 (2012) 19, S. 602-612

KARUTZ, Harald; GEIER, Wolfgang; MITSCHKE, Thomas (Hrsg.): Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg 2017

KAUFHOLD, Marisa; WEYLAND, Ulrike: Prüfen und Bewerten im Kontext kompetenzorientierter Lehr-/Lernprozesse in der Pflegeausbildung. Pflegedidaktisch Handeln. In: GAHLEN-HOOPS, Wolfgang von; BRÜHE, Roland (Hrsg.): Handbuch Pflegedidaktik I 2024, S. 319-344

KLAFFKI, Wolfgang: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik 1993

KLAUBER, Jürgen; WASEM, Jürgen; BEIVERS, Andreas; MOSTERT, Carina (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023. Berlin, Heidelberg 2023

KLIEME, Eckhard; LEUTNER, Detlev: Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. Beschreibung eines neu eingerichteten Schwerpunktprogramms der DFG. Zeitschrift für Pädagogik 52 (2006) 6, S. 876-903. In: Zeitschrift für Pädagogik 52 (2006)

KNIGGE-DEMAL, Barbara: Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: SIEGER, M. (Hrsg.): Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung 2001, S. 14-29

KOMPETENZZENTRUM DIGITALFUNK NRW (Hrsg.): Sprechfunkausbildung NRW 2023. URL: https://lernkompass.idf.nrw/ilias.php?baseClass=ilrepositorygui&reloadpublic=1&cmd=&ref_id=1 (Stand: 01.01.2026)

KOMPETENZZENTRUM PFLEGE IM BEVÖLKERUNGSSCHUTZ (Hrsg.): KatNu - Ihre App für Pflege im Bevölkerungsschutz 2026. URL: <https://www.pflege-im-bevoelkerungsschutz.de/> (Stand: 18.02.2026)

KÖRBÄCHER, Hugo; GRUHL, Monika: Mit Resilienz leichter durch den Alltag. Das Trainingsbuch. 1. Aufl. Freiburg im Breisgau 2012. URL: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1258823>

KRICK, Tobias: Evaluation und Bewertung von digitalen technologischen Innovationen in der Pflege 2023.

KÜHNE, J HOMFELDT, J. (Hrsg.): Stromausfall im Krankenhaus – Das Licht bleibt an, aber ... BBK Bevölkerungsschutz 3 2023. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BSMAG_Artikel/2023-03/2023-03_07.pdf?__blob=publicationFile

LANGE, Berit; JAEGER, Veronika K.; HARRIES, Manuela; RÜCKER, Viktoria; STREECK, Hendrik; BLASCHKE, Sabine; PETERSMANN, Astrid; TOEPFNER, Nicole; NAUCK, Matthias; HASSENSTEIN, Max J.; DREIER, Maren; HOLT, Isabell von; BUDDE, Axel; BARTZ, Antonia; ORTMANN, Julia; KUROSINSKI, Marc-André; BERNER, Reinhard; BORSCHKE, Max; BRANDHORST, Gunnar; BRINKMANN, Melanie; BUDDE, Kathrin; DECKENA, Marek; ENGELS, Geraldine; FENZLAFF, Marc; HÄRTEL, Christoph; HOVARDOVSKA, Olga; KATALINIC, Alexander; KEHL, Katja; KOHLS, Mirjam; KRÜGER, Stefan; LIEB, Wolfgang; MEYER-SCHLINKMANN, Kristin M.; PISCHON, Tobias;

ROSENKRANZ, Daniel; RÜBSAMEN, Nicole; RUPP, Jan; SCHÄFER, Christian; SCHATTSCHEIDER, Mario; SCHLEGTENDAL, Anne; SCHLINKERT, Simon; SCHMIDBAUER, Lena; SCHULZE-WUNDLING, Kai; STÖRK, Stefan; TIEMANN, Carsten; VÖLZKE, Henry; WINTER, Theresa; KLEIN, Christine; LIESE, Johannes; BRINKMANN, Folke; OTTENSMEYER, Patrick F.; REESE, Jens-Peter; HEUSCHMANN, Peter; KARCH, André: Estimates of protection levels against SARS-CoV-2 infection and severe COVID-19 in Germany before the 2022/2023 winter season: the IMMUNEBRIDGE project. In: Infection 52 (2024) 1, S. 139-153

LEHNEN, Tanja: Simulationsbasierte Lehre Wissenschaftsbasierte Gestaltungsmöglichkeiten, Risikoerkennung und systematische Anwendungsformen einer effektiven Lernmethode. Pflegedidaktisch handeln. In: BRÜHE, Roland; GAHLEN-HOOPS, Wolfgang von (Hrsg.): Handbuch Pflegedidaktik I. 1. Aufl. 2024, S. 348-369

LEVY-CARRICK, Nomi: Mental Health Effects of Natural Disaster 2025. URL: https://www-massgeneralbrigham-org.translate.goog/en/about/newsroom/articles/mental-health-effects-natural-disasters?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=de&_x_tr_hl=de&_x_tr_pto=sge (Stand: 01.01.2026)

MELLHAMMAR, L.; LINDER, A.; TVERRING, J.; CHRISTENSSON, B.; BOYD, J. H.; SENDI, P.; AKESSON, P.; KAHN, F.: NEWS2 Is Superior to qSOFA in Detecting Sepsis with Organ Dysfunction in the Emergency Department (2019), S. 1-13

MILLER, Danielle T.; POKRAJAC, Nicholas; NGO, Jessica; GALLEGOS, Moises; DIXON, William; ROSZCZYNSKI, Kelly N.; NG, Kristen; TALEGHANI, Nounou; GISONDI, Michael A.: Simulation-Based Mastery Learning Improves the Performance of Donning and Doffing of Personal Protective Equipment by Medical Students. In: The western journal of emergency medicine 23 (2022) 3, S. 318-323

MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.): Konzept für die »Vorgeplante überörtliche Hilfe im Sanitäts- und Betreuungsdienst im Land Nordrhein-Westfalen« (VüH-SanBt NRW) 2024. URL: https://www.idf.nrw.de/rechtsvorschriften/eingebundene_dokumente/katastrophenschutz/weitere_katastrophenschutzkonzepte/241115_konzept_vueh-sanbt__version_2.pdf (Stand: 01.01.2026)

MINISTERIUM DES INNERN DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.): nora - Notruf-App | Die offizielle Notruf-App der Bundesländer 2021. URL: <https://www.nora-notruf.de/de-as/startseite> (Stand: 01.01.2026)

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Rahmenplan zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung Baden-Württemberg 2025. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Rahmen-KAEP-BW_2025.pdf (Stand: 01.01.2026)

MORENS, David M.; FOLKERS, Gregory K.; FAUCI, Anthony S.: What is a pandemic? In: The Journal of infectious diseases 200 (2009) 7, S. 1018-1021

MULDER, Martin: Competence-based Vocational and Professional Education. Bridging the Worlds of Work and Education 2017

NADEBORN, Diana; DITTRICH, Tilmann: Cybersicherheit in Krankenhäusern – Teil 2: vom Normalfall zum Notfall. In: International Cybersecurity Law Review 3 (2022) 2, S. 273-287

NEW SOUTH WALES HEALTH GOVERNMENT (Hrsg.): Decontamination Methods for Reuse of Filtering Facepiece Respirators. In: JAMA otolaryngology-- head & neck surgery 146 (2021) 8, S. 734-740

NIECKE, Alexander; HENNING, Michaela; HELLMICH, Martin; ERIM, Yesim; MORAWA, Eva; BESCHONER, Petra; JERG-BRETZKE, Lucia; GEISER, Franziska; BARANOWSKI, Andreas M.; WEIDNER, Kerstin; MOGWITZ, Sabine; ALBUS, Christian: Psychische Belastung des intensivmedizinischen Personals in Deutschland im Verlauf der COVID-19-Pandemie. Evidenz aus der VOICE-Studie. In: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 120 (2025) 4, S. 300-306

NOMURA, Shuhei; BLANGIARDO, Marta; TSUBOKURA, Masaharu; NISHIKAWA, Yoshitaka; GILMOUR, Stuart; KAMI, Masahiro; HODGSON, Susan: Post-nuclear disaster evacuation and survival amongst elderly people in Fukushima: A comparative analysis between evacuees and non-evacuees. In: Preventive medicine 82 (2016), S. 77-82

OSCHMIANSKY, Heidi; FEHRECKE-HARPE, Benjamin: Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen auf Katastrophen vorbereitet sein. In: neue caritas (2023) 2023

PFENNINGER, E.; ADOLPH, O.: Memorandum – Zur Vulnerabilität kritischer Infrastrukturen an Bundesdeutschen Kliniken. In: Notfall + Rettungsmedizin 20 (2017) 8, S. 673-681

PILZ, S.; POIMANN, H.; HERBIG, N.; HEUN, S.; HOLTEL, M.; PIVERNETZ, K.; RODE, S.; STAPENHORST, K.; WEBER, H.: SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation 2020. URL: https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf

RAITH, Eamon P.; UDY, Andrew A.; BAILEY, Michael; MCGLOUGHLIN, Steven; MACISAAC, Christopher; BELLOMO, Rinaldo; PILCHER, David V.: Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit. In: JAMA 317 (2017) 3, S. 290-300

RAUNER, Felix 2019: Messen beruflicher Kompetenzen, hrsg. von Felix Rauner. Berlin, Münster

RIES, Simone Brigitte: "Kompetenzmessung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung" in Anlehnung an das Teilprojekt „TEMA“ 2020.

ROBERT KOCH INSTITUT (Hrsg.): RKI-Ratgeber COVID-19. In: Epid Bulletin (2024a) 22, S. 3-14

ROBERT KOCH INSTITUT (Hrsg.): Nationaler Pandemieplan Teil I. Strukturen und Maßnahmen 2017a. URL: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Stand: 02.03.2026)

ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 24.4.2020) (2020)

ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): Nationaler Pandemieplan Teil I – Strukturen und Maßnahmen 2017b. URL: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ROBERT-KOCH-INSTITUT (Hrsg.): Nationale Pandemieplanung 2024b. URL: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Preparedness-und-Response/Pandemieplanung/nationale-pandemieplanung-node.html> (Stand: 24.02.2026)

ROSENBERG, Marshall B.: Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. 12. Aufl. Paderborn 2016. URL: https://search.fid-media.de/Search/Results?lookfor=doi_str_mv%3A10.5555%2F9783955716103+AND+collection%3AFID-MEDIEN-DE-15-KXP

ROWAN, Neil J.; LAFFEY, John G.: Unlocking the surge in demand for personal and protective equipment (PPE) and improvised face coverings arising from coronavirus disease (COVID-19) pandemic – Implications for efficacy, re-use and sustainable waste management. In: Science of the Total Environment (2021) 752, e142259

SAUER, Jochen: Katastrophenvorsorge - (k)ein Thema für die Pflege? Disaster Nursing - ein verdrängtes Handlungsfeld. In: Die Schwester Der Pfleger 51 (2012) 5

SCHAEFFER, Doris; GRIESE, Lennert; SINGH, Himal; EWERS, Michael; HURRELMANN, Klaus: Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten. Ergebnisse des HLS-GER 3. Zusammenfassung. Bielefeld 2025. URL: https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Aktuelles/HLS-GER_3/HLS-GER_3_Zusammenfassung.pdf (Stand: 25.02.2026)

SCHUCHARDT, Agnetha; PEPPERHOVE, Roman; GERHOLD, Lars (Hrsg.): Situationsbezogene Helferkonzepte zur verbesserten Krisenbewältigung. Ergebnisse aus dem Forschungsverbund ENSURE. Berlin 2017

SCHULZE-WUNDLING, Kai; OTTENSMEYER, Patrick F.; MEYER-SCHLINKMANN, Kristin M.; DECKENA, Marek; KRÜGER, Stefan; SCHLINKERT, Simon; BUDDE, Axel; MÜNSTERMANN, Dieter; TÖPFNER, Nicole; PETERSMANN, Astrid; NAUCK, Matthias; KARCH, André; LANGE, Berit; BLASCHKE, Sabine; TIEMANN, Carsten; STREECK, Hendrik: Immunity Against SARS-CoV-2 in the German Population. In: Deutsches Arzteblatt international 120 (2023) 19, S. 337-344

SENATSVERWALTUNG FÜR INNERES UND SPORT (Hrsg.): Begriffserklärung. Katastrophenschutz - Gefahrenabwehr im Land Berlin 2025. URL: <https://www.berlin.de/katastrophenschutz/organisation/begriffserklaerungen/begriffserklaerungen-1273876.php#lage%20> (Stand: 01.01.2026)

SIEGL, Johannes; KAMPS, Norbert: Notrufsysteme für Senioren & Pflege 2025. URL: <https://www.pflege.de/hilfsmittel/seniorennotruf/> (Stand: 01.01.2026)

SINGER, Benjamin J.; THOMPSON, Robin N.; BONSALL, Michael B.: The effect of the definition of 'pandemic' on quantitative assessments of infectious disease outbreak risk. In: Scientific reports 11 (2021) 1, S. 2547

STAATLICHE FEUERWEHRSCHULE WÜRZBURG (Hrsg.): Feuerwehr-Dienstvorschrift 800 (FwDV 800). Informations- und Kommunikationstechnik im Einsatz 2018. URL: <https://www.feuerwehr-lernbar.bayern/api/media/1088/raw/Feuerwehr-Dienstvorschrift%20800.pdf?version=1> (Stand: 08.07.2026)

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. 9,3 % der Gesamtbefölkerung haben eine schwere Behinderung 2024. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_281_227.html

STEINACKER, Anna Christine; BISCHOF, Lukas: Debriefing - entscheidend für den Lernerfolg. In: Pflegezeitschrift (2025) 78, S. 38-41

STREIBICH, Karl-Heinz; LENARZ, Thomas: Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Krisenzeiten. (acatech Impuls) 2021. URL: https://www.bing.com/search?q=Streibich%2C+K.-H.%2FLenarz%2C+T.&cvid=e3598810550b4aacb2a5a65836805bf1&gs_lcrp=EgRIZGdIKgYIABBFgDkyBggAEEUYOdIBCDExODVqMGoxqAIAAsAIA&FORM=ANAB01&PC=U531

TAMELING, Rainer: Die kognitiven Stresstheorien der Pathogenese und Salutogenese von Richard S. Lazarus und Aaron Antonovsky 2019

TECHNISCHES HILFSWERK (Hrsg.): Wie kann das THW angefordert werden? 2024. URL: https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Meldungen/Inland/2024/10/meldung_003_wie-kann-das-thw-angefordert-werden.html

TEICHERT, Ute; TINNEMANN, Peter: Krisenmanagement. Lehrbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Berlin 2020

TEICHMANN, Fabian M.: Cyberangriffe auf Kliniken: Patientengefährdung, rechtliche Pflichten und ethische Herausforderungen. In: Ethik in der Medizin (2026)

TELIEPS, Johanna; PETERS, Miriam; FALKENSTERN, Malte; SAUL, Surya: Kompetenzen für die Digitalisierung in der pflegeberuflichen Bildung . Bonn 2022. URL: file:///fsa/share/home/uas0035842/Downloads/634e6d62c2d80_WDP%20239_Telieps_Digitale_Kompetenzen.pdf

TOMAS, Myreen E.; KUNDRAPU, Sirisha; THOTA, Priyaleela; SUNKESULA, Venkata C. K.; CADNUM, Jennifer L.; MANA, Thriveen S. C.; JENCSON, Annette; O'DONNELL, Marguerite; ZABARSKY, Trina F.; HECKER, Michelle T.; RAY, Amy J.; WILSON, Brigid M.; DONSKEY, Curtis J.: Contamination of Health Care Personnel During Removal of Personal Protective Equipment. In: JAMA internal medicine 175 (2015) 12, S. 1904-1910

TOOMEY, Elaine C.; CONWAY, Yvonne; BURTON, Chris; SMITH, Simon; SMALLE, Michael; CHAN, Xin-Hui S.; ADISESH, Anil; TANVEER, Sarah; ROSS, Lawrence; THOMSON, Iain; DEVANE, Declan; GREENHALGH, Trish: Extended use or reuse of single-use surgical masks and filtering face-piece respirators during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A rapid systematic review. In: Infection control and hospital epidemiology 42 (2021) 1, S. 75-83

TOROMANOVA, Ana; FANGMEYER, Martin; KLERINGS, Irma; NEUBAUER-BRUCKNER, Camilla Irene Amei: Wie erleben Personen mit infektiösen Erregern die aktive Isolation im Krankenhaus? Update. Rapid Review 2025. URL: https://ebninfo.at/antwortdokumente/Rapid_Review_09_2025_Update_Isolation_Erleben.pdf (Stand: 02.03.2026)

TÜV NORD (Hrsg.): eCall-Notrufsystem: So funktioniert der automatische Notruf 2025. URL: <https://www.tuev-nord.de/de/wissen/ratgeber-und-tipps-mobilitaet/ecall-notrufsystem/> (Stand: 01.01.2026)

UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION (Hrsg.): Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030 2015. URL: https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf?startDownload=true (Stand: 01.01.2026)

VERBEEK, Jos H.; RAJAMAKI, Blair; IJAZ, Sharea; SAUNI, Riitta; TOOMEY, Elaine; BLACKWOOD, Bronagh; TIKKA, Christina; RUOTSALAINEN, Jani H.; KILINC BALCI, F. S.: Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. In: The Cochrane database of systematic reviews 4 (2020) 4, CD011621

Verordnung (EU) 2016/425 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2016 über persönliche Schutzausrüstungen und zur Aufhebung der Richtlinie 89/686/EWG des Rates 2016. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/425/oj>

VOSS, Martin; DITTMER, Cordula; SCHULZE, Katja; RÜGER, ANJA BOCK, NICKOLAS (Hrsg.): Katastrophenbewältigung als sozialer Prozess: Vom Ideal-zum Realverständnis von Risiko-, Krisen- und Katastrophenmanagement. Notfallvorsorge 2022. URL: https://www.geo.fu-berlin.de/geog/fachrichtungen/anthrogeog/katastrophenforschung/publikationen/Dittmer_2_NV_01_22.pdf (Stand: 01.01.2026)

WANG, C.; XU, R.; ZENG, Y.; ZHAO, Y.; HU, X.: A comparison of qSOFA, SIRS and NEWS in predicting the accuracy of mortality in patients with suspected sepsis: A metaanalysis. In: PloS one 17 (2022) 4, e0266755

WHO (Hrsg.): WHO Glossary for Health Emergency and Disaster Risk Management. 1. Aufl. Geneva 2020. URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=31498790>

WIETECK, Pia: Ausbildungsleitfaden Pflege: Kompetenzförderung durch lernergebnisorientierte Ausbildungsnachweise. 5. Aufl. 2020

WIRTH, Lena Marie; GARTHAUS, Marcus; JALAß, Isabel; RÖSLER, Ulrike; SCHLICHT, Larissa; MELZER, Marlen; HÜLSKEN-GIESLER, Manfred: Kurz- und mittelfristiger Technologieeinsatz in der Pflege 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Hrsg.): COVID-19-Mid-Year-Report-2022 2023. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/who-s-response-to-covid-19-2022-mid-year-report>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Hrsg.): Rational use of personal protective equipment for COVID-19 and considerations during severe shortages 2020. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f7043973-d264-479d-a457-8398fbd1f92d/content> (Stand: 02.03.2026)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Hrsg.): Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance 2013. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/pandemic-influenza-risk-management.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Hrsg.): Psychological first aid: Guide for field workers 2011. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e7e129fb-b306-496d-84a5-67bb70abc130/content> (Stand: 01.01.2026)

WURMB, T.; KIPPNICH, M.; SCHWARZMANN, G.; MEHLHASE, J.; VALOTIS, A.; FIRNKES, T.; BRAUNGARDT, J.; ERTL, G.: Vollaussfall der Informationstechnologie im Krankenhaus : Entwicklung eines Konzepts zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung. In: Der Unfallchirurg 123 (2020) 6, S. 443-452

ZUCHOWSKI, Matthias L.; HENZLER, Dennis; LAUERER, Michael; GÖLLER, Aydan; YANG, Mia J.; FLOHR, Johanna; ALSCHER, Mark D.; NAGEL, Eckhard: Klinisches Krisenmanagement im Krankenhaus – Kommunikation und Leadership als Schlüsselgrößen der organisationalen Resilienz. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 29 (2024) 04, S. 227-235

Vorläufige Ausgabe