



Katastrophenforschungsstelle

Policy Paper

Sicherstellung der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen im Katastrophenfall

Empfehlungen für
Katastrophenschutzbehörden
und andere politische Entscheider*innen

Katastrophenforschungsstelle

Disaster Research Unit

KFS Arbeitsmaterial Nr. 06

Katja Schulze, Dr.

Martin Voss, Prof. Dr.

Julia Schander, Dipl.-Soz. Tech.

Andrea Jungmann, Dipl.-Soz. Tech.

Zusammenfassung

Das vorliegende Policy Paper stellt die von der Katastrophenforschungsstelle (KFS) im Projekt KOPHIS generierten Handlungsvorschläge zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Hilfs- und Pflegebedürftigen für Katastrophenschutzbehörden und andere politische Entscheider*innen vor. Es werden fünf Zielbereiche fokussiert und jeweils theoretisch untermauert.

Projekt **KOPHIS** – Kontexte von **Pflege-** und **Hilfsbedürftigen stärken**

Das Projekt zielte darauf ab, pflege- und hilfsbedürftige Menschen in Privathaushalten für alle katastrophenrelevanten Phasen zu stärken, z.B. durch den Aufbau tragfähiger Netzwerke zwischen Pflege- und Hilfsbedürftigen und ihnen nahestehenden Personen, Pflegediensten und weiteren Unterstützer*innen aus der Zivilgesellschaft sowie Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben. Es wurden praxisorientierte Lösungsansätze entwickelt, um im Krisenfall das Wohlergehen von Pflege- und Hilfsbedürftigen sicherstellen zu können.

Projektlaufzeit

02/2016 - 04/2019

Projektpartner

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Berlin
Universität Stuttgart
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Katastrophenforschungsstelle (KFS) der Freien Universität Berlin
ZTM Bad Kissingen GmbH



Katastrophenforschungsstelle (KFS)

Die Katastrophenforschungsstelle (KFS) verfolgte in KOPHIS das Ziel, die Vulnerabilität von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen aus einer soziologisch und psychologisch geprägten Untersuchungsperspektive, am Beispiel eines Wintersturmszenarios, differenziert zu bewerten. Qualitative und quantitative Methoden wurden ergänzend eingesetzt und Handlungsempfehlungen entwickelt.

© 2019 KFS

Für den Inhalt des Dokuments sind allein die Autor*innen verantwortlich. Jede kommerzielle Nutzung der Dokumente, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige Zustimmung und Absprache mit den Autor*innen ausdrücklich verboten.

Zitierweise: Schulze, Katja, Voss, Martin, Schander, Julia; Jungmann, Andrea (2019): Sicherstellung der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen im Katastrophenfall. Empfehlungen für Katastrophenschutzbehörden und andere politische Entscheider*innen. KFS Arbeitsmaterial Nr. 06. Berlin: KFS. Online verfügbar unter: <http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung/publikationen/index.html>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-25422>

Impressum

Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin
FB Politik- und Sozialwissenschaften
Carl-Heinrich-Becker-Weg 6-10
12165 Berlin

Inhaltsverzeichnis

In aller Kürze.....	1
Vulnerabilitäten im Katastrophenfall	1
Zielbereich I: Vernetzung, Zusammenarbeit und Einbindung intensivieren.....	3
Zielbereich II: Wahrnehmung und Berücksichtigung spezieller Bedarfe durch Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben.....	6
Zielbereich III: Pflegedienste auf Extremsituationen vorbereiten	10
Zielbereich IV: Selbst- und Fremdhilfe der Bevölkerung stärken.....	12
Zielbereich V: Rahmenbedingungen schaffen	17
Fazit.....	19

In aller Kürze

Dieses Policy Paper stellt die von der Katastrophenforschungsstelle (KFS) im Projekt KOPHIS generierten Handlungsvorschläge zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Hilfs- und Pflegebedürftigen vor. Es richtet sich an Katastrophenschutzbehörden und politische Entscheider*innen. Nach einer kurzen Diskussion der Frage, was Menschen allgemein und Hilfs- und Pflegebedürftige im Speziellen vulnerabel macht, werden fünf Zielbereiche und auf diese gerichtete Empfehlungen erörtert:

- I. Vernetzung, Zusammenarbeit und Einbindung
- II. Wahrnehmung und Berücksichtigung spezieller Bedarfe durch Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS)
- III. Vorbereitung von Pflegediensten auf Extremsituationen
- IV. Selbst- und Fremdhilfe der Bevölkerung
- V. Rahmenbedingungen

Für jeden Zielbereich erfolgt zunächst eine theoretische Einbettung, an die sich die Handlungsempfehlungen getrennt für die Katastrophenschutzbehörden und für politische Entscheider*innen anschließen.

Vulnerabilitäten im Katastrophenfall

Jeder Mensch ist verletzlich, aber die Wahrscheinlichkeit Schaden zu nehmen, ist ungleich verteilt. Empirisch zeigt sich, dass diese Ungleichverteilung von Betroffenheiten nicht einfach auf besondere Personenmerkmale (wie Alter oder Grad einer Behinderung) zurückgeführt werden kann. Aussagekräftiger ist vielmehr eine differenzierte, situationsbezogene Analyse individueller, struktureller, sozialer, ökonomischer und anderer Kontextbedingungen, die in ihrem Zusammenwirken diese Vulnerabilitäten und ihre ungleiche Verteilung entstehen lassen.^[2-6]

Die besondere, d.h. überdurchschnittliche Vulnerabilität von Personen(gruppen) wurzelt in bereits im Alltag bestehenden Mustern,^[7-9] z. B. darin, wer welchen Zugang zu notwendigen Ressourcen hat.^[10-12] Die ungleiche Verteilung von Ressourcen bzw. Ressourcenzugängen in einer Gesellschaft behindert oder hindert einige Menschen, sich so wie es andere können, aus eigenen Kräften oder mit der Unterstützung anderer zu schützen.^[2, 13] Die Gestaltung des öffentlichen Raumes sorgt dafür, dass einige Menschen darin besser zurechtkommen als

Das Policy Paper thematisiert Handlungsempfehlungen, die bereits im Alltag umgesetzt werden können, da dort die Weichen für den Umgang mit Extremereignissen gestellt werden. Im Alltag entscheidet sich, wer besonders verletzlich sein wird und wer nicht. Das ist die kritische Phase, in der getroffene Maßnahmen den größten Erfolg versprechen.

Der Abbau von Vulnerabilitäten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Lösungen für Hilfs- und Pflegebedürftige und andere besonders gefährdete Menschen finden sich u. a. im politischen Engagement und in Strategien, den „Schwächsten“ unserer Gesellschaft den Zugang zu notwendigen Ressourcen zur Bewältigung von Katastrophen zu ermöglichen. Die unterbreiteten Handlungsempfehlungen sind daher nicht ausschließlich für hilfs- und pflegebedürftige Menschen formuliert.

Ergänzt wird das Policy Paper durch ein Manual mit praxisrelevanten Empfehlungen und Materialien für die operative Ebene der BOS.^[1]

andere^[14] und auch die Art und Weise, wie Informationen vermittelt werden, bevorteilt die einen und benachteiligt dazu im Verhältnis die anderen. Diese alltäglichen sozialen Barrieren wirken in Extremsituationen häufig in veränderter Form fort.^[15] Werden spezielle Bedarfe, z. B. in der Kommunikation, beim Transport, bei der Unterbringung oder bei der medizinischen Versorgung von professionellen Hilfskräften nicht wahrgenommen oder nicht berücksichtigt, werden Menschen vulnerabel (gemacht). Es ist daher irreführend, Menschen aufgrund bestimmter Eigenschaften als vulnerabel zu bezeichnen, nur weil die Gesellschaft nicht immer schon die Bedarfe aller gleichermaßen berücksichtigt. Vielmehr erwachsen Vulnerabilitäten aus dem Zusammenspiel sozioökonomischer Bedingungen und individueller Eigenschaften^[7] (Beispiele dafür siehe **Table 1**). Diese Bedingungen und ihre Wirkung im Zusammenspiel mit individuellen Eigenschaften zu verstehen, ist Voraussetzung zum Abbau von Vulnerabilitäten.

Tabelle 1: Beispiele für das Zusammenspiel verschiedener Kontextbedingungen für Vulnerabilität

Situation	Besonders gefährdet, z. B.:	Wenn mehrere der folgenden Bedingungen zusammenwirken, wie z. B.:
Extreme Hitze	Ältere Menschen (Bsp. Hitzewelle 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - niedriger sozioökonomischer Status, weshalb sie z. B. häufiger in für Hitze ungünstigen Regionen (fehlende Grünflächen) bzw. schlecht isolierten Gebäuden wohnen - soziale Isolation, weshalb Warnungen oder Handlungshinweise nicht erhalten werden oder Unterstützung nicht gewährleistet ist - körperliche Vorerkrankungen bzw. schlechter Gesundheitszustand - ungünstige Bewältigungsstrategien (z. B. in der heißen Wohnung verbleiben); fehlendes Wissen über adäquate Handlungsstrategien
Stromausfall	Menschen, die auf strombetriebene Gerätschaften angewiesen sind (z.B. Heimdialyse)	<ul style="list-style-type: none"> - keine Notstromversorgung, weil z.B. kein Bewusstsein für die Notwendigkeit dafür vorhanden ist oder die finanziellen Möglichkeiten fehlen - keine Alternativversorgung, weil es keine Regelungen dafür gibt - keine schnelle Verlegung in ein Krankenhaus möglich, weil bspw. nicht bekannt ist, wer eine Verlegung benötigt oder weil Krankenhäuser keine Kapazitäten haben
Evakuierung, z.B. im Falle einer Bombenentschärfung	Menschen mit motorischen Einschränkungen (z. B. Rollstuhlfahrer*innen; Bettlägerige)	<ul style="list-style-type: none"> - keine barrierefreien Flucht- oder Evakuierungsmöglichkeiten - keine auf ihre Bedarfe abgestimmten Evakuierungspläne, sodass sie in Gebäuden zurückgelassen werden (müssen) - keine Evakuierungsübungen - keine bevorzugte Hilfe bei Evakuierungen - die Anzahl in einer Region ist nicht bekannt und so kann keine abgestimmte Ressourcenplanung erfolgen - bei Rettungskräften besteht kein Wissen oder Bewusstsein über die besonderen Bedarfe - keine adäquaten bzw. erreichbaren Notunterkünfte, weshalb die Personen lieber im eigenen Haushalt verbleiben
	Menschen mit sensorischen Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Warnungen und Hinweise nicht auf Menschen mit sensorischen oder kognitiven Einschränkungen abgestimmt, weshalb sie bspw. die Aufforderung zur Evakuierung nicht erhalten bzw. Notausgänge nicht finden
Nicht passierbare Verkehrswege	Menschen, die auf Versorgung durch andere (bspw. Pflegedienste) angewiesen sind	<ul style="list-style-type: none"> - kein Notfallplan bei den Pflegediensten - kein Triagesystem bei den Pflegediensten - keine vorab organisierte alternative Versorgungsmöglichkeit, z. B. durch Nachbar*innen - kein Notfallplan bei den zu versorgenden Personen - keine Möglichkeit, Rettungskräfte zu involvieren

Hilfs- und Pflegebedürftige: Im BMBF-geförderten Projekt KOPHIS¹ wurde die Situation einer potenziell vulnerablen Personengruppe, die der ambulant betreuten Hilfs- und Pflegebedürftigen², untersucht. Im Dezember 2017 waren in Deutschland 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig, wovon 76 % (2,6 Millionen) zu Hause gepflegt wurden.^[18] Die Zahl Hilfsbedürftiger ohne anerkannten Pflegegrad ist nicht bekannt; es kann von weiteren 6,5 Millionen Menschen in Deutschland ausgegangen werden,^[19,20] welche ebenfalls überwiegend ambulant betreut werden.

In Deutschland leben demnach ca. 10 Millionen Menschen mit einem Hilfs- oder Pflegebedarf, das heißt mehr als jede*r zehnte in Deutschland Lebende ist hilfs- oder

pflegebedürftig. Diese Zahl wird zukünftig stark ansteigen.^[21]

Die Projektergebnisse verdeutlichen, dass nicht die Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit an sich, sondern erst das Zusammenwirken mit anderen Bedingungen zu einer erhöhten Gefährdung einer Person führt (siehe **Abbildung 1**).^[17, 19]

¹ www.kophis.de; Das Projekt und dessen Ergebnisse sind zusammengefasst bei Krüger und Max (2019).^[16]

² Die zugrunde gelegten Definitionen finden sich bei Schander et al. (2019)^[17] und Schulze et al. (2019).^[1]

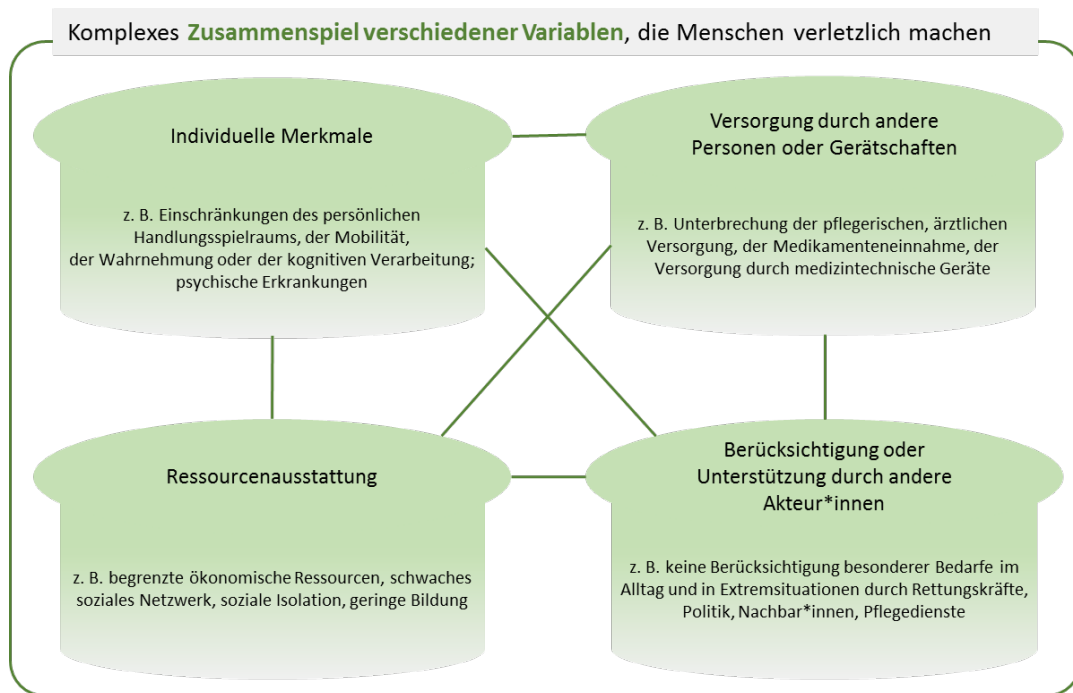


Abbildung 1: Interagierende Variablen, die Menschen verletzlich machen (mit Fokus auf Hilfs- und Pflegebedürftige)

Zielbereich I: Vernetzung, Zusammenarbeit und Einbindung intensivieren

An der Bewältigung von Extremsituationen im Kontext von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind verschiedene Akteur*innengruppen beteiligt. Außerhalb von Extremsituationen haben diese Akteur*innengruppen kaum Berührungspunkte; weder kennen sie sich zwangsläufig noch wissen sie über die Arbeitsweisen oder -abläufe der jeweils anderen Bescheid. ^[22] Jede Akteur*innengruppe verfügt jedoch über spezielle Informationen, Fähigkeiten, Ressourcen oder Technologien, die sich ergänzen (siehe **Tabelle 2**).

Pflegedienste: Gerade mit Blick auf fehlende Informationen über vulnerable Menschen und deren Bedarfe kann für Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) eine Vernetzung und eine Zusammenarbeit mit Pflegediensten bereichernd sein. Eine Weiterleitung wichtiger Daten erfolgt derzeit nicht, da untereinander nicht bekannt ist, wer welche Daten braucht bzw. hat und es keine gesetzliche Verpflichtung sowie datenschutzrechtlichen Regelungen dazu gibt. ^[23]

Hilfs- und Pflegebedürftige: Hilfs- und Pflegebedürftige bzw. ihre Interessenvertreter*innen können am besten Auskunft über ihre Unterstützungsbedarfe und -ressourcen geben. Darüber hinaus haben viele von ihnen wertvolle Erfahrungen gesammelt und Bewältigungsstrategien entwickelt, die sie an Katastrophenschutzbehörden oder andere Menschen weitergeben können. ^[24, 25] Unter Menschen mit Behinderungen konnte z. B. ein

hohes Maß an Aktivismus beobachtet werden. ^[26] 50 % der Menschen mit Behinderungen würden gern im Katastrophenschutz mitarbeiten. ^[27] Eine partizipative Einbindung besonders gefährdeter Gruppen kann diese sowohl im Vorfeld, als auch bei der Bewältigung von Extremsituationen stärken. ^[28–30]

Bevölkerung: In Extremsituationen zeigte sich in der Vergangenheit ein hohes Maß an gegenseitiger Unterstützung unter der Bevölkerung. ^[31–34] Bezogen auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen scheint die Hilfsbereitschaft noch höher zu liegen. ^[19] Nach Ansicht der Vertreter*innen der BOS ist diese Unterstützung im Katastrophenfall wichtig und erforderlich, da die Situation allein nicht zu bewältigen ist. ^[35] Derzeit mangelt es noch an einer Zusammenarbeit mit bzw. einer Einbindung von sogenannten ungebundenen oder Spontanhelfenden. ^[35, 36] Gründe dafür und wie eine Zusammenarbeit erfolgreich gestaltet werden kann, wurden u. a. im Projekt ENSURE unter Beteiligung der Katastrophenforschungsstelle erarbeitet. ^[36–38]

Die Entwicklung von engen Beziehungen und Kooperationen zwischen öffentlichen Gesundheitsbehörden, Pflege- oder anderen Diensten, Einsatzkräften und weiteren relevanten Stellen verbessert die Koordinierung, Kommunikation und Reaktion in Notfallsituationen. ^[39] Über Synergieeffekte können Kosten der einzelnen Beteiligten gesenkt werden.

Tabelle 2: Bedarfe und Potenziale wichtiger Akteur*innengruppen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen in Extremsituationen

Akteur*innengruppen benötigen	... verfügen über
Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen über spezielle Bedarfe ▪ Informationen darüber, wo sich Hilfs- und Pflegebedürftige aufhalten ▪ Kenntnisse im Umgang mit und der Versorgung von Pflegebedürftigen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umfangreiche Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich der Katastrophenbewältigung ▪ wichtige Materialien und Ausrüstungen
Pflegeinfrastruktur (z. B. Pflegedienste), Unterstützungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich der Katastrophenbewältigung ▪ ggf. Hilfe bei der Versorgung ihrer Kund*innen in Extremsituationen ▪ frühzeitige Informationen, z. B. über gesperrte Straßen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen über spezielle Bedarfe, Versorgungsstrukturen, alternative Versorgungsmöglichkeiten ▪ Informationen, wo sich Hilfs- und Pflegebedürftige befinden ▪ Kenntnisse im Umgang und der Versorgung von Hilfs- und Pflegebedürftigen ▪ ggf. Zugang zur Wohnung ▪ gute Vernetzung untereinander
Dienstleister (z. B. Fahrdienste; Essen auf Rädern)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spezialausrüstung (z. B. Behindertenfahrzeuge) ▪ Informationen über die Hilfs- und Pflegebedürftigen
Hilfs- und Pflegebedürftige, privates Netzwerk, Interessenvertreter*innen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ggf. Hilfe bei der Versorgung in Extremsituationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen über spezielle Bedarfe, Versorgungsstrukturen, alternative Versorgungsmöglichkeiten ▪ Informationen, wo sich Hilfs- und Pflegebedürftige befinden
Generelle Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ggf. Hilfe in Extremsituationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfepotenzial ▪ Unterstützungspotenzial

Fazit: Akteur*innengruppen außerhalb der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben stellen ein wertvolles, aber oft übersehenes Unterstützungspotenzial dar. Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

Zielbereich I: Vernetzung und Zusammenarbeit intensivieren

Handlungsempfehlungen für Katastrophenschutzbehörden

- **Netzwerk aufbauen** bzw. am Aufbau beteiligen, z. B. durch
 - Fortlaufende Identifikation der relevanten Akteur*innengruppen (z. B. mittels Netzwerkkarte ^[18])
 - Etablieren regelmäßiger Treffen (z. B. in Form von Runden Tischen; Sammelband)
 - Kennenlernen der Arbeitsweisen, des vorhandenen Knowhows, der Ressourcen, der Bedarfe bzw. Grenzen der anderen Akteur*innengruppen
 - Definition bzw. Abgrenzung von Rollen, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Unterstützungspotenzialen
 - Festlegung der Formen der Zusammenarbeit
- Insbesondere Pflegedienste, Interessenvertretungen und besonders gefährdete **Personengruppen einbinden**
- Von anderen Akteur*innengruppen lernen, z. B. **gemeinsame Schulungen bzw. Übungen** durchführen
- **Möglichkeiten des Informations- bzw. Datenaustausches** mit anderen Akteur*innengruppen eruieren
- Bereits bei **alltäglichen Einsätzen** stärker zusammenarbeiten
- Zusammenarbeit mit bzw. die **Einbindung von ungebundenen Helfenden** institutionalisieren

Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen

- **Verantwortliche*n** für die Vernetzung bestimmen (bevorzugt bei Gemeinde- oder Stadtverwaltung)
- **Schulungen und Empfehlungen** zum Thema „Vernetzung“ für verschiedene Akteur*innengruppen entwickeln und anbieten
- **Möglichkeiten zum Datenaustausch** schaffen, z. B. über gesetzliche Regelungen
- **Ressourcen** bereitstellen

Zielbereich II: Wahrnehmung und Berücksichtigung spezieller Bedarfe durch Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben

Zwar rücken vulnerable Personengruppen mehr und mehr ins Bewusstsein der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS), eine durchgehende und stringente Beachtung der vom Durchschnitt der Bevölkerung abweichenden Bedarfe fehlt aber noch weitgehend. ^[40, 41] Selten werden bei der Planung explizit vulnerable Personengruppen und ihre Bedarfe besonders berücksichtigt. ^[26, 42–46]

So werden spezielle Bedarfe sowohl bei alltäglichen Einsätzen als auch bei der **Risikoanalyse, bei Notfall-, Einsatz- oder Evakuierungsplänen, beim Betreuungsdienst oder bei der Kommunikation mit der Bevölkerung** nur bedingt bedacht (siehe **Zusätzliche Informationen**), was folgende Beispiele aus dem Projekt KOPHIS zeigen: ^[35]

- „Das ist genau das, was mir Angst macht. Was ist mit Insulinpatient X, der plötzlich wegen irgendeiner Katastrophe weggebracht werden muss? Wenn er sich nicht selbst äußern kann, woher soll der Rettungsdienst [...] wissen, dass dieser Mensch Insulin benötigt.“ (b5, Absatz 151)
- „Weil die einfach nur die Leute mitgenommen haben und darauf gehofft haben, dass die die adäquaten Antworten geben können, was sie aber nicht mehr geben konnten.“ (b5, Absatz 163)

Gründe: Begründet wird die mangelnde Berücksichtigung der Bedarfe u. a. mit:

- fehlenden Informationen über die vorhandenen speziellen Bedarfe ^[35]
- fehlenden Informationen darüber, wo sich Personen mit besonderen Bedarfen aufhalten ^[35]
- mangelndem Wissen darüber, wie die besonderen Bedarfe berücksichtigt werden können ^[26, 35, 42]
- fehlenden Materialien oder Richtlinien zur Arbeit mit vulnerablen Personengruppen ^[42]
- mangelnden finanziellen und personellen Ressourcen ^[23, 35, 42, 47]

Folgen: Das führt dazu, dass:

- nach dem Prinzip der Triage vorgegangen wird und damit auch Hilfs- und Pflegebedürftige durch das Raster fallen ^[23, 42]
- Hilfs- und Pflegebedürftige von vornherein als Verluste einkalkuliert werden (z. B. „Im Verlauf des Szenarios ist allerdings davon auszugehen, dass

Zusätzliche Informationen

Risikoanalysen

Risikoanalysen sollen die Grundlage für alle Planungen und Maßnahmen im Bevölkerungsschutz darstellen und als vorausschauendes Instrument erforderliche Bedarfe und Deckungslücken in den Kapazitäten der Gefahrenabwehr ermitteln. ^[75] In den vom BBK bereitgestellten Arbeitshilfen zur Erstellung von Risikoanalysen ^[48] werden potenziell vulnerable Menschen als Verluste einkalkuliert ohne Optionen aufzuzeigen, wie diese Verluste vermieden werden können; bei den Punkten Personenbeförderungsbedarf, Unterbringung oder Verpflegung werden besondere Bedarfe nicht thematisiert; getroffene Maßnahmen konzentrieren sich auf stationär untergebrachte Menschen. Eine differenziertere Bedarfsermittlung und Identifikation geeigneter Maßnahmen, diese Bedarfe zu berücksichtigen, erfolgt nicht.

Evakuierungsplanung

Schätzungsweise 2 % der Bevölkerung würden nach eigener Einschätzung bei einer Evakuierung Hilfe vom Rettungsdienst oder der Feuerwehr benötigen. ^[19] Die anderen bräuchten keine Hilfe oder bekommen Hilfe aus dem privaten Umfeld. Bei vergangenen Extremsituationen waren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen der Sehfähigkeit und ältere Menschen besonders gefährdet. Diese Menschen brauchen bei einer Evakuierung länger ^[76] bzw. sie ist ihnen unmöglich, wenn es keine auf ihre Bedarfe abgestimmten Evakuierungspläne oder -übungen gibt. ^[26] Die meisten Evakuierungspläne erfordern die Fähigkeit zu gehen oder zu fahren, zu sehen und zu hören; ^[41] nur selten gibt es barrierefreie Notausgänge. In Evakuierungsplänen werden Menschen mit speziellen Bedarfen nicht priorisiert und bei Evakuierungen teilweise zurückgelassen. ^[26] Es besteht ein Mangel an Ressourcen und geeigneten Transportmitteln. ^[15]

Personen, die von medizinischen Geräten [...] abhängig sind, nicht rechtzeitig geholfen werden kann, und diese versterben. [...] Die benötigten Ressourcen konzentrieren sich auf [...] Notfallseelsorge.“^[48])

- den Hilfs- und Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen die Verantwortung zur Selbsthilfe übertragen wird³

Zusätzliche Informationen

Kommunikation mit der Bevölkerung

Bei der Kommunikation mit und der Informierung der Bevölkerung nutzen die Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben zwar verschiedene Medien und denken auch unterschiedliches Nutzungsverhalten (z.B. Smartphones) mit, körperliche Voraussetzungen oder Einschränkungen spielen zum überwiegenden Teil aber noch keine Rolle. So sind bei einem Stromausfall bspw. Lautsprecherdurchsagen zur Informierung und Lichtinseln als Anlaufstellen geplant,^[35] die hör- bzw. sehbeeinträchtigte Menschen nicht wahrnehmen können. Das verhindert eine Selbsthilfe.

Zusätzliche Informationen

Notunterkünfte und Notversorgung

Notunterkünfte, die spezielle Bedarfe gefährdeter Personengruppen außer Acht lassen, können von diesen nicht genutzt werden.^[26] Die größten Hindernisse bei der Nutzung von Notunterkünften sind fehlende Erreichbarkeit und fehlende Barrierefreiheit, fehlendes medizinisches und pflegerisches Personal bzw. Ausstattung (z. B. Pflegebetten), fehlende Berücksichtigung diätetischer Anforderungen und eine nicht auf hör- und sehbeeinträchtigte Menschen abgestimmte Informationspolitik innerhalb der Unterkünfte.^[40, 68, 69] Personen mit körperlichen oder anderen Einschränkungen werden darüber hinaus oft bei der Verteilung von lebensnotwendigen Gütern wie Nahrung, Wasser oder in der medizinischen Versorgung übersehen bzw. sie können sich nicht in lange Warteschlangen anstellen. Diese Barrieren führen zu einer erhöhten Vulnerabilität der durch sie behinderten Menschen.

³ Teilnehmende*r der KOPHIS-Abschlussveranstaltung;
23./24.01.2019

Fazit: Werden spezielle Bedarfe nicht wahrgenommen und berücksichtigt, erhöht das die Verletzlichkeit besonders gefährdeter Menschen zusätzlich. Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

Zielbereich II: Wahrnehmung und Berücksichtigung spezieller Bedarfe durch Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben

Handlungsempfehlungen für Katastrophenschutzbehörden

- **Risikoanalysen, Notfall-, Einsatz- und Evakuierungsplanungen** sowie die Planung von Notunterkünften und der Notversorgung mit Blick auf verletzbare Personengruppen durchführen
- **Kommunikationsformen** als Standard etablieren, die verschiedene Kommunikationsbedarfe berücksichtigen, z. B. durch
 - Kombination verschiedener Kommunikationsformen (auditiv und visuell)
 - Persönliche Ansprache (z. B. durch Pflegedienste, Nachbar*innen)
 - Einsetzen von TV mit Untertitel oder Personal, das Zeichensprache kennt, in Notunterkünften
 - Menschen mit besonderen Bedarfen bereits im Vorfeld von Extremereignissen wichtige Informationen geben (z. B. wo sind für sie nutzbare Notunterkünfte, wie können sie dorthin gelangen, wo gibt es im Extremfall (Not-)Stromversorgung, Lebensmittel, Informationen)
- Kenntnisse über **Zusammensetzung der Bevölkerung** und ihre Bedarfe generieren, z. B. durch
 - Nutzung von frei verfügbaren Daten (z. B. statistische Landesämter)
 - Durchführen von Bedarfsanalysen
 - Zusammenarbeit und Austausch mit Akteuren, die wichtige Informationen haben (siehe Zielbereich I)
 - Einbinden von vulnerablen Personengruppen und deren Vertreter*innen in die Katastrophenvorsorge und die Planung von Notfallmaßnahmen (siehe Zielbereich I)
- **Anlauf- bzw. Meldestelle** einrichten, wo Pflegedienste melden können, welche*n Patient*in sie nicht versorgen können
- **Fachberater*innen** mit speziellen Kenntnissen über die differenzierten Bedarfe der Bevölkerung und bestehende Vulnerabilitäten im Stab einsetzen
- **Aus-, Fort- und Weiterbildungen** anpassen und anbieten, die für die Thematik sensibilisieren und notwendiges Wissen vermitteln
- **Materialien** und praktische Handreichungen v. a. für die operativen Kräfte entwickeln und verbreiten
- **Übungen** mit Blick auf spezielle Bedarfe durchführen und Menschen mit speziellen Bedarfen in Übungen (z. B. anstelle von Darsteller*innen) einbinden
- **Innerorganisationale Ressourcenumverteilung** andenken, z. B. weg von einem homogenen Bevölkerungsansatz hin zu spezifischen Hilfen für vulnerable Gruppen

Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen



- **Anreize schaffen**, z. B. in Form von verbesserten Karriere­möglichkeiten oder gesetzlichen Verpflichtungen bzw. Vorgaben
- Möglichkeiten zum **Austausch von Daten** schaffen, z. B. über gesetzliche Regelungen
- Bereitstellen von finanziellen **Mitteln** und Personalausstattung verbessern

Zielbereich III: Pflegedienste auf Extremsituationen vorbereiten

Pflegedienste sind für die Pflege von ca. einem Drittel der Pflegebedürftigen ^[18] sowohl im Alltag als auch in Extremsituationen verantwortlich. Können sie die Versorgung z. B. aufgrund eines Extremereignisses nicht aufrechterhalten, sind die von ihnen betreuten Personen besonders gefährdet.

Die Mehrzahl der Pflegedienste in Deutschland ist nicht auf Extremsituationen vorbereitet. Im Projekt KLIMZUG wurde diese Thematik intensiv bearbeitet ^[49–51] und um-

fangreiche Vorschläge entwickelt (siehe **Zusätzliche Informationen**). Für eine fehlende Vorbereitung gibt es vielfältige tlw. interagierende Gründe: ^[17, 50]

- mangelnde Erfahrungen mit Extremsituationen
- fehlende Gefahrenwahrnehmung
- fehlende Informationen bzw. Informationsmaterial zu Handlungsoptionen
- mangelnde Ressourcen, vor allem personelle Ressourcen

Zusätzliche Informationen

Ausgewählte Maßnahmen zur Vorbereitung der Pflegedienste auf Katastrophen

Pflegedienste sollten: ^[30, 49, 50]

- Frühwarnsysteme einsetzen (z. B. Newsletter-Dienst des DWD)
- Versorgungstriagen einführen und durchführen (welche Versorgung ist delegierbar, verschiebbar, zwingend unmittelbar durchzuführen)
- Risikoanalysen durchführen und Risikomanagement einführen
- schriftliche, formale Notfallpläne und alternative Unterstützungspläne für Notfälle erstellen
- regelmäßige Übungen durchführen
- Kooperationsverträge abschließen
- Backup-Kommunikationssystem einführen
- Kopien der wichtigsten Patient*inneninformationen an mindestens zwei Orten vorhalten
- Vorrat an wichtigen Medikamenten und Materialien haben
- Wissen, wie wichtige Informationen an BOS weitergeleitet bzw. Hilfe angefordert werden kann
- maximale Aufnahmekapazitäten definieren (z.B. für aus Krankenhäusern entlassene Patient*innen)
- Mitarbeitende sollten einen persönlichen Notfall-/Evakuierungsplan haben

Fazit: Pflegedienste sind wichtige Akteure bei der Versorgung vieler hilfs- und pflegebedürftiger Menschen. Sind sie nicht auf Extremsituationen vorbereitet, gefährdet das ihre Kund*innen. Es leiten sich folgende Empfehlungen ab:

Zielbereich III: Pflegedienste auf Extremsituationen vorbereiten

Handlungsempfehlungen für Katastrophenschutzbehörden

- **Behilflich sein** bei der Vorbereitung der Pflegedienste auf Katastrophen (z. B. bei Risikoanalysen, Notfall- und Evakuierungsplanung)
- **Informationsaustausch** etablieren, sodass z. B. den BOS vorliegende Meldungen zu gesperrten Straßen zeitnah an Pflegedienste weitergeleitet werden können (siehe Zielbereich I)

Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen

- **Sensibilisierung und Qualifizierung** der Pflegedienste
- **Informationsmaterialien**, Handreichungen und Arbeitshilfen erarbeiten und verbreiten
- **Qualifizierungsstrategie** entwickeln, bzw. Aus-, Fort- und Weiterbildungen entwickeln und anbieten
- **Anreize** schaffen, z. B. durch
 - ein Qualitätssiegel
 - verbesserte Karriereöglichkeiten
 - verbindliche Vorgaben oder gesetzliche Verpflichtungen (z. B. zur Durchführung von Risikoanalysen, zur Erstellung von Notfall- und Evakuierungsplänen, zur Vorhaltung von Backup-Lösungen)
- Möglichkeiten zum **Datenaustausch** schaffen, z. B. über gesetzliche Regelungen (siehe Zielbereich I)
- Bereitstellen von finanziellen **Mitteln** und Personalausstattung verbessern
- **Rahmenbedingungen** schaffen (siehe Zielbereich V)

Zielbereich IV: Selbst- und Fremdhilfe der Bevölkerung stärken

BOS können in Extremsituationen nicht allen hilfsbedürftigen Personen helfen. Die Bevölkerung ist zu einem hohen Maße auf Selbst- und Fremdhilfe angewiesen. Die Bereitschaft dazu ist groß. ^[19, 31] Häufig mangelt es an Wissen und der Vorbereitung auf Katastrophen:

- 16 % fühlen sich gut auf Katastrophen vorbereitet. ^[52]
- 31 % wüssten, wie sie sich im Katastrophenfall zu verhalten haben. ^[52]
- 38 % haben Lebensmittel, 50 % Getränke und 77 % notwendige Medikamente für mehr als fünf Tage vorrätig. ^[19]

- 28 % haben ein Notgepäck, 45 % eine Liste mit Notfallkontakten, 12 % ein Notstromaggregat, 37 % Campingkocher mit Gaskartusche o. ä. im Haus. ^[19]

Die Gründe für eine unzureichende Vorsorge sind vielfältig: Es mangelt u. a. an einer Risikowahrnehmung und an Erfahrungen ^[19, 52] sowie an einem Problembewusstsein und an Ressourcen ^[19] (siehe **Abbildung 2**), wobei die interagierenden Gründe individuell variieren.

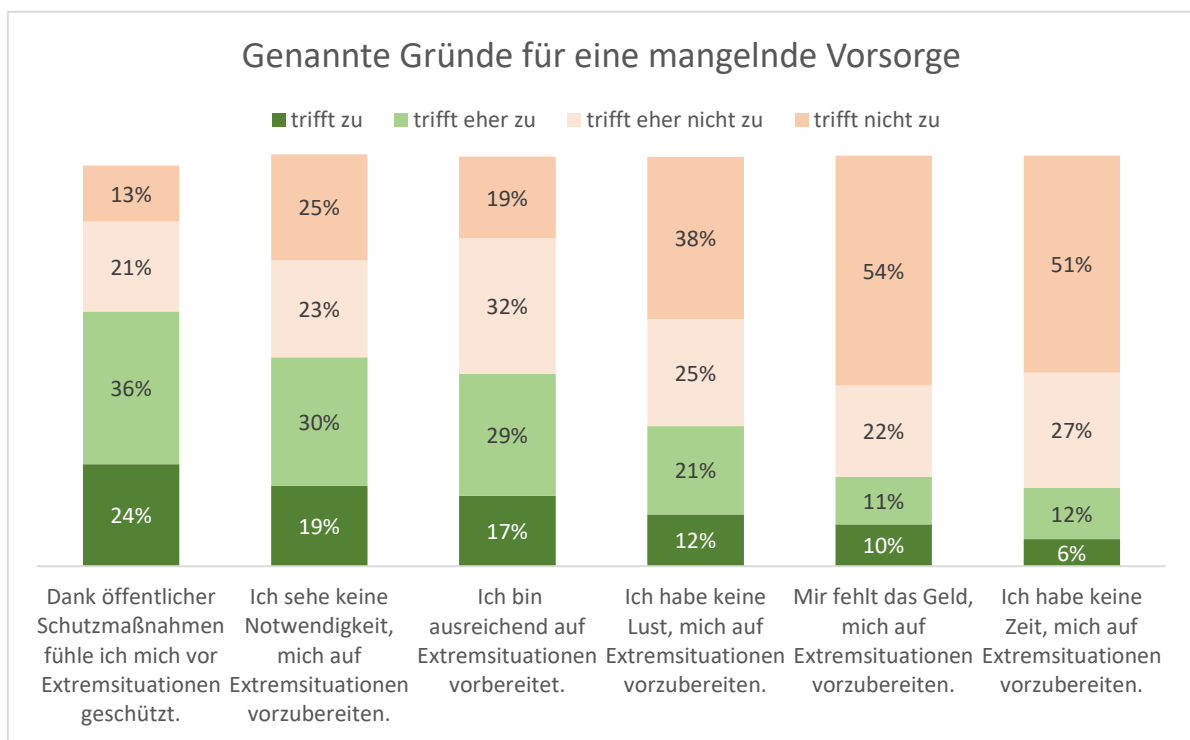


Abbildung 2: Genannte Gründe für eine mangelnde Vorsorge ^[17]

Diversität der Bevölkerung: Die Gesellschaft setzt sich aus unterschiedlichen Individuen mit einer Bandbreite von Persönlichkeitseigenschaften, Motiven, Lebenssituationen, Familienkonstellationen, Ressourcenzugängen etc. zusammen. All das beeinflusst, wie sich Menschen auf Extremsituationen vorbereiten und wie sie agieren (siehe **Zusätzliche Informationen**).^[19]

Hilfs- und Pflegebedürftige: Menschen mit einem Hilfs- oder Pflegebedarf sehen sich in der Mehrzahl (76 %) selbst für ihre Versorgung in Extremsituationen verantwortlich.^[19] Viele können je nach Situation selbstbestimmt agieren.^[19] Persönliche, soziale, strukturelle oder andere Gegebenheiten können sie jedoch in ihrem Handlungsspielraum einschränken, z. B.:

- Werden Menschen, die im Alltag auf einen elektrischen Rollstuhl angewiesen sind, ohne ihren Rollstuhl evakuiert und in eine Notunterkunft gebracht, können sie sich nicht mehr selbstbestimmt in der Unterkunft bewegen.
- Verfügen Menschen, die lebenswichtige elektrische Gerätschaften nutzen, über keine alternative Stromversorgung, sind sie bei einem Stromausfall nicht mehr handlungsfähig.
- Haben Menschen, die bei der Einnahme von lebenswichtigen Medikamenten auf Pflegedienste angewiesen sind, keine Medikamentenvorräte (weil sie bspw. täglich vom Pflegedienst mitgebracht werden) und können die Pflegekräfte aufgrund unpassierbarer Straßen ihre Kundin*innen nicht erreichen, können diese die Medikamente alternativ nicht selbst einnehmen bzw. durch Verwandte oder Nachbar*innen verabreicht werden.^[53]

In einer Extremsituation wie einem Wintersturm mit Stromausfall bräuchten nach eigenen Angaben der Hilfs- und Pflegebedürftigen:^[19]

- 65 % eine irgendwie geartete Hilfe
- 50 % eine medizinische Versorgung
- 34 % Hilfe bei einer Evakuierung

Art und Ausmaß der Unterstützungsbedarfe sind dabei individuell verschieden.⁴

Privates Pflegenetzwerk: Bei der alltäglichen Versorgung sind Hilfs- und Pflegebedürftige i. d. R. auf ein selbst organisiertes Unterstützungsnetzwerk angewie-

Zusätzliche Informationen

Bevölkerungstypen

Im Projekt KOPHIS konnten von der Katastrophenforschungsstelle acht Typen identifiziert werden, die sich bzgl. der Möglichkeiten zur Selbst- und Fremdhilfe bei einem Wintersturm mit Stromausfall teils stark unterscheiden. Hier besonders relevant sind diese vier Typen:^[19, 77]

„Rüstige Rentner*innen“ (Cluster 2; 11,4 %): äußern eher geringe Bedarfe, sind selten hilfs- oder pflegebedürftig, sorgen vor und haben eine gute soziale und ökonomische Ressourcenausstattung.

„Unvorbereitete“ (Cluster 6; 16,5 %): verfügen über geringe Vorräte und nur begrenzte Unterstützung im Sozialraum. Obwohl sie umfangreiche ökonomische Ressourcen haben, sehen sie seltener eine Notwendigkeit zur Vorsorge.

„Bedürftige“ (Cluster 7; 5,4 %): haben hohe (auch medizinische) Versorgungs- und Hilfsbedarfe sowie geringe Vorräte, was häufiger mit fehlenden finanziellen Möglichkeiten begründet wird. Sie verfügen über geringere ökonomische und Bildungsressourcen.

„Hilfs- und Pflegebedürftige“ (Cluster 3; 12, 4%): zeichnen sich durch einen Pflegebedarf im Alltag und hohe Bedarfe in Extremsituationen aus. Sie verfügen über geringe ökonomische Ressourcen und vertrauen vorrangig ihrem sozialen Netzwerk bei der Bewältigung von Extremsituationen.

sen, welches überwiegend aus privaten Akteur*innengruppen besteht;^[17, 55, 56] so auch in Extremsituationen:^[19]

- 89 % hätten Personen, die ihnen von sich aus helfen.
- 87 % würden sich Hilfe suchen, hauptsächlich bei Nachbar*innen (54 %), Familie (33 %) oder Bekannten (21 %).
- 77 % würden bei einer Evakuierung Hilfe von der Familie und 58 % von Nachbar*innen erwarten.

⁴ Einen detaillierten Einblick in die Vielfältigkeit der Situation der Hilfs- und Pflegebedürftigen im Alltag am Beispiel der Stadt Willich geben Schander et al. 2019⁽⁵⁴⁾.

Hilfs- und pflegebedürftige Menschen würden sich in einem größeren Maße als die sonstige Bevölkerung in einer Extremsituation Hilfe in ihrem privaten Netzwerk und nicht bei BOS suchen. ^[19] Das macht sie für die BOS weniger sichtbar. Auch fragen bspw. ältere Menschen im Nachgang von Katastrophen seltener Hilfe an, ^[57, 58] z. B. aus Angst vor Stigmatisierung ^[59] oder weil sie Schwierigkeiten bei der Beantragung haben. ^[60]

Es gibt auch hilfs- und pflegebedürftige Personen, die in Extremsituationen keine Unterstützung im privaten Umfeld haben oder wahrnehmen können: ^[19]

- Bei 14 % der Hilfs- und Pflegebedürftigen lebt die sie im Alltag pflegende Person 2 km oder weiter entfernt.
- 36 % der Hilfs- und Pflegebedürftigen, die in Extremsituationen auf Hilfe angewiesen wären, hätten keine weitere Hilfe und müssten auf Hilfe warten.

Ressourcenausstattung: Hilfs- und pflegebedürftige Menschen sind nicht nur (bzw. nicht ausschließlich) aufgrund ihres Unterstützungsbedarfes in Extremsituationen besonders gefährdet. Wie häufig bei vulnerablen Personengruppen zu beobachten ist, verfügen sie insgesamt über eine geringere Ressourcenausstattung als die durchschnittliche Bevölkerung. Hilfs- und Pflegebedürftige:

- haben geringere ökonomische Ressourcen ^[54, 61, 62]
- nehmen geringere soziale Unterstützung wahr ^[54]
- leben häufiger sozial isoliert ^[17, 35]
- haben niedrigere Bildungsabschlüsse ^[54]

Das hat u. a. Auswirkungen auf die Vorsorge. Während sich die Vorratshaltung der Hilfs- und Pflegebedürftigen nicht wesentlich von der der sonstigen Bevölkerung unterscheidet (obwohl sie häufiger ein Notgepäck oder Notstromaggregat haben), zeigen sich signifikante Unterschiede bei den genannten Gründen: Hilfs- und Pflegebedürftige geben seltener an, dass sie die Notwendigkeit dafür nicht sehen bzw. keine Lust haben, aber häufiger, dass ihnen das Geld dazu fehlt. ^[54]

Außerdem fehlt es an auf sie zugeschnittenen Informationsmaterialien. Broschüren oder Schulungen, die ihre besonderen Bedarfe und beschränkten Ressourcen nicht berücksichtigen, können von den Hilfs- und Pflegebedürftigen häufig nicht umgesetzt werden bzw. einen einschüchternden ^[63] oder abschreckenden Effekt haben. ^[64]

Pflegende Privatpersonen: Pflegende Angehörige bzw. andere privat pflegende Personen sehen sich selbst für die Versorgung der hilfs- und pflegebedürftigen Person in Extremsituationen in der Verantwortung, ^[19] kommen unter derzeitigen Bedingungen jedoch schnell an ihre Belastungs- und Handlungsgrenzen: ^[19]

- 11 % könnten der von ihnen im Alltag gepflegten Person in Extremsituationen nicht helfen.
- 43 % der pflegenden Privatpersonen sind bereits im Alltag durch die Pflege sehr belastet oder überlastet, weitere 50 % etwas belastet.
- 50 % der pflegenden Privatpersonen wären in Extremsituationen selbst auf Hilfe angewiesen.
- 32 % der pflegenden Privatpersonen wären in Extremsituationen selbst auf eine medizinische Versorgung angewiesen.
- Pflegende Privatpersonen sind selbst oft hilfs- oder pflegebedürftig.

Nachbarschaft: In der Nachbarschaft findet sich eine hohe Hilfsbereitschaft ^[19]. Eine Umsetzung der vorhandenen Handlungsbereitschaft in tatsächliche Handlungen erfolgt unter bestimmten Bedingungen: ^[19]

- 96 % würden helfen, wenn die hilfs- und pflegebedürftige Person bzw. deren Angehörige*r darum bitten würden.
- 90 % würden nach einem öffentlichen Aufruf helfen.
- 61 % würden vorwiegend den Personen helfen, die sie kennen.
- 52 % würden nur helfen, wenn sie selbst bzw. deren Angehörige keine Hilfe brauchen bzw. versorgt sind.

Fazit: Die Bevölkerung muss sich zu einem gewissen Grad in Extremsituationen gegenseitig helfen. Die Bereitschaft dazu ist groß; es mangelt jedoch an einer Risikowahrnehmung, an Kompetenzen und an Möglichkeiten diese Bereitschaft in tatsächliches Handeln umzusetzen. Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

Zielbereich IV: Selbst- und Fremdhilfe der Bevölkerung stärken

Handlungsempfehlungen für Katastrophenschutzbehörden

- **Autonomie** besonders gefährdeter Menschen **aufrechterhalten**, indem z. B.
 - Geh-, Seh-, Hörhilfen etc. bei der Person verbleiben
 - Kommunikationsbedarfe berücksichtigt werden und Informationen auch die Menschen mit eingeschränkter Wahrnehmung erreichen (siehe Zielbereich II)
- **Hilfspotenziale nutzen** (z. B. durch öffentliche Aufrufe; siehe Zielbereich I)

Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen I

- **Offene und ehrliche Kommunikation** darüber, was Katastrophen- bzw. Bevölkerungsschutz leisten kann und was nicht
- **Strategie zur differenzierten Kommunikation** mit der heterogenen Bevölkerung entwickeln:
 - basierend auf Forschungsergebnissen
 - passgenau zugeschnitten auf verschiedene Bevölkerungsgruppen
 - Handlungsschritte festlegen (z. B. adressatenspezifische, ansprechende Materialien, Schulungen, Übungen)
 - Umsetzung der Handlungsschritte (mehrere und verschiedene Kanäle proaktiv nutzend)
 - auf einer Evaluation beruhende kontinuierliche Anpassung
- **Differenzierte, proaktive und niederschwellige Ansprache** vulnerabler Personengruppen, z. B.
 - über Personen, zu denen sie ein besonderes Vertrauen haben (bei Pflegebedürftigen z. B. Pflegedienste, (Haus-)Ärzte, Mitarbeitende in Krankenhäusern, in Begegnungsstätten, Sozialamt, etc.)
 - Sensibilisierung für und Informierung über Extremsituationen sowie entsprechende Vorsorge-maßnahmen als integralen Bestandteil der medizinischen und pflegerischen Versorgung etablieren
- **Benutzerfreundliche Materialien** entwickeln, die auf spezielle Bedarfe zugeschnitten sind und eine möglichst selbständige Bewältigung der Situation begünstigen, z. B. speziell für
 - Heimdialysepatient*innen und ihre Angehörigen
 - Personen, die auf strombetriebene Gerätschaften angewiesen sind und ihre Angehörigen
 - mobilitätseingeschränkte Menschen und ihre Angehörigen
 - chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen
 - sehbeeinträchtigte Menschen und ihre Angehörigen
 - hörbeeinträchtigte Menschen und ihre Angehörigen
 - Menschen, die auf eine tägliche pflegerische Versorgung angewiesen sind und ihre Angehörigen

Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen II

- **Schulungen** (z. B. für Angehörige), die auf spezielle Bedarfe zugeschnitten sind, entwickeln und durchführen
- **Unterstützung** der Vorsorge von Personengruppen mit geringen ökonomischen Ressourcen, z. B.
 - öffentlich geförderten Starter-Kits für den Katastrophenfall (z. B. der im Projekt entwickelte KO-PHIS-Koffer) bereitstellen
 - Backup-Lösungen wie Notstromaggregate finanzieren oder ins Leistungsspektrum der Krankenkassen aufnehmen
- **Entlastung pflegender Angehöriger** und anderer privater Pflegepersonen
- **Vernetzung innerhalb der Nachbarschaft** fördern, z. B. durch Quartiersmanagement, Unterstützung und Initiierung von Nachbarschaftsaktivitäten etc.

Zielbereich V: Rahmenbedingungen schaffen

Die im Alltag bestehenden Muster der Gemeinschaft bilden die Grundlage für Vulnerabilitäten in Extremsituationen^[7, 9] und für deren Abbau. Ein gut funktionierender Alltag, in dem Menschen einerseits möglichst selbständig agieren, andererseits aber auch auf die Solidarität anderer vertrauen können, ist die Voraussetzung für eine weitgehend unabhängige und eigenständige Bewältigung von Extremsituationen.^[15, 65, 66] Für Hilfs- und Pflegebedürftige sowie andere Minderheiten kann aber bereits die selbständige Alltagsbewältigung aufgrund existierender Barrieren eine Herausforderung darstellen.^[67]

Häufig genannte Barrieren sind z. B.:

- strukturelle Probleme im Pflegebereich^[23]
- überlastete private Pflegepersonen^[19]
- schlecht ausgebaute Infrastruktur, wie z.B. öffentliche Verkehrsmittel, medizinische Versorgung^[23, 26, 68]
- fehlende Ruhepunkte im öffentlichen Raum, um z. B. auch weitere Strecken selbständig zu Fuß zurückzulegen^[23]
- fehlende Berücksichtigung spezieller Bedarfe im Alltag z. B. bei Evakuierungsplänen von öffentlichen Gebäuden etc.^[42] oder durch die Massenmedien^[15, 41, 69]
- von der Gesellschaft ausgeschlossen sein, keine Rolle bei gesamtgesellschaftlichen Entscheidungsfindungen zu spielen^[7, 23, 70]
- Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung^[65, 66]
- geringe eigene Ressourcen^[7, 43, 71]
- mangelnde Ressourcen bei BOS und Pflegediensten^[35]

Strukturelle Probleme im Pflegebereich: Hilfs- und Pflegebedürftige nahmen folgende Probleme im Pflege-sektor wahr:^[23]

- stark überlastetes Personal
- unattraktiver Beruf, wegen schlechter Bezahlung und geringer Wertschätzung des Berufes
- zu hoher Dokumentationsanteil im Vergleich zur eigentlichen Arbeit mit dem Menschen

All diese Punkte führen bereits im Alltag zu Unzuverlässigkeit der ambulanten Pflegekräfte.

Armut: Ärmeren Menschen bereitet es schon im Alltag Schwierigkeiten, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen.^[67] Das hat Auswirkungen auf ihre Fähigkeit Extremsituationen zu bewältigen:

- Sie brauchen länger, um sich von Extremereignissen zu erholen.^[43, 72]
- Sie leben häufiger in besonders gefährdeten Regionen oder unter schlechten Wohnbedingungen, was häufig zu einer Übersterblichkeit führt.^[7]
- Sie müssen häufiger Notunterkünfte oder temporäre Unterkünfte nutzen und bleiben dort länger.^[11, 71, 73]

Ein Katastrophenschutz, der sich an den ökonomisch Schwächsten orientiert, ist nicht nur menschlicher, sondern auch kostengünstiger.^[7]

Ausgeschlossen sein: Marginalisierte Minderheiten fühlen sich oft von der Gemeinschaft ausgeschlossen.^[29] Hilfs- und Pflegebedürftige, besonders die älteren unter ihnen, empfinden es teilweise als Ungerechtigkeit, wie mit ihnen umgegangen wird: Sie fühlen sich bestraft. Dafür, dass sie Kinder großgezogen und Angehörige gepflegt hätten, um am Ende selbst pflegebedürftig zu sein, kaum Rente zu bekommen und niemanden zu haben, der sich um sie kümmere. Sie fühlen sich vergessen; insbesondere von den Politiker*innen, die Politik weit weg vom Alltag der Hilfs- und Pflegebedürftigen machen würden.^[23]

Die Resilienz verschiedener Personengruppen hängt aber von deren Verhältnis zu anderen wie auch zu den Entscheidungsträger*innen einer Gemeinschaft ab,^[7] z. B. inwieweit letztere sie und ihre Interessen vertreten. Um sich vor Auswirkungen von Extremsituationen zu schützen, ist es notwendig, eine autonome Kontrollkompetenz bei sich selbst wahrzunehmen,^[7] auch in Alltagssituationen. Der Schlüssel dazu sind Anerkennung und Empowerment.^[28, 41]

Ressourcen der BOS und Pflegedienste: Ein großes Hindernis bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen wird im Ressourcenmangel gesehen. Es fehlen vor allem finanzielle und personelle Mittel sowohl bei den BOS als auch bei den Pflegediensten.^[23, 35, 42, 47]

Darüber hinaus wünschen sich die Akteur*innengruppen gesetzliche Vorgaben oder Richtlinien.^[23, 42]

Fazit: Um die ambulante Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in Extremsituationen sicherzustellen, fehlt es derzeit an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

Zielbereich V: Rahmenbedingungen schaffen

Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen

- **Identifizierung von Barrieren**, die zu einer erhöhten Verletzlichkeit verschiedener Personengruppen im Alltag führen, z. B. mittels Bedarfsanalysen
- **Abbau dieser Barrieren**, z. B. durch
 - Reduktion sozialer Ungleichheit
 - Ausbau der Infrastruktur (z. B. öffentlicher Nahverkehr; Ärzte; Apotheken; Bildung; Bänke; Ruhezonen; Grünflächen)
 - Verpflichtende Notfall- und Evakuierungspläne und -übungen, die spezielle Bedarfe berücksichtigen, für Vermieter*innen, Unternehmen, öffentliche Einrichtungen, Gemeinde-/Stadtverwaltung etc.
 - Erarbeitung und Verbreitung von Informationsmaterial zur Berücksichtigung spezieller Bedarfe für Vermieter*innen, Unternehmen, öffentliche Einrichtungen, Gemeinde-/Stadtverwaltung etc.
 - Massenmedien für spezielle Kommunikationsbedarfe sensibilisieren
- **Integration marginalisierter Minderheiten** in die Gesellschaft, z. B. durch Partizipation und Gewährung von Mitsprache auf allen Ebenen fördern
- **Pflegeberuf weiter stärken, z. B.**
 - Zeit für Beratung bzgl. Vorsorge durch Pflegedienste abrechenbar/einberechnen?
 - Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auch für ambulante Pflege
- **Ressourcen für BOS und Pflegedienste** bereitstellen
- **Gesetzliche Regelungen bzw. Verpflichtungen** durchsetzen
- Pflege bzw. Entwicklung einer **Kultur der Achtsamkeit**, der Anerkennung und des Empowerments der besonders vulnerablen Menschen

Fazit

Hilfs- und pflegebedürftige Menschen sind sowohl im Alltag als auch in Extremsituationen auf Unterstützung von anderen Menschen und/oder technischen Gerätschaften angewiesen. Eine Unterbrechung der Versorgung kann lebensbedrohliche Konsequenzen haben.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen auch in Extremsituationen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die politisch getragen und gefördert werden muss, um erfolgreich zu sein. Die Vulnerabilität bzw. Resilienz dieser Personengruppen hängt nicht primär von individuellen Merkmalen ab. Entscheidend ist vielmehr, ob ihnen andere achtsam, sensitiv und mit einer besondere Bedarfe als keiner

Rechtfertigung bedürftig betrachtenden Einstellung begegnen. Die Vulnerabilität und Resilienz aller Bevölkerungsgruppen, einschließlich der hilfs- und pflegebedürftigen, ist mindestens ebenso durch die Einstellung anderer determiniert wie durch die individuellen Einschränkungen.

Einer der Schlüsselfaktoren für Vulnerabilitäten ist soziale Ungleichheit.^[13] „Die Herstellung gesicherter Lebensverhältnisse im globalen Maßstab [...] wird [...] zum Schutz vor Katastrophen, zu einer sehr weitreichenden und umfassenden Daseinsvorsorge.“^[74] Dazu ist ein Zusammendenken und -handeln von Katastrophenschutz und Sozialpolitik notwendig.^[25]

Folgende Ziele für Katastrophenschutzbehörden und andere politische Entscheidungsträger wurden formuliert:

- I. Vernetzung und Zusammenarbeit mit sowie Einbindung von allen Gesellschaftsgruppen intensivieren (z. B. im Ehrenamt, bei Vernetzungstreffen, bei der Planung, bei Übungen, bei Schulungen)**
- II. Wahrnehmung und Berücksichtigung spezieller Bedarfe durch Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (z. B. durch angepasste Aus-, Fort- und Weiterbildungen)**
- III. Pflegedienste auf Extremsituationen vorbereiten und sie bei Planungen unterstützen**
- IV. Selbst- und Fremdhilfe der Bevölkerung stärken, z. B. durch differenzierte Risikokommunikation**
- V. Rahmenbedingungen schaffen, z. B. durch Partizipation und Ressourcenausstattung, insbesondere aber durch die Pflege bzw. Entwicklung einer Kultur der Achtsamkeit, der Anerkennung und des Empowerments der besonders vulnerablen Menschen**

Literatur

1. Schulze K., Schander J., Jungmann A., Voss M. (2019) (Hrsg.): *Manual zur Stärkung der ambulanten Pflege*. KFS Arbeitsmaterial Nr. 05. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
2. Birkmann J. (2008): Globaler Umweltwandel, Naturgefahren, Vulnerabilität und Katastrophenresilienz. *Raumforschung und Raumordnung*. 66(1):5–22.
3. Bohle H-G. (2002): Vulnerability: editorial to the special issue. *Geographica Helvetica*. 57:2–4.
4. Bürkner H-J. (2010): *Vulnerabilität und Resilienz. Forschungsstand und sozialwissenschaftliche Untersuchungsperspektiven*. IRS- Working Paper 43. Erkner.
5. Christmann G.B., Ibert O., Moss T., Kilper H. (2011): *Vulnerabilität und Resilienz in sozio-räumlicher Perspektive. Begriffliche Klärungen und theoretischer Rahmen*. IRS-Working Paper 44. Erkner.
6. Janssen M.A., Ostrom E. (2006): Resilience, vulnerability, and adaptation: A cross-cutting theme of the International Human Dimensions Programme on Global Environmental Change. *Global Environmental Change*. 16(3):237–9.
7. Morrow B.H. (1999): Identifying and Mapping Community Vulnerability. *Disasters*. 23(1):1–18.
8. Anderson M.A. (1994): Understanding the Disaster-Development Continuum: Gender Analysis Is the Essential Tool. In: Walker B. (Hrsg.) *Women and Emergencies*. Oxford: Oxfam.
9. Varley A. (Hrsg.) (1994): *Disasters, Development and Environment*. John Wiley & Sons Ltd.
10. Maskrey A. (1989): *Disaster Mitigation: A Community-Based Approach*. Oxford: Development Guidelines. 3.
11. Blaikie P.M., Cannon T., Davis I., Wisner B. (1994): *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability, and Disasters*. London: Routledge.
12. Cannon T. (1994): Vulnerability Analysis and the Explanation of "Natural" Disasters. In: Varley A. (Hrsg.) *Disasters, Development and Environment*. John Wiley & Sons Ltd. S. 14–30.
13. Wisner B., Blaikie P., Cannon T., Davis I. (2004): *At Risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. 2. Aufl. New York: Routledge.
14. Scheffer J., Voss M. (2008): Die Privatisierung der Sozialisation. Der soziale Raum als heimlicher Lehrplan im Wandel. In: Genkova P. (Hrsg.) *Erfolg durch Schlüsselqualifikationen? „heimliche Lehrpläne“ und Basiskompetenzen im Zeichen der Globalisierung*. Lengerich: Pabst. S. 102–15 (Perspektiven politischer Psychologie. Bd. 2).
15. Barile M., Fichten C., Ferraro V., Judd D. (2006): Ice Storm Experiences of Persons with Disabilities: Knowledge is Safety. *Review of Disability Studies*. 2(3):35–49.
16. Krüger M., Max M. (Hrsg.) (2019): *Resilienz im Katastrophenfall: Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transcript. (Gesellschaft der Unterschiede; Band 46).
17. Schander J., Jungmann A., Schulze K., Voss M. (2019): *Unterstützungsnetzwerke Pflege- und Hilfsbedürftiger im Alltag und im Krisenfall*. In: Krüger M., Max M. (Hrsg.) *Resilienz im Katastrophenfall: Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transcript. S. 181–202 (Gesellschaft der Unterschiede; Band 46).
18. Destatis (ohne Jahr): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2017 [Stand: 13.04.2019]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>.
19. Schulze K., Schander J., Jungmann A., Voss M. (2019): *Bedarfe und Ressourcen in Extremsituationen mit Fokus auf hilfs- und pflegebedürftige Menschen: Deskriptive Darstellung der Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung*. KFS Working Paper 15. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
20. Zettl V., Strunck S., Nell R. (2018): *Zusammenarbeit erfolgreich gestalten: Wie die ambulante Versorgung von Pflege- und Hilfsbedürftigen in Schadenslagen sichergestellt werden kann*. Stuttgart: IAT.
21. Statista (ohne Jahr): Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland im Zeitraum von 2007 bis 2050 (in Millionen) [Stand: 13.04.2019]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/196944/umfrage/anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland/>.
22. Nell R., Strunck S., Zettl V. (2019): Zusammenarbeit und Vernetzung. In: Schulze K., Schander J., Jungmann A., Voss M. (Hrsg.) *Manual zur Stärkung der ambulanten Pflege*. KFS Arbeitsmaterialien Nr. 05. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.

23. Schulze K., Jungmann A. (2018): *Bericht zum partizipativen Workshop in Willich mit Vertreter*innen der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) und Pflegediensten (interner Bericht)*. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
24. Lathrop D. (1994): *DISASTER! If you have a disability, the forces of nature can be meaner to you than anyone else. But you can fight back. Be prepared.*
25. Gabel F. (2019): *Chancen dynamischer Konzeptionen von Vulnerabilität für den Katastrophenschutz*. In: Krüger M., Max M. (Hrsg.) *Resilienz im Katastrophenfall: Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transcript. S. 77–97 (Gesellschaft der Unterschiede; Band 46).
26. Rooney C., White G.W. (2007): Consumer Perspective: Narrative Analysis of a Disaster Preparedness and Emergency Response Survey From Persons With Mobility Impairments. *Journal of Disability Policy Studies*. 17(4):206–15.
27. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2013): *UN global survey explains why so many people living with disabilities die in disasters*. Genf: UN-ISDR. 2013/29.
28. Wisner B. (2002): *Disability and disaster: Victimhood and agency in earthquake risk reduction*. RADIX.
29. Coleridge P. (1993): *Disability, liberation, and development*. Oxford: Oxfam.
30. Aldrich N., Benson W.F. (2008): Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Preventing Chronic Disease*. 5(1):1–7.
31. Schulze K., Lorenz D.F., Wenzel B., Voss M. (2015): Verhalten der Bevölkerung in Katastrophen: Potenziell hilfsbereit. *Notfallvorsorge*. 1:21–28.
32. Geenen E.M. (2010): *Bevölkerungsverhalten und Möglichkeiten des Krisenmanagements und Katastrophenmanagements in multikulturellen Gesellschaften*. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
33. Quarantelli E.L. (1960): Images of Withdrawal Behavior in Disasters: Some Basic Misconceptions. *Social Problems*. 8(1):68–79.
34. Lechat M.F. (1976): Disaster Epidemiology. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*. 56(4-5):193–7.
35. Schander J. (2017): *Auswertung der qualitativen Interviews zum Verständnis der Pflegeproblematik im Alltag und in Krisenfall und der sich ergebenden Bedarfe (interner Bericht)*. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
36. Schulze K., Voss M. (2016): *Manual zur Zusammenarbeit mit Mithelfenden bei der Katastrophenbewältigung*. KFS Arbeitsmaterial 1. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
37. Schulze K., Voss M. (2016): *Handlungsleitfaden zur Zusammenarbeit mit Mithelfenden bei der Katastrophenbewältigung*. KFS Arbeitsmaterial 2. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
38. Schulze K. (2016): *Werkzeugkasten zur Zusammenarbeit mit Mithelfenden bei der Katastrophenbewältigung*. KFS Arbeitsmaterial 3. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
39. Gibson M.J. (2006): *We Can Do Better: Lessons Learned for Protecting Older Persons In Disasters*. Washington D.C: AARP Public Policy Institute.
40. Peek L., Stough L.M. (2010): Children with disabilities in the context of disaster: a social vulnerability perspective. *Children Development*. 81(4):1260–70.
41. Alexander D., Gaillard J.C., Wisner B. (2012): Disability and Disaster. In: Wisner B., Gaillard J.C., Kilman I. (Hrsg.) *Handbook of hazards and disaster risk reduction*. London: Routledge. S. 413–23.
42. Fox M.H., White G.W., Rooney C., Rowland J.L. (2007): Disaster Preparedness and Response for Persons with Mobility Impairments. *Journal of Disability Policy Studies*. 17(4):196–205.
43. Bolin R., Bolton P. (1986): *Race, religion and ethnicity in disaster recovery*. Boulder, Colo: Univ. of Colorado. (Program on environment and behavior monograph. Bd. 42).
44. Aguirre B.E. (1988): Feedback from the Field: The Lack of Warnings before the Saragosa Tornado. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 6(6):65–74.
45. Faupel C.E., Kelley S.P., Petee T. (1992): The Impact of Disaster Education on Household Preparedness for Hurricane Hugo. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 5–24.
46. Phillips B.D., Morrow B.H. (2007): Social Science Research Needs: Focus on Vulnerable Populations, Forecasting, and Warnings. *Natural Hazards Review*. 8(3):61–8.

47. Rowland J.L., White G.W., Fox M.H., Rooney C. (2007): Emergency Response Training Practices for People With Disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*. 17(4):216–22.
48. BBK. (2016): *Abschlussbericht Risikoanalyse Stromausrückfall (Muster): Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)*. [Stand: 14.04.2019]. Verfügbar unter: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Krisenmanagement/Abschlussbericht-Risikoanalyse_Muster.html.
49. Blättner B., Georgy S. (2011): Ambulante Versorgung Pflegebedürftiger bei Unwetter: Klimaanpassung in einer überalternden Region. *Präventive Gesundheitsforschung*. 6(3):199–205.
50. Blättner B., Georgy S., Grewe H.A. (2013): Sicherstellung ambulanter Pflege in ländlichen Regionen bei Extremwetterereignissen. In: Roßnagel A. (Hrsg.) *Regionale Klimaanpassung: Herausforderungen - Lösungen - Hemmnisse - Umsetzungen am Beispiel Nordhessens*. Kassel: Kassel University Press. S. 267–96.
51. Grewe H.A., Heckenhahn M., Blättner B. (2013): Hitzewellen und kommunaler Gesundheitsschutz. In: Roßnagel A. (Hrsg.) *Regionale Klimaanpassung: Herausforderungen - Lösungen - Hemmnisse - Umsetzungen am Beispiel Nordhessens*. Kassel: Kassel University Press.
52. Lorenz D.F., Schulze K., Voss M. (2014): Katastrophenbewältigung aus Bevölkerungssicht: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Notfallvorsorge*. (4):29–35.
53. Schulze K., Schander J., Jungmann A., Voss M. (2018): *Bedarfe und Ressourcen Hilfe- und Pflegebedürftiger im Alltag und in Extremsituationen – Auswertung einer quantitativen Befragung in Willich*. KFS Working Paper 07. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.
54. Schulze K., Jungmann A., Schander J., Voss M. (2019): Bedarfe der Bevölkerung und Pflege- und Hilfsbedürftiger in Extremsituationen. In: Krüger M., Max M. (Hrsg.) *Resilienz im Katastrophenfall: Konzepte zur Stärkung von Pflege- und Hilfsbedürftigen im Bevölkerungsschutz*. Bielefeld: transcript. S. 203–26 (Gesellschaft der Unterschiede; Band 46).
55. Blinkert B., Klie T. (1999): *Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung* [im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg]. Hannover: Vincentz.
56. Bährer-Kohler S., Hemmeter M. (2005): Ambulante professionelle Unterstützung bei alterspsychiatrischen Patienten: Interaktion mit familiärer Unterstützung und der Bezug zur Prävention. In: Bauer, P.; Otto, U. (Hrsg.) *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten: Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive*. Tübingen. S. 401–26.
57. Bolin R., Klenow D.J. (1983): Response of the Elderly to Disaster: An Age-Stratified Analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*. 16 (4):283–96.
58. Kaniasty K., Norris F.H. (1995): In Search of Altruistic Community: Patterns of Social Support Mobilization Following Hurricane Hugo. *American Journal of Community Psychology*. 23(4):447–77.
59. Poulshock W.S., Cohen E.S. (1975): The elderly in the aftermath of a disaster. *The Gerontologist*. 15(4):357–61.
60. Administration on Aging (1995): *Emergency Prepared Manual for the Aging Network*.
61. Tierney K.J., Petak W.J., Hahn H. (1988): *Disabled Persons and Earthquake Hazards*. Boulder, Colorado: Institute of Behavioral Science, University of Colorado; 46.
62. Mileti D.S. (1999): *Disasters by Design*. Washington, D.C.: Joseph Henry Press.
63. Sakashita K., Matthews W.J., Yamamoto L.G. (2013): Disaster preparedness for technology and electricity-dependent children and youth with special health care needs. *Clinical Pediatrics* (Phila). 52(6):549–56.
64. Duval T.S., Mulilis J-P. A (1999): Person-Relative-to-Event (PrE) Approach to Negative Threat Appeals and Earthquake Preparedness: A Field Study. *Journal of Applied Social Psychology*. 29(3):495–516.
65. Gleeson B. (1999): *Geographies of Disability*. London: Routledge.
66. Swain J., Finkelstein V., French S., Oliver M. (1993): *Disabling Barriers – Enabling Environments*. London: Open University and Sage.
67. Donner W., Rodriguez H. (2008): Population Composition, Migration and Inequality: The Influence of Demographic Changes on Disaster Risk and Vulnerability. *Social Forces*. 87(2):1089–114.
68. Hemingway L., Priestley M. (2006): Natural Hazards, Human Vulnerability and Disabling Societies: A Disaster for Disabled People? *The Review of Disability Studies*. 2(3):57–67.

69. White B. (2006): Disaster Relief for Deaf Persons: Lessons from Hurricanes Katrina and Rita. *The Review of Disability Studies*. 2(3):49–56.
70. Coleridge P. (2001): *Disability, liberation, and development*. Reprinted. Oxford: Oxfam. (An Oxfam publication).
71. Mileti D.S., O'Brien P.W. (1992): Warnings During Disaster: Normalizing Communicated Risk. *Social Problems*. 39(1):40–57.
72. Bolin R. (1976): Family Recovery from Natural Disasters. *Mass Emergencies*. 1:267–77.
73. Peacock W.G., Morrow B.H., Gladwin C.H. (Hrsg.) (1997): *Hurricane Andrew: Ethnicity, gender, and the sociology of disasters*. London, New York: Routledge.
74. Dombrowsky W.R., Brauner C. (1996): *Defizite der Katastrophenvorsorge in Industriegesellschaften am Beispiel Deutschlands: Ein Gutachten*.
75. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hg.) (2019): *Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz: Ein Stresstest für die Allgemeine Gefahrenabwehr und den Katastrophenschutz*. Bonn (Praxis im Bevölkerungsschutz, 16).
76. Pearson R.G., Joost M.G. (1983): *Egress behavior response times of handicapped and elderly subjects to simulated residential fire situations*. Washington, D.C.: U.S. Department of Commerce.
77. Schulze K., Schander J., Jungmann A., Voss M. (2019): *Bedarfstypologie – Wintersturm mit Stromausfall*. Poster präsentiert auf der KOPHIS-Abschlussveranstaltung am 23./24.01.2019.



Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin



<http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung>