

Notfall Rettungsmed  
<https://doi.org/10.1007/s10049-024-01340-3>  
Angenommen: 21. April 2024

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



# Betreuung und psychosoziale Notfallversorgung Betroffener beim Massenanfall von Verletzten/Erkrankten

Florian Breuer<sup>1</sup> · Harald Karutz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ärztliche Leitung Rettungsdienst Rheinisch-Bergischer Kreis, Amt für Rettungsdienst, Bevölkerungs- und Brandschutz, Bergisch Gladbach, Deutschland

<sup>2</sup> Institute for Psychosocial Crisis Management, MSH Medical School Hamburg, Hamburg, Deutschland

## Einordnung der Versorgung Betroffener in die Einsatzstellenstruktur beim Massenanfall von Verletzten/Erkrankten

Der Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV) stellt Einsatzkräfte in der frühen Phase vor eine Vielzahl von Herausforderungen. Die erstein treffenden Kräfte sind maßgeblich gefordert, durch ihr Handeln und ihre Entscheidungen grundlegende Strukturierungen der Einsatzstellenorganisation vorzunehmen. Weiterhin hängt von der Verfügbarkeit von Ressourcen an der Einsatzstelle die Erstversorgung der Patientinnen und Patienten ab, wobei vermeidbare Todesfälle verhindert und Folgeschäden vermieden werden sollen [16].

Die Ersteinschätzung hat bei derartigen Einsätzen insbesondere zum Ziel, einen Ersteindruck der Lage mit Abschätzung der Anzahl exponierter Personen und einer Gefahrenanalyse zu erhalten. Auf dieser Basis erfolgt dann eine Lagemeldung, beispielsweise an die Leitstelle, um ggf. weitere Einsatzmittel nachzualarmieren. Zuletzt gab es vermehrt Bemühungen dahingehend, bei größeren rettungsdienstlichen Einsatzlagen neben Verletzten/Erkrankten (= Patienten) auch die Bedürfnisse und Bedarfe betroffener Personen (= Betroffene) hinreichend zu berücksichtigen und damit einhergehend auch begriffliche Abgrenzungen herbeizuführen (■ **Infobox 1**). Die Bezeichnung „Betroffener“ als „Person, auf die ein Er-

eignis direkt oder indirekt einwirkt, die hierdurch beeinträchtigt wird, aber kein Patient ist“, wurde zwischenzeitlich auch in die DIN 13050 – Begriffe im Rettungswesen – aufgenommen [8].

Die „psychische erste Hilfe“, die als Basiskompetenz bereits durch Einsatzkräfte des Rettungsdiensts geleistet werden muss, aber auch Maßnahmen der „psychosozialen Akuthilfe“, die durch die frühzeitige Integration von Fachkräften der Notfallseelsorge oder Mitarbeitenden aus Kriseninterventionsteams sichergestellt werden kann, stellen wertvolle Angebote für Betroffene dar [3].

Dennoch scheint es noch nicht flächendeckend zu gelingen, die Versorgung Betroffener adäquat in den regionalen Einsatzplanungen zu berücksichtigen. In vielen Fällen sind auch die Zuständigkeiten dahingehend nicht hinreichend geklärt. So regeln die Landesrettungsdienstgesetze üblicherweise nur die Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter, nicht jedoch Betroffener. Beispielsweise geht aus § 2 Abs. 2 des Rettungsgesetzes NRW die Zuständigkeit des Rettungsdiensts lediglich für die Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bei außergewöhnlichen Schadensereignissen hervor [12]. Regelungen zur Versorgung von Betroffenen finden sich zwar im *Landeskonzept der überörtlichen Hilfe NRW „Sanitäts- und Betreuungsdienst“*, allerdings wird die Betreuung hier als „Aufgabenbereich im Katastrophenschutz zur sozialen und



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

### Infobox 1

#### Abgrenzung exponierte Person, Patient und betroffene Person [5]

- *Exponierte Person*: Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) wirkt und die hierdurch beeinträchtigt sein kann
- *Patient*: Person, deren Zustand den Einsatz ausreichend geschulter Personals für medizinische Versorgung und/oder einen geeigneten Transport erfordert  
Eine Person, die Patient ist, kann erkrankt oder verletzt sein.
- *Betroffene Person*: Eine Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) wirkt, die hierdurch beeinträchtigt sein kann und nicht Patient ist

psychosozialen Versorgung von betroffenen, aber unverletzten Personen“ definiert. Der Einsatz einer Betreuungsgruppe oder die Einrichtung eines Betreuungsplatzes 500 erfolgt nach diesem Konzept nur bei ausgedehnten Flächenlagen oder Großeinsatzlagen/Katastrophen [13]. Die zuvor genannte Definition der Betreuung als „Aufgabenbereich im Katastrophenschutz zur sozialen und psychosozialen Versorgung von Betroffenen“ [2] lässt auch fälschlicherweise auf eine ausschließliche Wahrnehmung der Aufgabe „Betreuung“ im Katastrophenschutz rückschließen. In Berlin existiert seit 2021 ein eigenständiges Gesetz über die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV), in dem detaillierte Regelungen zu psychosozialen Akuthilfen für Betroffene von Unglücksfällen enthalten sind [11]. Insgesamt variiert der Stellenwert der Versorgung Betroffener in den regionalen Einsatzplänen enorm. In einige Konzepte zur Bewältigung größerer Schadenslagen bzw. eines Massenfalls von Verletzten sind Kriseninterventions-teams und Fachkräfte der Notfallseelsorge auf kommunaler Ebene eingebunden, in einige aber auch nicht. Eine einheitliche, standardisierte Integration von Betreuungs- und PSNV-Kräften, auch unterhalb der Schwelle zur Großeinsatzlage oder Katastrophe, fehlt, wenngleich schon vor vielen Jahren auf entsprechenden Regelungsbedarf hingewiesen worden ist [3]. Insbesondere fällt aber auch auf, dass zwar planerische Verteilungsschlüssel das Aufkommen von Verletzten/Erkrankten einschätzen lassen, allerdings finden sich keine dokumentierten Erfahrungswerte

### Infobox 2

#### Definition des Massenfalls von Verletzten/Erkrankten (MANV), nach [2, 8]

*Massenfall von Verletzten/Erkrankten (MANV)*

- Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten sowie anderen Geschädigten oder *Betroffenen*, die besondere planerische und organisatorische Maßnahmen erfordert, weil er mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung der präklinischen und klinischen Versorgung nicht bewältigt werden kann (BBK-Glossar)
- Notfall, mit einer großen Anzahl von Verletzten und/oder Erkrankten sowie *Betroffenen* (DIN 13050:2021-10)

oder Daten zum prozentualen Aufkommen von Betroffenen an derartigen Einsatzstellen.

#### Sichtung und Betreuungsbedarfserhebung

In der 8. Sichtungskonsensus-Konferenz wurde eine *Betreuungsbedarfserhebung als standardisierter Handlungsablauf zur Festlegung des Betreuungsbedarfs und zur Priorisierung von Betreuungsleistungen für betroffene Personen* definiert [5]. Im Rahmen von Ersteinschätzung, Vorsichtung und Sichtung soll während der Abschätzung der Anzahl von Exponierten und der medizinischen Zustandsbeurteilung auch die Erfassung der Anzahl von Betroffenen erfolgen. Weiterhin muss bereits in einer frühen Phase bewertet werden, ob vulnerable Gruppen unter den Betroffenen sind (z. B. ältere Menschen oder Kinder). Kinder und Jugendliche sind als Betroffene hinsichtlich der Entwicklung von Traumafolgestörungen (posttraumatische Belastungsstörung) und weiteren negativen psychischen Ereignisfolgen besonders gefährdet [1]. Ein Algorithmus zur standardisierten Betreuungsbedarfserhebung hat sich bislang jedoch nicht durchgesetzt. Seitens der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. wurde ein standardisiertes Verfahren zur Ermittlung von Betreuungsbedarf und zur Priorisierung von Betreuungsleistungen in der Akutphase von entsprechenden Einsätzen veröffentlicht, in Bezug auf die Anwendbarkeit existieren bislang allerdings noch keine Erfahrungswerte [7].

Auch wenn der Begriff Betreuungssichtung bewusst vermieden wurde, um die medizinische Sichtung klar abzugrenzen, soll aus dem Sichtungsprozess auch die Identifizierung und Kenntlichmachung Betroffener regelhaft hervorgehen können.

Es ist davon auszugehen, dass die Abgrenzung Betroffener von Patientinnen und Patienten der Sichtungskategorie (SK) III (grün) im Rettungsdienst nicht hinreichend gelingt. Hierzu trägt vermutlich auch bei, dass im Rahmen der Initialphase der Sichtung gefährdete Patientinnen und Patienten entsprechend den gängigen Vorsichtungs-Algorithmen zunächst als der Sichtungskategorie III zugehörig registriert werden [9, 15]. Für die rettungsdienstliche Einsatzplanung wird im Ergebnis der Sichtungskonsensus-Konferenz 2017 ein Verteilungsschlüssel von 20% SK I, 30% SK II und 50% SK III zugrunde gelegt [4]. Zuletzt sind einige Veröffentlichungen erschienen, aus denen reale Verteilungen, aufgeschlüsselt nach Schadensereignissen, hervorgehen [14, 15]. Auch wenn die Einsatzrealität nicht der zuvor genannten Verteilung folgt, so scheint dennoch – insbesondere aufgrund von abweichenden Verteilungen bei Verkehrsunfällen und Anschlags-/Terroriszenarien – ein derartiger Schlüssel zur MANV-Planung sinnvoll zu sein. Bislang nicht abgebildet und diskutiert wurde allerdings der prozentuale Anteil Betroffener an der Gesamtzahl exponierter Personen. Aus einer eigenen Erhebung aus Berlin aus dem Jahr 2018 ( $n = 600$  Exponierte), im Rahmen derer im Nachgang zur 7. Sichtungskonsensus-Konferenz bewusst zwischen Patientinnen/Patienten und Betroffenen unterschieden worden ist, geht ein signifikanter Anteil Betroffener bei den verschiedenen MANV-Ereignissen hervor (■ Tab. 1). Diese Problematik ist in Einsatzplanungen bislang weitestgehend unbeachtet geblieben.

#### Betreuung und psychosoziale Notfallversorgung

Um eine adäquate und effektive Hilfe für Betroffene unmittelbar während eines Schadensereignisses anbieten zu können, bedarf es der Integration der Versorgung Betroffener in die MANV-Pläne der Ret-

**Tab. 1** Verteilung von Exponierten mit Unterteilung der Verletzten/Erkrankten anhand der verschiedenen Sichtungskategorien – eigene Auswertung aus dem Jahr 2018

	Verletzte/Erkrankte			Betroffene	
	SK I	SK II	SK III		
Gesamt	36 % (n = 217)	11 %	13 %	76 %	64 % (n = 383)
Brand	57 % (n = 90)	9 %	13 %	78 %	43 % (n = 68)
Unfall	74 % (n = 87)	22 %	23 %	56 %	26 % (n = 23)
		27 %	0 %	73 %	
Polizeilage	4 % (n = 11)	27 %	0 %	73 %	96 % (n = 264)
		27 %	0 %	73 %	
CBRN	65 % (n = 51)	0 %	2 %	98 %	35 % (n = 28)
		0 %	2 %	98 %	

**Tab. 2** Kräfteansatz zur psychosozialen Akuthilfe bei Einsätzen mit einer Vielzahl betroffener Personen, modifiziert nach [6]

	Kräfteansatz gesamt (Faktor 0,1–0,3)	Komplexität und Kräfteansatz		
		Kategorie I	Kategorie II	Kategorie III
Betreuung 10 (1–10)	1–3	1	2	3
Betreuung 20 (11–20)	2–6	2	4	6
Betreuung 30 (21–30)	3–9	3	6	9
Betreuung 40 (31–40)	4–12	4	8	12
Betreuung 50 (41–50)	5–15	5	10	15

*Kategorie I* geringe Betreuungsintensität, wenig dynamisch, *Kategorie II* starke Betreuungsintensität, wenig dynamisch (Kinder, alte Menschen), *Kategorie III* starke Betreuungsintensität, hohe Dynamik (CBRN, viele Vermisste)

tungsdienststräger [10]. Weiterhin müssen die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes in Bezug auf die zu erwartende Versorgung Betroffener hinreichend sensibilisiert und geschult sein. Damit einher geht aber auch die frühzeitige Parallelalarmierung von Einsatzkräften, die die psychosoziale Akuthilfe sicherstellen können. Auch schon unterhalb der Schwelle zu sogenannten Großeinsatzlagen und Katastrophen, in denen aber ein größerer Betreuungsbedarf besteht, sollten entsprechende Schnelleinsatzgruppen (SEG) alarmiert werden können.

Insbesondere muss auch ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass Betroffene und Patientinnen/Patienten der SK III an Einsatzstellen hinreichend unterschieden werden. Auch für die Betreuungsbedarfserhebung sollten geeignete Planungsschemata bzw. Algorithmen zur Anwendung kommen.

In eben diesem Zusammenhang wurde jüngst seitens des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) eine Fachempfehlung für den PSNV-Einsatz in komplexen MANV-Lagen ver-

öffentlicht, aus der auch ein Kräfteansatz für PSNV-B-Lagen (psychosoziale Notfallversorgung Betroffener) hervorgeht. Der Personalbedarf bei größeren Schadenslagen mit PSNV-B liegt demnach bei 1:10 bis 1:5 (PSNV-Kräfte zur Anzahl Betroffener), wobei die Betreuungs- und Personalintensität von statischen und dynamischen (Einsatz-)Faktoren abhängig ist. Sobald mindestens 3 PSNV-Einsatzkräfte vor Ort sind, wird darüber hinaus der Einsatz einer PSNV-Führungskraft empfohlen ([6]; **Tab. 2**). Auf diese Weise kann eine Anbindung der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV-B) an entsprechende Alarmstichworte (z.B. Betreuung 10) sichergestellt werden. Zudem bietet die Fachempfehlung des BBK eine wertvolle Orientierung zum Kräfteansatz im Rahmen der psychischen Ersten Hilfe durch den Rettungsdienst oder die Feuerwehr. Die Empfehlungen des BBK sollten in den Einsatzplänen des Rettungsdienstes Berücksichtigung finden. Weiterhin empfiehlt es sich, dass neben dem Massenansturm von Verletzten/Erkrankten regelhaft auch solche Ereignisse mitgedacht werden, bei

denen der Massenansturm Betroffener überwiegt (z.B. komplexe Wohnhausbrände ohne Verletzte). Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat dies erkannt und definiert den Massenansturm von Verletzten (MANV) als „Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder anderen Geschädigten oder Betroffenen, der besondere planerische und organisatorische Maßnahmen erfordert“ [2]. Es wäre wünschenswert, wenn ein derart umfassendes Begriffsverständnis tatsächlich auch in der Einsatzpraxis etabliert würde.

### Korrespondenzadresse

**Dr. med. Florian Breuer**  
 Ärztliche Leitung Rettungsdienst Rheinisch-Bergischer Kreis, Amt für Rettungsdienst, Bevölkerungsschutz und Brandschutz  
 Am Rübezahlwald 7, 51469 Bergisch Gladbach, Deutschland  
 Florian.Breuer@rbk-online.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Breuer und H. Karutz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

### Literatur

- Blank-Gorki V, Breuer F, Fegert AK, Neumann T, Niedermeier M, Rielage T, Karutz H (2019) Komplexe Gefahren- und Schadenslagen mit Kindern und Jugendlichen: Häufigkeit in Deutschland und Analyse psychosozialer Versorgungsstrukturen. Notfall Rettungsmed 23:364–369
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Glossar. Glossar – BBK. bund.de. Zugriffen: 10. März 2024
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2012) Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qu alitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qu alitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?__blob=publicationFile&v=6). Zugriffen: 10. März 2024
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2017) 7. Sichtungskonsensus-Konferenz 2017 (protokoll-7sikokon-download.pdf (bund.de) zugriffen: 10.03.2024)
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2019) 8. Sichtungskonsensus-Konferenz 2019 (protokoll-8sikokon-download.pdf (bund.de) zugriffen: 10.03.2024)
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2022) Checklisten und Infos für den PSNV-Einsatz in komplexen Lagen – Führungsmittel für PSNV Führungskräfte

- te. [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/NOAH/checklisten-und-infos-psnv-einsatz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/NOAH/checklisten-und-infos-psnv-einsatz.pdf?__blob=publicationFile&v=4). Zugegriffen: 25. Juni 2023
7. Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e. V. Betreuungsbedarfserhebung und -leistungssteuerung in der Akutphase von Einsatzereignissen. [https://dgkm.org/wp-content/uploads/2022/04/DGKM-Katastrophenmedizin\\_BiA\\_.pdf](https://dgkm.org/wp-content/uploads/2022/04/DGKM-Katastrophenmedizin_BiA_.pdf). Zugegriffen: 10. März 2024
  8. Deutsches Institut für Normung (2021) Begriffe im Rettungswesen – DIN 13050:2021-10 (Ersatz für DIN 13050:2015-04)
  9. Kanz KG, Hornburger P, Kay MV, Mutschler W, Schäuble W (2006) mSTaRT – Algorithmus für Sichtung, Behandlung und Transport bei einem Massenfall von Verletzten. Notfall Rettungsmed 9:264–270
  10. Karutz H, Fegert A-K, Blank-Gorki V (2018) Psychosoziale Akuthilfen bei einem Massenfall direkt oder indirekt betroffener Kinder. Notarzt 34:178–187
  11. Land Berlin (2021) Gesetz über die psychosoziale Notfallversorgung für das Land Berlin (Psychosoziales Notfallversorgungsgesetz – PSNVG). <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-PsychNotVersGBErahmen/part/X> (Erstellt: 27. Aug. 2021). Zugegriffen: 11. März 2024
  12. Land Nordrhein-Westfalen (1992) Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW) mit Stand vom 5. März 2024 SGV Inhalt: Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW) | RECHT.NRW.DE zugriffen: 10. März 2024
  13. Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (2013) Landeskonzzept der überörtlichen Hilfe NRW „Sanitäts- und Betreuungsdienst“ (2013\_07\_01\_landeskonzzept\_ueberoertliche\_sanibetr.pdf (nrw.de) zugriffen: 10.03.2024)
  14. Sefrin P (2018) Sichtung bei Massenfall von Verletzten/Erkrankten – wie und wer? Notarzt 34:238–242
  15. Stuhr M, Hinz P, Haedige F, Wirtz S, Kerner T (2022) Developments in the range of activities of medical incident officers in the urban setting—a retrospective analysis of the emergency responses of the Hamburg fire department’s medical incident officers. Dtsch Arztebl Int 119:96–97
  16. Trümpler S, Hübner M, Bohn A (2018) Massenfall von Verletzten/Erkrankten (MANV) – die frühe Phase der Einsatzbewältigung. Notfallmedizinupdate 13:39–51

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.