

## **BRANDDIREKTION**

# **Sonderschutzplan**

## **Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV)**

**SSP 01-2013**

**Stand: 21.06.2020**

Herausgeber:

Stadt Frankfurt am Main, Branddirektion

37.G 23, Gefahrenabwehrplanung und Untere Katastrophenschutzbehörde

Feuerwehrstraße 1, 60435 Frankfurt am Main

# Sonderschutzplan

	Branddirektion Frankfurt a.M. G 23.1 - CV	<b>MANV</b> Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten	SSP-Nr.: 01 - 2013
			Stand: 21.06.2020
			Az.: G 23.1.15.1.2

<b>Geltungsdauer:</b>	<b>Vom:</b> 01.04.2021	<b>Bis:</b> neue Version
<b>Geltungsbereich:</b>	Stadtgebiet Frankfurt am Main	

## Anwendungsbereich

Dieser Sonderschutzplan ist anzuwenden bei Schadensereignissen mit einem Massenanfall von konkret mehr als 5 Verletzten oder Erkrankten (MANV). Er beschreibt die Aufgaben und Maßnahmen im **Einsatzabschnitt Rettungsdienst** (vgl. § 7 HRDG) als Bestandteil einer Führungsorganisation im Rahmen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr nach § 41 HBKG.

Die Einstufung eines MANV definiert sich über die zu erwartende Patientenzahl. Folgende Stufen sind vorgeplant:

Stufe (= Alarmierungsstichwort)	Erkrankte oder Verletzte	
	von	bis zu
MANV 10	6	10
MANV 25	11	25
MANV 50	26	50
MANV 100	51	100
MANV 250	101	250
MANV 500	251	500
MANV 750	501	750
MANV 1000	751	1000

## Ziele

Es gilt aus einem anfänglichen Ressourcenmangel möglichst schnell die individualmedizinische Behandlung wiederherzustellen. Die initiale Chaosphase ist durch eine frühzeitige Raum- und Kräfteordnung so zügig wie möglich zu beenden. Im Detail lassen sich folgende Zielstellungen zusammenfassen:

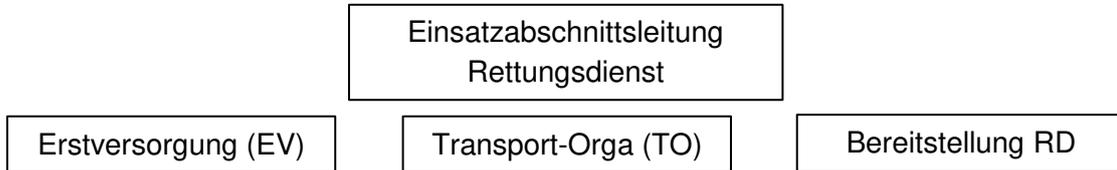
- Schnellstmögliche Vorsichtung durch Notfallsanitäter bzw. Rettungsassistenten
- Schnellstmögliche **nach Sichtungskategorien priorisierte** Versorgung und Transport in geeignete klinische Einrichtungen
- Erstversorgung der SK-I/II-Patienten an der Einsatzstelle vornehmlich durch die HLF der BF, damit die wertvollen Ressourcen RTW und N-KTW entsprechend ihres einsatztaktischen Zwecks möglichst ausschließlich für den Patiententransport eingesetzt werden können.
- Einbindung der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) im Sinne des PSNV-Konzeptes
- Gewährleistung der Grundversorgung des Stadtgebietes unter Inkaufnahme verhältnismäßiger Einschränkungen

# Sonderschutzplan

	<b>Branddirektion Frankfurt a.M. G 23.1 - CV</b>	<b>MANV</b> Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten	SSP-Nr.: 01 - 2013
			Stand: 21.06.2020
			Az.: G 23.1.15.1.2

## Grundsätzliche Einsatzstellenorganisation

Folgende grundsätzliche Einsatzstellenorganisation ist auf alle MANV-Stufen anzuwenden:



Ab der MANV-Stufe 50 sollen durch die EAL Rettungsdienst aus den Tätigkeitsfeldern „Erstversorgung“, „Transport-Orga“ und „Bereitstellung RD“ Untereinsatzabschnitte mit entsprechenden Unterabschnittsleitungen etabliert werden („Führungsorganisation 50+“). Die Einsatzmittel- und Führungsdienstbeschickung ist entsprechend ausgelegt.

### Einsatzabschnittsleitung (EAL) Rettungsdienst

Die Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst besteht grundsätzlich aus einem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OLRD), einem Leitenden Notarzt (LNA) sowie einem C- oder B-Führungsdienst (FüDi) der BF mit ELW und mind. einem Führungsassistenten (FüAss). Ab der MANV-Stufe 50 oder bei Bedarf wird die Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst durch einen Organisatorischen Leiter PSNV (OL-PSNV) beratend unterstützt.

### Erstversorgung

Die Erstversorgung (EV) beinhaltet die Vorsichtung durch NotSan/RA, die medizinische Versorgung der Patienten in der Schadenstelle bzw. den Patientenablagen (PA) sowie den Patiententransport innerhalb der Einsatzstelle.

Die Vorsichtung dient der schnellen Einteilung in Sichtungskategorien (SK). Folgende Sichtungskategorien werden unterschieden:

SK	Beschreibung	Konsequenz
I	Akute vitale Bedrohung	Sofortbehandlung Höchste Transportpriorität
	Fortbestehender Atemstillstand nach Freimachen der Atemwege	Sofortbehandlung Höchste Transportpriorität ... sofern keine anderslautende <b>ärztliche</b> Weisung erfolgt
II	Schwer verletzt/erkrankt	Dringliche Behandlung
III	Leicht verletzt/erkrankt	Nicht-dringliche Behandlung

Eine Patientenablage ist eine Stelle, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt, erstversorgt und anschließend an die Transport-Orga übergeben werden. Von Einsatzkräften außerhalb der Schadenstelle eingerichtete und geordnete Patientenablagen werden als „strukturierte Patientenablagen“ bezeichnet. Auch Verletztenansammlungen innerhalb der Schadenstelle können bei statischen Lagen Patientenablagen (SK I/II) im Sinne dieses SSP sein, sofern diese sich außerhalb eines Gefahrenbereichs befinden (Beispiel: Verletzte in einem Straßenbahnwagen nach VU). Der Einrichtung eines Behandlungsplatzes ist der schnelle Transport in klinische Einrichtungen immer vorzuziehen.

### Transport-Orga

In der Transport-Orga (TO) werden den Patienten die Transportmittel und das Zielkrankenhaus zugewiesen. Hierzu gehören ferner der koordinierte Abtransport der Patienten und damit die Sicherstellung, dass stets eine angemessene Zahl von Transportmitteln zur Übernahme von Patienten in der Ladezone zur Verfügung steht. Der Patiententransport durch die Besetzung von Transportmitteln von der Patientenablage zum Fahrzeug gehört ebenfalls zum EA Transport-Orga.

Transportmittel im Sinne dieses SSP sind alle Rettungsdienstfahrzeuge, die für den Transport und die Überwachung konstruiert und ausgerüstet sind. Im Detail handelt es sich hierbei um Krankenkraft-

# Sonderschutzplan

 Branddirektion Frankfurt a.M. G 23.1 - CV	<b>MANV</b> Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten	SSP-Nr.: 01 - 2013
		Stand: 21.06.2020
		Az.: G 23.1.15.1.2

wagen des Typs B (N-KTW, KTW-B) und des Typs C (RTW, MZF) i.S.d. DIN 13050 sowie KTW-4.

Die Ladezone ist eine Stelle, an der Transportmittel vorübergehend abgestellt werden, um Patienten aus einer Patientenablage oder einem Behandlungsplatz für einen Transport aufzunehmen.

## Bereitstellung RD

In der Bereitstellung RD werden Einsatzkräfte und Einsatzmittel des EA Rettungsdienst gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten.

## Einsatzgrundsätze

Jede Einsatzkraft hat sich – losgelöst von der zu erwartenden eigenen Verwendung – folgende Einsatzgrundsätze im Rahmen der Einsatzvorbereitung sinngemäß zu verinnerlichen:

### Allgemeine Einsatzgrundsätze

- Als oberster Grundsatz gilt **„Finde die Roten!“**. Hiermit soll verdeutlicht werden, dass SK-I-Patienten schnellst möglich identifiziert, erstversorgt und einer klinischen Einrichtung zugeführt werden.
- SK-I-Patienten sind möglichst auf direktem Wege den je nach Verfügbarkeit geeignetsten Transportmitteln und somit einer zeitnahen klinischen Versorgung zuzuführen. Kein Warten auf das Eintreffen des diensthabenden OLRD/LNA! Eine Behandlung von SK-I-Patienten in der Patientenablage bzw. auf dem Behandlungsplatz ist grundsätzlich nur dann vorgesehen, wenn aufgrund der Mangelverwaltung keine Transportressourcen zur Verfügung stehen. Die Einsatzstellenstrukturierung darf keine Menschenleben kosten!
- Die Zahl der zu alarmierenden NEF, RTW und KTW innerhalb der einzelnen MANV-Stufen ist variabel und orientiert sich am konkret anzunehmenden Patientenaufkommen. Vgl. Anlage 1a der AAO (MANV-Stichworte).
- Inwieweit das ersteintreffende HLF zunächst eine technische, medizinische oder kombinierte Rettung einleitet, ist lageabhängig und liegt im Ermessen der Einsatzleitung. Unbenommen hiervon sind im Einsatzabschnitt Rettungsdienst die zur Verfügung stehenden HLF je nach Schwerpunkt in erster Priorität als „EV-HLF“ und in zweiter als „ORGA-HLF“ einzusetzen (vgl. Anlage 1).
- Die Kommunikation erfolgt gemäß Betriebskonzept Digitalfunk. Ein Auszug mit den einschlägigen Kommunikationsplänen findet sich in Anlage 4.

### Einsatzgrundsätze für die Einsatzabschnittsleitung (EAL)

- Die EAL Rettungsdienst besteht aus dem OLRD, dem LNA sowie einem Führungsdienst der BF.
- Auch einer zu Beginn eines Einsatzes ggf. nur teiletablierten Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst (z.B. OLRD vor Ort und FÜ-Dienst BF sowie LNA noch auf Anfahrt) obliegt bis zur deren Volletablierung die Gesamtkompetenz „Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst“.
- Bei aufwachsenden Einsatzstellen („Führungsorganisation 50+“) rückt der C-Dienst der EAL Rettungsdienst nach Ablösung durch einen B-Dienst in die UEAL Erstversorgung. Der ELW des C-Dienstes bleibt Abschnittsführungsstelle der EAL Rettungsdienst.
- Die Transportmittel sind möglichst ausschließlich für den Patiententransport einzusetzen. Unbenommen hiervon muss durch die EAL wiederkehrend evaluiert werden, inwieweit die Ressourcen in der Erstversorgung ausreichend sind. Bei dringender Erforderlichkeit können RTW oder N-KTW temporär zur Unterstützung auch in der Erstversorgung verwendet werden.
- Bis zum Eintreffen des OLRD und des LNA übernimmt die Besatzung des ersteintreffenden Frankfurter NEF als „OL-Erstversorgung“ bzw. „NA-Erstversorgung“ erforderliche zentrale rettungsdienstlich-organisatorische Aufgaben insbesondere in der Erstversorgung. Auch das betriebseigene NEF der Fraport AG stellt ein Frankfurter NEF im Sinne dieses SSP dar.

### Einsatzgrundsätze der Erstversorgung

- Hauptziel der Vorsichtung ist das schnellstmögliche Identifizieren und Retten der SK-I-Patienten. **FINDE DIE ROTEN!**

# Sonderschutzplan

 Branddirektion Frankfurt a.M. G 23.1 - CV	<b>MANV</b> Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten	SSP-Nr.: 01 - 2013
		Stand: 21.06.2020
		Az.: G 23.1.15.1.2

- SK-I-Patienten sind - solange unmittelbar verfügbar - direkt in die Transportmittel zu verbringen. Die Stabilisierung erfolgt in diesen Fällen nicht an der Einsatzstelle, sondern möglichst während des Transports.
- Die Vorsichtung erfolgt nach Anlage 5 und obliegt den RettAss bzw. NotSan der HLF (BF) sowie bei zwingendem Bedarf des ersteintreffenden RTW. Soweit möglich erfolgt die Sichtung direkt in der Schadenstelle. Es ist geeignete persönliche Schutzausrüstung (Sicherheitsschuhwerk, Schutzhelm, etc.) zu tragen.
- Im Rahmen der Vorsichtung sind Lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) durchzuführen:
  - Stillen lebensbedrohlicher Blutungen
  - Freihalten der Atemwege
  - Lagerung
- Sofern die einsatztaktische Notwendigkeit besteht (z.B. exorbitant hoher und ressourcenbindender Anteil von SK-I-Patienten), kann der LNA den priorisierten Transport zunächst aller nicht mit „ATEMSTILLSTAND“ vorgesehenen Patienten anweisen.
- Die Vorsichtung hat unabhängig von der jeweiligen MANV-Stufe unter konsequenter Verwendung der Verletztenanhängekarten (VAK) und der damit einhergehenden Zuweisung einer eindeutigen SK und Patientennummer zu erfolgen. Nähere Informationen finden sich in Anlage 6.
- Vorsichtung/Sichtung ist ein wiederkehrender Prozess. Je nach Möglichkeit sind die Patienten fortlaufend immer wieder nach zu sichten und ggf. die SK anzupassen. Nähere Informationen finden sich in Anlage 6.
- Spontan gebildete Patientenablagen sind in der Anfangsphase nicht oder nur sehr bedingt steuerbar. In der Regel muss auf ihnen aufgebaut werden. Dies ist bei der Raumordnung zu berücksichtigen.
- Für die SK-III-Patienten ist spätestens ab MANV 50 (Führungsorganisation 50+) grundsätzlich eine abgesetzte Patientenablage SK III einzurichten. Diese ist räumlich und organisatorisch von der Patientenablage SK I/II zu trennen.
- Leisten bei Eintreffen der Einsatzkräfte bereits Unverletzte oder SK III-Patienten anderen Betroffenen Erste Hilfe, sollten diese zunächst nicht zu Gunsten von Raumordnungsmaßnahmen (Absonderung der SK III-Patienten / Unverletzte) „zwangs“separiert werden.
- Zur Versorgung in einer strukturierten Patientenablage SK I/II ist je Patient eine Fläche von 3 x 3 m als optimal anzusehen.
- Die Raumorganisation strukturierter Patientenablagen muss so weitblickend sein, dass hier eine adäquate Erstversorgung über einen längeren Zeitraum stattfinden kann. Es kann u.U. sinnvoll sein, Patientenablagen im weiteren Verlauf zu Behandlungsplätzen aufwachsen zu lassen.
- Die notärztliche Unterstützung ist vor Ort an einem oder wenigen Notarztstützpunkten („Notarztpool“) im Bereich der Patientenablage(n) SK I/II zu bündeln. Die Maßnahmen der Notärzte sollen sich grundsätzlich auf die Stabilisierung der Vitalfunktionen und die Schmerzbekämpfung beschränken. Die Entscheidung, ob ein Patiententransport von einem Notarzt begleitet wird, obliegt dem ersteintreffenden Notarzt, nach dessen Eintreffen dem LNA und auf dessen Weisung im Falle der Unterabschnittsbildung ggf. dem verantwortlichen NA in der UEAL Erstversorgung (NA-EV) innerhalb seiner Zuständigkeit.
- Erst mit der Übernahme eines Patienten durch die Besatzung eines Transportmittels erfolgt der Wechsel der Zuständigkeit von der Erstversorgung zur Transport-Orga.

## Einsatzgrundsätze der Transport-Orga

- Der Abtransport von SK-I-Patienten darf nicht durch den Abtransport von SK-II- oder gar SK-III-Patienten verzögert werden. Ebenso darf der Abtransport von SK-II-Patienten nicht durch den Abtransport von SK-III-Patienten verzögert werden.
- Bei beengten räumlichen Verhältnissen empfiehlt es sich, die Ladezone in einen Ladebereich, einen Pufferbereich und ggf. einen Wendebereich aufzuteilen.
- Die Anforderung von Transportmitteln aus dem Bereitstellungsraum RD erfolgt direkt durch den Koordinator Ladezone (D-Dienst ORGA-HLF). Bei diesem Vorgang handelt es sich um einen vorgeplanten und somit legalisierten Durchgriff durch die Linienorganisation der Führung (kurz: Führungsdurchgriff).
- Unnötige Verzögerungen beim Patientenabtransport durch stockendes Nachführen von Rettungsmitteln aus dem Bereitstellungsraum RD sind auszuschließen. Andererseits ist ein unkontrolliertes „Zulaufen“ der Einsatzstelle zu verhindern.

# Sonderschutzplan

 Branddirektion Frankfurt a.M. G 23.1 - CV	<b>MANV</b> Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten	SSP-Nr.: 01 - 2013
		Stand: 21.06.2020
		Az.: G 23.1.15.1.2

- Die Flächen in der Ladezone sind ausschließlich den transportierenden Rettungsmitteln (Transportmittel) vorbehalten und dienen jenen zur Übernahme der Patienten. Jegliche Form der Zweckentfremdung ist zu unterlassen.
- Die Aufenthaltsdauer der Transportmittel in der Ladezone ist so kurz wie möglich zu halten.  
Keine Behandlung in der Ladezone!
- Zur Dokumentation an der Einsatzstelle dient die VAK (siehe Anlage 6). Im weiteren Verlauf erfolgt die reguläre Dokumentation mittels der in der Regelversorgung verwendeten Protokollvorlagen. Unterhalb der Katastrophenschwelle obliegt das Auskunftswesen ausschließlich der Polizei. Anfragen von Angehörigen etc. sind daher an die Polizei zu verweisen.
- Die Krankenhaus-Zuweisung erfolgt über IVENA® MANV mittels PZC.

## Einsatzgrundsätze für die Bereitstellung Rettungsdienst

- Der EA Rettungsdienst verfügt über einen eigenen Bereitstellungsraum (Bereitstellungsraum RD). Dieser ist zunächst inaktiv und darf erst nach dessen Aktivierung mit Einheiten beschickt werden. Der Bereitstellungsraum RD kann in der Örtlichkeit dem Bereitstellungsraum der Einheiten für Brandschutz und Allgemeine Hilfe entsprechen.
- Die örtliche Festlegung des zunächst noch inaktiven Bereitstellungsraums RD obliegt grundsätzlich der Leitstelle. Sie hat nach taktischen Gesichtspunkten sowie proaktiv unmittelbar nach der MANV-Alarmierung zu erfolgen. Sofern bereits vor Ort (z.B. bei aufwachsenden Einsatzstellen) steht es dem Technischen Einsatzleiter selbstverständlich frei, die örtliche Festlegung selbst vorzunehmen. Der für den Bereitstellungsraum RD festgelegte Ort ist der EAL Rettungsdienst mitzuteilen.
- Bis zur Aktivierung des Bereitstellungsraums RD ist sprachgebräuchlich zwingend die Bezeichnung „Inaktiver Bereitstellungsraum RD“ zu verwenden.
- „Inaktiver Bereitstellungsraum RD“ weist an: Die in den EA Rettungsdienst alarmierten Einheiten haben unmittelbar die Einsatzstelle anzufahren.
- „Aktivierter Bereitstellungsraum RD“ weist an: Die in den EA Rettungsdienst alarmierten und noch nicht im Status 4 befindlichen Einheiten (mit Ausnahme B-Dienst, C-Dienst, OLRD, LNA) haben den Bereitstellungsraum RD anzufahren, sofern sie nicht explizit zur Einsatzstelle beordert werden.
- Die Aktivierung des zuvor i.d.R. von der Leitstelle örtlich festgelegten und noch inaktiven Bereitstellungsraums RD obliegt der EAL Rettungsdienst bzw. dem Technischen Einsatzleiter vor Ort. Dem taktisch idealen Zeitpunkt zur Aktivierung des Bereitstellungsraums RD ist daher eine besondere Bedeutung beizumessen, da hierdurch ein unkontrolliertes „Zulaufen“ der Einsatzstelle unterbunden werden kann. In begründeten Ausnahmefällen (z.B. aufgrund erfolgter Rückmeldungen aus der Einsatzstelle) kann die Aktivierung des Bereitstellungsraums RD auch durch den für die EAL Rettungsdienst alarmierten BF-Führungsdienst auch bereits auf der Anfahrt befohlen werden. Die Aktivierung des Bereitstellungsraums RD ist allen nachrückenden Kräften des EA Rettungsdienst mitzuteilen.
- Lageabhängig kann der Bereitstellungsraum RD am selben Ort wie der Bereitstellungsraum der Einheiten für Brandschutz und Allgemeine Hilfe eingerichtet werden. Organisatorisch jedoch ist der Bereitstellungsraum RD direkt dem EA Rettungsdienst angegliedert und untersteht somit der EAL Rettungsdienst.
- Bis zur Übernahme durch einen Mitarbeiter der OLRD-Gruppe oder einen anderen dafür bestimmten Führungsdienst (Führungsorganisation 50+) fungiert der im Bereitstellungsraum RD ersteintreffende RTW/N-KTW an dieser Stelle als Meldekopf. Bei Minderverfügbarkeit von Rettungsmitteln im Bereitstellungsraum RD ist notwendigerweise die Aufgabe „Meldekopf“ zu beenden und entsprechend der Anforderung die Einsatzstelle anzufahren. Die Aufgabe „Meldekopf“ geht dann ggf. auf den nächsten im Bereitstellungsraum RD eintreffenden RTW/N-KTW über.
- Die Regelungen des SSP „Sonderlagen bei Anschlägen“ bleiben unberührt.
- Für externe KatS-Einheiten gilt abweichend von vorgenannten Regelungen, dass diese grundsätzlich zunächst in einem abgesetzten Sammelraum gebündelt werden. Näheres hierzu ist in einem gesonderten SSP geregelt.

# Sonderschutzplan

 Branddirektion Frankfurt a.M. G 23.1 - CV	<b>MANV</b> Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten	SSP-Nr.: 01 - 2013
		Stand: 21.06.2020
		Az.: G 23.1.15.1.2

## Erweiterte Einsatzgrundsätze für CBRN-Lagen

- CBRN-Lagen bewirken eine lagebedingte Abweichung von den üblichen Versorgungsabläufen durch Einbeziehung der Not-Dekontamination als „ergänzende lebensrettende Sofortmaßnahme“.
- Unter Umständen kann zur Not-Dekontamination das Ablegen kontaminierter Kleidung schon ausreichend sein. Die abschließende Dekontamination erfolgt in den dafür geeigneten Krankenhäusern. Die Eignung der Krankenhäuser ist bei IVENA® hinterlegt.
- Kontaminierte (auch not-dekontaminierte) Verletzte sind auf der VAK durch das Ankreuzfeld „Kontaminiert“ zu kennzeichnen. Eine Kontaminationsverschleppung in die Krankenhäuser soll somit verhindert werden.

## Erweiterte Einsatzgrundsätze für Sonderlagen im Zusammenhang mit Anschlägen

- Die besonderen Maßnahmen und Einsatzgrundsätze bei Sonderlagen im Zusammenhang mit Anschlägen sind in einem gesonderten SSP geregelt.

## Aufgaben

Die Aufgaben der einzelnen Funktionsträger sind in Anlage 1 geregelt. Als Gedankenstützen dienen die funktionsbezogenen Schnellübersichten aus Anlage 2.

## Anlagen

- 1 Aufgabenzuweisung
- 2 Funktionsbezogene Schnellübersichten
- 3 Exemplarische Einsatzstellenorganisation 50+ (idealisierte Darstellung)
- 4 Kommunikationspläne (Auszug aus dem Betriebskonzept Digitalfunk)
- 5 PRIOR®
- 6 Handlungsanweisung zur Patienten-Kennzeichnung
- 7 Arbeitshilfen
- 8 Info-Flyer für externe RTW / KTW
- 9 Behandlungsstellen für Leichtverletzte (SK III)
- 10 Sekundärtransporte und Kräftesammelstelle Luft

## Verteiler

- 37 Sharepoint Einsatzplanung (Schwarzes Brett dienst.)
- 37.G 32 Zentrale Leitstelle
- 37.I 54
- 53 Gesundheitsamt FFM
- Betriebsleitungen RD-Leistungserbringer FFM
- Rettungsdienststräger  
der benachbarten Gebietskörperschaften
- Untere Katastrophenschutzbehörden  
der benachbarten Gebietskörperschaften
- 37.G 23 z.d.A.

Datum	Genehmigt
15/12/20	 (Frank)