

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18 WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
18/1449**

A41



DRK Landesverband Nordrhein e. V. · Auf'm Hennekamp 71 · 40225 Düsseldorf
DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V. · Sperlichstraße 25 · 48151 Münster

**DRK Landesverband
Nordrhein e. V.**

Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Auf'm Hennekamp 71
40225 Düsseldorf
www.drk-nordrhein.de

Vorsitzender des Vorstandes
Hartmut Krabs-Höhler
Tel. 0211 3104 210
Fax 0211 3104 209

Düsseldorf und Münster, 17.04.2024

**DRK-Landesverband
Westfalen-Lippe e. V.**

Sperlichstraße 25
48151 Münster
www.drk-westfalen.de

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

Vorsitzender des Vorstandes
Dr. Hasan Sürgit
Tel. 0251 9739 109
Fax 0251 9739 297

das DRK in Nordrhein-Westfalen bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme an die Enquete-Kommission II „Krisen- und Notfallmanagement – durch die Lehren der Vergangenheit die Zukunft sicher gestalten“ (Drucksache 18/4346).

In der Anlage übersenden wir Ihnen unsere Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Hartmut Krabs-Höhler
Vorsitzender des Vorstandes
DRK Landesverband Nordrhein e. V.

Dr. Hasan Sürgit
Vorsitzender des Vorstandes
DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e. V.

**Die sieben Grundsätze der
Rotkreuz- und Rothalbmond-
bewegung**

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität

Krisen- und Notfallmanagement im Zusammenhang mit Pandemie (vulnerable Gruppen)

Stellungnahme des DRK in Nordrhein-Westfalen an die Enquete-Kommission II „Krisen- und Notfallmanagement – durch die Lehren der Vergangenheit die Zukunft sicher gestalten“ (Drucksache 18/4346)

Das DRK in Nordrhein-Westfalen bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme an die Enquete-Kommission II „Krisen- und Notfallmanagement – durch die Lehren der Vergangenheit die Zukunft sicher gestalten“ (Drucksache 18/4346).

Krisen, Großeinsatzlagen und Katastrophen treffen Menschen unterschiedlich stark. So liegt beispielsweise der Anteil älterer Menschen an Katastrophenopfern deutlich über ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung. In New Orleans waren zum Beispiel von den etwa 1.330 Toten infolge des Hurrikans „Katrina“ im Jahr 2005 rund 71 Prozent 65 Jahre und älter, obgleich die ältere Bevölkerung (60 Jahre und älter) dort nur einen Anteil von 15 Prozent hatte. Bei der Katastrophe in Japan in Fukushima-Daiichi 2011 (Erdbeben, Tsunami und Verstrahlung) verstarben etwa 18.000 Menschen (56 Prozent), von denen mehr als die Hälfte 65 Jahre oder älter war, während ihr Bevölkerungsanteil in der Region bei 23 Prozent lag. Die Todesrate bei Menschen mit Behinderungen war bei diesem Ereignis bis zu vier Mal höher. Im Hitzesommer 2015 lag in der Schweiz der Anteil der älteren Menschen unter den Toten bei 77 Prozent, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung hingegen nur bei 18 Prozent. Im Jahrhundertssommer 2003 starben in zwölf europäischen Staaten rund 70.000 Menschen hitzebedingt. Auch hier waren vor allem ältere Menschen betroffen. Die Sterblichkeit der 75- bis 94-jährigen schnellte um 70 Prozent in die Höhe. Die meisten Menschen starben in Krankenhäusern (45 Prozent), aber auch zu Hause (35 Prozent) oder in Alteneinrichtungen (19 Prozent).

Die unterschiedliche Betroffenheit von Menschen lässt sich nicht allein durch die Nähe zum Schadensgebiet erklären, sondern ist vor allem von dem Zusammenwirken verschiedener sozialer und situativer Faktoren anhängig. Das Wissen darüber, welcher Personenkreis im Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis besonders verletzlich ist und Unterstützung benötigt, ist eine zentrale Voraussetzung für die zielgerichtete Planung von Maßnahmen durch Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben. Nur wenn besonders betroffene Personen identifiziert werden, können die begrenzten Ressourcen des Bevölkerungsschutzes gezielt eingesetzt werden, um die Hilfsbedarfe der Bevölkerung adäquat zu adressieren.

Als zentraler Akteur im Bevölkerungsschutz ist diese Frage für das DRK als humanitäre Organisation essenziell, um für Betroffene gemäß seines Grundsatzes der Hilfe nach dem Maß der Not leisten zu können. Aus diesem Grund hat sich das DRK bereits in mehreren Forschungsprojekten mit der Frage befasst, wie die Anfälligkeit der Bevölkerung gegenüber Krisen und Katastrophen (Vulnerabilität) reduziert und ihre Widerstandsfähigkeit (Resilienz) verbessert werden kann:

Im Projekt KOPHIS („Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“) hat das DRK in der Modellregion Willich (Kreis Viersen) untersucht, welche speziellen Bedürfnisse und Fähigkeiten ältere und ambulant pflegebedürftige Menschen im Rahmen von Krisen und Katastrophen

aufweisen und wie diese in Katastrophenschutzplanungen besser berücksichtigt werden können. Im Projekt INVOLVE („Verringerung von Vulnerabilität durch freiwilliges Engagement“) ist das Wissen darüber, welche Zielgruppen des Bevölkerungsschutzes besondere Unterstützung benötigen und welche konkreten Bedürfnisse sie haben, als eine zentrale Bedingung für die Stärkung von gesellschaftlicher Resilienz identifiziert worden. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen hat das Projekt AUPIK („Aufrechterhaltung von ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen“) Konzepte erarbeitet, wie der Bevölkerungsschutz und die ambulanten Pflegestrukturen enger zusammenarbeiten können, um eine bedarfsgerechte Unterstützung von zu Hause gepflegten Menschen in Krisensituationen zu ermöglichen.

1. Identifikation von Zielgruppen für das Gesundheitssystem

Aus Sicht des DRK stehen besonders vier Zielgruppen als vulnerabel im Mittelpunkt der Betrachtungen:

a) Ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen

Beide Personengruppen haben aus medizinischer Sicht oft eine höhere Prävalenz von chronischen Erkrankungen und sind anfälliger für Komplikationen bzw. haben ein erhöhtes Risiko im Zusammenhang mit Krankheiten. Daraus ergibt sich oftmals die Notwendigkeit von einer (regelmäßigen) medizinischen Betreuung und/oder der Nutzung von medizinischen Geräten, welche auf eine elektrische Versorgung angewiesen sind und/oder technischer Alltagshilfen wie Gehhilfen, Rollstuhl usw. benötigen.

Weiter kommt es altersbedingt bzw. bei Menschen mit einer geistigen Behinderung auch dazu, dass kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sind. Ältere Menschen sind auch oftmals allein bzw. auf sich allein gestellt. Ähnliches kann auch für Menschen mit Behinderungen gelten. Dieser Umstand macht sie gegenüber akuten Gefahrenlagen besonders verwundbar, selbst wenn sie (noch) in einer häuslichen Gemeinschaft leben. Beide Gruppen sind auf externe Unterstützung wie beispielsweise Pflegedienste oder Alltagshelfer angewiesen.

b) Kinder und Säuglinge

Säuglinge und Kinder bis zu einem bestimmten Alter sind immer auf die Unterstützung der Erziehungsberechtigten bzw. von Verwandten angewiesen. Säuglinge, Kinder und Jugendliche haben außerdem ein noch nicht voll entwickeltes Immunsystem und sind daher anfälliger für Infektionen und Krankheiten.

Neugeborene und Kinder sind zudem besonders schutzbedürftig, weshalb sie eine spezialisierte medizinische Versorgung benötigen. Eine Aufsicht ist (abhängig) vom Alter immer notwendig. Als ein Beispiel ist hier die Schwimmfähigkeit zu nennen. Diese Kultur- und Selbsthilfefähigkeit ist bereits seit langem nicht mehr selbstverständlich.

c) Sozial benachteiligte Menschen

Sozial benachteiligte Menschen wie Personen mit niedrigem Einkommen, Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund, obdachlose Personen oder Menschen ohne Krankenversicherung stehen oft vor finanziellen oder sozialen Barrieren, die es ihnen erschweren, medizinische Versorgung zu erhalten.

In akuten Notlagen fehlt es diesen Personengruppen oft an der notwendigen Anbindung an Sicherungssysteme und Vernetzungen im Gesundheitswesen. Dies kann dazu führen, dass sie nicht rechtzeitig die benötigte medizinische Hilfe erhalten und somit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Komplikationen ausgesetzt sind.

d) Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen

Menschen aus anderen Kulturkreisen, insbesondere Menschen mit Fluchthintergrund, sind oftmals noch nicht in unserer Gesellschaft integriert oder verwurzelt. Neben einer möglichen Sprachbarriere fehlt es unter Umständen an Zugang zu an sich selbstverständlichen Selbstsicherungssystemen. Eine akute Notfallsituation in einem „fremden Land“ stellt hier eine besondere Herausforderung dar.

Ganz besonders ist dies zu betrachten, wenn es Schnittmengen mit den vorgenannten anderen Gruppen gibt.

2. Herausforderungen zum Schutz vulnerabler Gruppen

Eine besondere Herausforderung ist die Anbindung der Personengruppen an Netzwerke. Es fehlt in jeder Hinsicht an einer Übersicht darüber, wer zu welcher Gruppe gehört und wo diese Menschen zu finden sind, die eine erhöhte Aufmerksamkeit oder besondere Hilfe benötigen.

Hier spielen ein ungleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen und -systemen, Örtlichkeiten (soziale Brennpunkte oder ländlicher Raum), finanzielle Barrieren, Alltagsdiskriminierung oder eine fehlende Vernetzung im Sozialraum eine wichtige Rolle. Eine soziale Anbindung an Freunde oder Familie ist ggf. eingeschränkt oder vor Ort nicht (mehr) gegeben. Beispielhaft sind hier ältere alleinstehende Menschen oder Geflüchtete zu nennen.

So es einzelne Akteure zur Unterstützung gibt, gelingt die Zusammenarbeit zwischen diesen einzelnen Akteuren oftmals nur punktuell, nicht strukturell. Auch hier fehlt das Netzwerk im Sozialraum. Maßnahmen sind oft Projektarbeiten, die zeitlich begrenzt sind und auf Grund fehlender Finanzierung wieder eingestellt werden bzw. durch andere Projekte, für die es dann eine Finanzierung gibt, abgelöst werden. Diese schließen nicht zwangsläufig an das Vorgängerprojekt an. Teilweise wechseln auch die Akteure, wodurch entsprechende Informationen verloren gehen und keine Nachhaltigkeit geschaffen wird. Schließlich gibt es mitunter „Parallelwelten“, zwischen denen sich vulnerable Gruppen befinden: auf der einen Seite staatliche Strukturen und auf der anderen Seite nichtstaatliche Akteure, zwischen denen ein Austausch nicht immer gegeben ist.

Als besondere Akteure sind Angehörige der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und insbesondere die anerkannten Hilfsorganisationen zu nennen. Ihre Einsatzkräfte stehen regelmäßig in Kontakt mit der Öffentlichkeit und haben oftmals engen Kontakt zu betroffenen Personen. Dadurch bestand ein erhöhtes physisches und psychisches Risiko für das eingesetzte Personal. Einige Einsatzkräfte gehörten selbst zu einer vulnerablen Personengruppe zum Beispiel aufgrund ihres Alters, bestehender Gesundheitszustände oder anderer Risikofaktoren.

3. Lösungsansätze

Um den genannten Herausforderungen zu begegnen, ergeben sich folgende Lösungsansätze auf drei Ebenen. Vulnerabilität und Resilienz sollten als dynamisch und situativ verstanden werden:

a) Stärkung von Selbsthilfefähigkeit und Resilienz

Vulnerabler Personengruppen und deren Angehöriger sollten an dieser Stelle im Mittelpunkt stehen. Ein Beispiel sind Informationsveranstaltungen zum Thema Katastrophenvorsorge. Vulnerable Menschen sollten sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten wie alle anderen Menschen auf Katastrophen- und Krisenlagen vorbereiten können bzw. ihnen sollte ein Zugang geschaffen werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Arbeit im Sozialraum. Das Ziel ist es, eine inklusive Nachbarschaftsgemeinschaft zu schaffen, in der alle Bewohnerinnen und Bewohner zusammenkommen können, sich kennenlernen und die potenziellen Bedürfnisse der Gemeinschaft verstehen. Dies ermöglicht es, ein unterstützendes System zu etablieren, das nicht nur im Alltag, sondern auch in Krisensituationen greift und besonders vulnerable Personen berücksichtigt. Beispiele zur Stärkung der Nachbarschaftshilfe könnten gemeinsame Treffen, Austauschaktivitäten, runde Tische, Dialogforen, Schwarze Bretter und Informationsveranstaltungen zur Katastrophenvorsorge sein, welche die Bedürfnisse vulnerabler Personen im Blick haben. Außerdem könnte ein System zur gegenseitigen Unterstützung mit Lebensmitteln und anderen Ressourcen (Notfallvorräte) im Krisenfall eingerichtet werden.

Wichtig erscheint es weiterhin, klare Verantwortlichkeiten füreinander festzulegen und Schulungen anzubieten. Darüber hinaus könnten Schulungen für „Community-Organisationen“ zur Katastrophenvorsorge angeboten werden, um die Gemeinschaft besser auf Krisensituationen vorzubereiten. Ebenso sollten ambulante Pflegedienste Vorsorge leisten sowie lokal und regional gut vernetzt sein, um die geschilderten Herausforderungen in Zusammenarbeit mit Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sowie Angehörigen und weiteren aktiven zivilgesellschaftlichen Akteuren zu meistern.

b) Gefahrenanalyse und Maßnahmen auf staatlicher und kommunaler Ebene

Durchführung regelmäßiger Bedarfsanalysen und Risikobewertungen, um die spezifischen Bedürfnisse und Risiken vulnerabler Gruppen zu identifizieren. Politische Entscheidungsprozesse und Planungsaktivitäten müssen inklusiv gestaltet sein, um die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen zu berücksichtigen (z.B. Arbeitsgruppen, Beratungsgremien oder Expertengruppen).

Hierzu gehört auch eine strukturierte Zusammenarbeit mit anderen relevanten Akteuren wie zum Beispiel mit Gemeinschaftsgruppen, Nichtregierungsorganisationen, Bildungseinrichtungen, religiösen Institutionen usw., um sicherstellen zu können, dass die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen ganzheitlich und koordiniert berücksichtigt werden. Die Erstellung von Prioritätsregistern für Menschen, die akuten Notlagen nicht allein entgegentreten können oder evakuiert werden müssen und Notfallpläne zur Errichtung von Behelfspflege- und Unterbringungseinrichtungen.

c) Nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr und anerkannte Hilfsorganisationen

Vulnerable Bevölkerungsgruppen müssen bei den Planungen im Bereich der Krisen- und Katastrophenvorsorge unter Berücksichtigung verschiedener Einsatzszenarien mitgedacht werden. Viele Probleme, die während Krisen und Katastrophen sichtbar werden, sind in Alltagsstrukturen verwurzelt und können durch Maßnahmen der Krisenbewältigung nur begrenzt aufgefangen werden.

Auf praktischer Ebene kann jedoch eine engere und sozialräumlich verankerte Zusammenarbeit zwischen Bevölkerungsschutz und alltäglichen Versorgungsstrukturen dazu beitragen, die Bedürfnisse besonders vulnerabler Menschen in Notfallplänen zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass sie dabei unterstützt werden, ihre Fähigkeiten in Krisensituationen möglichst effektiv zu nutzen. Das Modell des sozialraumorientierten Bevölkerungsschutzes liefert hierfür einen sehr wertvollen Beitrag, da es einen Blick auf den sozialen Nahraum betroffener Personen legt und darauf abzielt, bestehende örtliche Ressourcen zu nutzen und die Bedarfe von besonders vulnerablen Menschen zu identifizieren.

Die Wissenslücken bei Einsatzkräften der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben in Krisen, Großeinsatzlagen und Katastrophen müssen geschlossen werden. Die Frage

lautet: Wo leben „meine“ vulnerablen Gruppen und welche Versorgungsbedürfnisse haben sie bzw. was benötigen sie? Der Bevölkerungsschutz muss besser auf zu Hause versorgte Pflege- und Hilfsbedürftige in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen vorbereitet werden. Der Perspektive im Pflegebereich ist auf den Alltag ausgerichtet und muss ebenfalls entsprechend ausgeweitet werden. Der Bevölkerungsschutz, das Gesundheitssystem und die Pflege müssen besser miteinander verzahnt werden, beispielsweise über das Instrument einer vernetzten (örtlichen und überörtlichen) Katastrophenschutzbedarfsplanung.

Einsatzkräfte von anerkannten Hilfsorganisationen und Mitarbeitende im Gesundheitssystem müssen geschult werden, um die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen vulnerabler Gruppen besser zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Dies umfasst auch die Schulung in kultureller Sensibilität und dem Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen. Das DRK hat hier für seine Einsatzkräfte im Bevölkerungsschutz erste zusätzliche Schulungsangebote mit den Ausbildungsmodulen Pflegeunterstützung und Vielfalts-Kompetenzen geschaffen.

Weiter muss auf Einsatzkräfte auch ein besonderes Augenmerk gerichtet werden. Einsätze in Notlagen sind für Einsatzkräfte psychisch belastend und für die Gesundheit besteht ebenfalls ein erhöhtes Risiko (abhängig vom Einsatz). Um diese Risiken zu minimieren und die Gesundheit der Einsatzkräfte bestmöglich zu schützen, müssen verschiedene Maßnahmen ergriffen werden. Einsatzkräfte brauchen eine angemessenen (Schutz-) Ausrüstung. Für das eingesetzte Personal muss ausreichend Unterstützung in Einsätzen bzw. bei der Nachsorge von Einsätzen gesichert werden, beispielsweise im Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung Einsatzkräfte (PSNV-E).

Düsseldorf und Münster, den 17.04.2024