



► Nr. VO/2020/09603
öffentlich

Lübeck, 10.12.2020

**Vorlage
-öffentlich-**

Verantwortliche Bereiche:
3.370 - Feuerwehr

Bearbeitung: Rüdiger Lüdtke (E-Mail: ruediger.luedtke@luebeck.de Telefon: 122-3710)

Öffentlich-rechtliche Vereinbarung für Schleswig-Holstein über die Durchführung der bodengebundenen Intensivtransporte

Beratungsfolge:

Datum	Gremium	Status	Zuständigkeit
18.01.2021	Senat	Nichtöffentlich	zur Senatsberatung
16.02.2021	Ausschuss für Umwelt, Sicherheit und Ordnung	Öffentlich	zur Vorberatung
23.02.2021	Hauptausschuss	Öffentlich	zur Vorberatung
25.02.2021	Bürgerschaft der Hansestadt Lübeck	Öffentlich	zur Entscheidung

Beschlussvorschlag:

Der Bürgermeister wird beauftragt, die im Entwurf beigefügte „Öffentlich-rechtliche Vereinbarung für Schleswig-Holstein über die Durchführung der bodengebundenen Intensivtransporte“ abzuschließen (Anlage 2 der Vorlage).

Verfahren:

Bereiche/Projektgruppen	Ergebnis
1.300 – Recht	Die Stellungnahme ist eingearbeitet.
1.201 – Haushalt und Steuerung	Zustimmung

Beteiligung von Kindern und Jugendlichen gem. § 47 f GO ist erfolgt:

Ja
Nein- Begründung:

Spezielle Belange von Kindern und Jugendlichen werden nicht berührt.

Die Maßnahme ist:

neu
freiwillig
vorgeschrieben durch:

Finanzielle Auswirkungen:

Ja (Anlage 1)
Nein

Auswirkung auf den Klimaschutz:

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja – Begründung:
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	

Begründung der Nichtöffentlichkeit
gem. § 35 GO:

Begründung:

Die Hansestadt Lübeck ist als Trägerin des Rettungsdienstes u. a. für die Durchführung von Intensivtransporten in ihrem Rettungsdienstbezirk zuständig (§§ 1 Abs. 2 und 3 Abs. 1 Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG)). Um die bodengebundenen Intensivtransporte für alle Rettungsdienstbereiche in Schleswig-Holstein wirtschaftlich zu gestalten, ist beabsichtigt, nur an den zentralen Standorten Kiel und Lübeck jeweils einen Intensivtransportwagen (ITW) mit Personalausstattung zu betreiben.

Neben der originären Zuständigkeit für die Durchführung von ITW-Transporten in ihren Rettungsdienstbereichen soll der Hansestadt Lübeck und der Landeshauptstadt Kiel damit auch die Zuständigkeit für die Durchführung von ITW-Transporten für die übrigen Rettungsdienstträger im Land Schleswig-Holstein übertragen werden. Eine Übernahme der Aufgabenträgerschaft erfolgt nicht. Rechtsgrundlage für diese Übertragung der Durchführung ist der anliegende Entwurf einer öffentlich-rechtlichen Vereinbarung.

Es ist ein ITW zu betreiben, der die Anforderungen der DIN 75076 erfüllen muss (§ 12 Abs. 2 SHRDG). Der ITW ist mit einer Ärztin / einem Arzt sowie zwei weiteren Kräften zu besetzen. Ärzt:innen müssen über die Qualifikation nach § 14 Abs. 2 SHRDG verfügen. Von den beiden weiteren Personen muss die eine Notfallsanitäter:in mit einer zusätzlichen Qualifizierung für Intensivtransporte sein und die andere mindestens Rettungssanitäter:in mit Einsatzerfahrung (§ 15 Abs. 4 SHRDG).

Es ist beabsichtigt, einen ITW ab dem 01. März 2021 zunächst für 6 Monate von montags bis freitags für maximal zwölf Stunden pro Tag vorzuhalten. Danach ist eine Vorhaltung des ITW bis zum 28. Februar 2023 bedarfsabhängig optional auch am Wochenende für maximal zwölf Stunden pro Tag vorgesehen, d. h. die zeitliche Vorhaltung von Fahrzeug und Personal kann ggf. entsprechend ausgeweitet werden, sofern Bedarf vorhanden ist.

Ein den Anforderungen entsprechender ITW wurde beschafft. Die Gestellung von Ärzt:innen befindet sich nach erfolgter Freigabe durch den Hauptausschuss am 24.11.2020 (VO/2020/09415) in der Ausschreibung. Die ITW-Besetzung mit den beiden nicht-ärztlichen Personen wird zu je einem Viertel durch die Feuerwehr Lübeck und durch die drei im Lübecker Rettungsdienst mitwirkenden Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz und Johanniter-Unfall-Hilfe erfolgen. Die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle steht noch aus. Es wird angestrebt, die zentrale Koordinierungsstelle bei der Leitstelle der Feuerwehr Kiel anzusiedeln. Diese übernimmt dann für beide in Schleswig-Holstein verfügbaren ITW die Koordinierung. Die Verhandlungen sind hierfür noch nicht abgeschlossen. Bis zur Implementierung einer zentralen Koordinierungsstelle werden die Transporte des Lübecker ITW durch die Feuerwehr Lübeck eigenständig disponiert.

Für die Gestellung von Ärzt:innen wurden inklusive der Durchführung von ITW-Transporten im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Vereinbarung folgende Kosten kalkuliert. Die optionale Vorhaltung am Wochenende wurde hierbei berücksichtigt:

01.03.2021 – 31.07.2021 (60 Wochenstunden)	= 1.303 Stunden	= ca. 109.500 €
01.08.2021 – 31.12.2021 (84 Wochenstunden)	= 1.825 Stunden	= ca. 152.000 €
01.01.2022 – 31.12.2022 (84 Wochenstunden)	= 4.380 Stunden	= ca. 366.000 €
01.01.2023 – 28.02.2023 (84 Wochenstunden)	= 744 Stunden	= ca. 62.000 €

Für die Gestellung des nicht-ärztlichen Personals sind entsprechend folgende Kosten kalkuliert. Zur Abdeckung von 60 Wochenstunden (Montag bis Freitag / 12 Std. täglich) werden 4,5 Vollkräfte (VK) pro Jahr benötigt. Zur Abdeckung von 84 Wochenstunden (Montag bis Sonntag / 12 Std. täglich) werden 6,5 VK benötigt

01.03.2021 – 31.07.2021 (60 Wochenstunden)	= 4,5 VK – 5 Monate	= ca. 103.225 €
01.08.2021 – 31.12.2021 (84 Wochenstunden)	= 6,5 VK – 5 Monate	= ca. 149.756 €
01.01.2022 – 31.12.2022 (84 Wochenstunden)	= 6,5 VK – 1 Jahr	= ca. 359.415 €
01.01.2023 – 28.02.2023 (84 Wochenstunden)	= 6,5 VK – 2 Monate	= ca. 59.902 €

Da es sich um die erstmalige Vorhaltung eines ITW handelt, ist eine Aufteilung der Vorhaltestunden auf den Rettungsdienstbereich der HL und auf darüber hinausgehende Vorhaltestunden erst nach Evaluation der tatsächlichen Inanspruchnahme möglich.

Die durch den Betrieb des ITW entstehenden Kosten werden vollumfänglich durch die Entgelte des Rettungsdienstes refinanziert. Eine entsprechende Anerkennung dieser Beträge durch die Kostenträger (Krankenkassen und Krankenkassenverbände) als Kosten des Rettungsdienstes liegt vor.

Die erforderlichen Haushaltsmittel für die Gestellung von Ärzt:innen sind bei den Produktsachkonten „127001.000.5455000 – Rettungsdienst / Erstattung für Aufwendungen von Dritten verbundener Unternehmen“ und „127001.000.5456000 - Rettungsdienst / Erstattung für Aufwendungen von Dritten sonstiger öffentlicher Sonderrechnung“, die für das nicht-ärztliche Personal bei dem Produktsachkonto „127001.000.5458000 - Rettungsdienst / Erstattung für Aufwendungen von Dritten übriger Bereiche“ und dem Personalkostenansatz des Produktes 127001 – Rettungsdienst geordnet.

Die Refinanzierung über Erträge des Rettungsdienstes ist im Produktsachkonto „127001.000.4321000 Benutzungsgebühren und ähnliche Entgelte“ enthalten.

Der als Anlage 2 beigefügte Vereinbarungsentwurf befindet sich noch in der redaktionellen Schlussbearbeitung durch die Koordinierungsstelle des Rettungsdienstes beim Städteverband Schleswig-Holstein. Der Entwurf ist deshalb in der Nummerierung der Paragraphen noch nicht stimmig. Inhaltlich werden keine Anpassungen vorgenommen. Um die bodengebundenen Intensivtransporte schnellstmöglich durchführen zu können, wurde das Gremienverfahren zunächst mit der redaktionell noch zu überarbeitenden Anlage eingeleitet. Sobald die redaktionelle Schlussfassung vorliegt, wird die Anlage 2 entsprechend aktualisiert.

Der Abschluss dieser öffentlich-rechtlichen Vereinbarung beinhaltet die Übernahme einer neuen Aufgabe, nämlich der Durchführung von ITW-Transporten für andere schleswig-holsteinische Träger des Rettungsdienstes. Hierzu ist die HL nicht gesetzlich verpflichtet. Die Entscheidung zum Abschluss einer entsprechenden öffentlich-rechtlichen Vereinbarung ist gem. § 28 Nr. 3 Gemeindeordnung der Bürgerschaft vorbehalten.

Anlagen:

Anlage 1: Finanzielle Auswirkungen

Anlage 2: Öffentlich-rechtliche Vereinbarung für Schleswig-Holstein über die Durchführung der bodengebundenen Intensivtransporte

Anlage 3: Entwurf Landeskonzzept: Intensivtransportwagen und Verlegungsarzteinsatzfahrzeuge im Rettungsdienst Schleswig-Holstein (ITW / VEF-Konzept SH)

Senator Ludger Hinsen

2. Verfahrensübersicht – Finanzielle Auswirkungen

KONSUMTIV

Finanzielle Auswirkungen in €	2021	2022	2023	2024
Erträge	514.481,00	725.415,00	121.902,00	0,00
Aufwendungen	-514.481,00	-725.415,00	-121.902,00	0,00
Saldo Ergebnisplan	0,00	0,00	0,00	0,00
Einzahlungen	514.481,00	725.415,00	121.902,00	0,00
Auszahlungen	-514.481,00	-725.415,00	-121.902,00	0,00
Saldo Finanzplan	0,00	0,00	0,00	0,00

2021	Ergebnisplan	Finanzplan		
Mittel veranschlagt	-514.481,00	-514.481,00	Ergebnisplan	Finanzplan
Zusätzl. zu ordnen			Gesamtlaufzeit	Gesamtlaufzeit
Haushaltsbelastend				
Haushaltsentlastend				
Haushaltsneutral	x	x	x	x

Haushaltsjahr	Produktsachkonten		Ergebnisplan Betrag in €
	Bezifferung	Bezeichnung	
2021			
(Minder) Erträge:			
(Mehr) Erträge:	127001 000.4321000	Rettungsdienst Benutzungsgebühren u. ähnl. Entgelte	514.481,00
(Minder) Aufwendungen:			
(Mehr) Aufwendungen:	127001 000.5455000	Rettungsdienst, Erst.f.Aufw.v.Dritt.verb.Unt ern.	-130.750,00
(Mehr) Aufwendungen:	127001 000.5456000	Rettungsdienst Erst.f.Aufw.v.Dritt.sonst.ö.S ond	-130.750,00
(Mehr) Aufwendungen:	127001 000.5458000	Rettungsdienst Erst.f.Aufw.v.Dritten übrigeBer.	-252.981,00
		Saldo Ergebnisplan	0,00

	Produktsachkonten		Finanzplan Betrag in €
	Bezifferung	Bezeichnung	
(Minder) Einzahlungen:			
(Mehr) Einzahlungen:	127001 000. 6321000	Rettungsdienst Benutzungsgebühren u. ähnl. Entgelte	514.481,00
(Mehr) Auszahlungen:	126001 000.7455000	Rettungsdienst, Erst.f.Aufw.v.Dritt.verb.Unt ern.	-130.750,00
(Mehr) Auszahlungen:	126001 000.7456000	Rettungsdienst Erst.f.Aufw.v.Dritt.sonst.ö.S ond	-130.750,00
(Mehr) Auszahlungen:	126001 000.7458000	Rettungsdienst Erst.f.Aufw.v.Dritten übrigeBer.	-252.981,00
		Saldo Finanzplan	0,00

**Öffentlich-rechtliche Vereinbarung
für Schleswig- Holstein über die Durchführung der bodengebundenen
Intensivtransporte**

1. **Die Hansestadt Lübeck, vertreten durch...**
2. **Die Landeshauptstadt Kiel, vertreten durch**
nachfolgend „**Durchführer**“ genannt

3. **Stadt Flensburg, vertreten durch...**
4. **Kreis Dithmarschen, vertreten durch...**
5. **Kreis Steinburg, vertreten durch...**
6. **Kreis Nordfriesland, vertreten durch...**
7. **Stadt Neumünster, vertreten durch...**
8. **Kreis Stormarn, vertreten durch...**
9. **Rettungsdienst Holstein AöR, vertreten durch...**
10. **Kreis Pinneberg, vertreten durch...**
11. **Kreis Plön, vertreten durch...**
12. **Kreis Rendsburg-Eckernförde, vertreten durch...**
13. **Kreis Herzogtum Lauenburg, vertreten durch...**
14. **Kreis Segeberg, vertreten durch...**
15. **Rettungsdienst des Kreises Schleswig-Flensburg AöR, vertreten durch...**

nachfolgend „**Pflichtige**“ genannt,

alle gemeinsam „**Vertragspartner**“ genannt

vereinbaren folgendes:

Präambel

Nach § 1 Abs. 2 SHRDG umfasst der Rettungsdienst neben Notfallrettung und Krankentransport auch den Intensivtransport, wofür die Kreise bzw. kreisfreien Städte (Rettungsdienstträger) für den jeweiligen Bezirk als Aufgabenträger zuständig sind.

Der Intensivtransport wird in § 2 Abs. 4 SHRDG als die fachgerechte medizinische Betreuung einer Person, die während der Fahrt einer intensivmedizinischen Versorgung mit einem für Intensivtransporte geeigneten Rettungsmittel bedarf, beschrieben. Fahrzeuge, die als Intensivtransportwagen (ITW) dafür eingesetzt werden, müssen nach § 12 Abs. 2 SHRDG die Anforderungen der DIN 75076 erfüllen, als Personal nach § 15 Abs. 4 SHRDG ITW sind Ärzt:innen, die über die Qualifikation nach § 14 Abs. 2 SHRDG verfügen und weitere zwei Personen vorgesehen, von denen eine Notfallsanitäter:in, die zusätzlich für Intensivtransporte qualifiziert sein muss und die andere mindestens Rettungssanitäter:in mit Einsatzerfahrung ist.

Die Rettungsdienstträger haben sich gem. § 4 Abs. 2 und Abs. 3 SHRDG unter Einbeziehung der Kostenträger nach § 7 Abs. 1 SHRDG auf folgendes Konzept verständigt: In Schleswig- Holstein werden an den zentralen Standorten Kiel und Lübeck jeweils ein ITW (mit Personalausstattung) betrieben. Die Koordinierung und Einsatzlenkung dieser ITW hat über eine zentrale Koordinierungsstelle zu erfolgen. Die Einzelheiten zur Durchführung der ITW-Transporte für die Vertragspartner enthält die nachfolgende weitere Vereinbarung.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

(1) Die Kreise bzw. kreisfreien Städte bzw. die zwei AÖRs (Rettungsdienstträger) haben gem. § 3 Abs. 1 SHRDG in ihrem jeweiligen Bezirk als Aufgabenträger ITW-Transporte zu organisieren. Um die bodengebundene Intensivtransporte wirtschaftlich gem. § 4 Abs. 2 und Abs. 3 SHRDG auch für die Rettungsdienstbereiche der Vertragspartner zu gestalten, werden sowohl die Hansestadt Lübeck, neben der als eigene Aufgabe ihr obliegenden Leistung als auch die Landeshauptstadt Kiel, neben der als eigene Aufgabe ihr obliegenden Leistung auch deren ITW-Transporte (ITW-Transporte der Pflichtigen) durchführen (Durchführer). Die Aufgabenträgerschaft der Pflichtigen bleibt hiervon unberührt.

(2) Die Durchführer verwenden jeweils einen ITW, der der DIN 75076 entspricht. Als Personal nach § 15 Abs. 4 SHRDG werden Ärzt:innen eingesetzt, die über die Qualifikation

nach § 14 Abs. 2 SHRDG verfügen sowie als Besatzung jeweils zwei Personen, von denen eine Notfallsanitäter:in, die zusätzlich für Intensivtransporte qualifiziert und die andere mindestens Rettungssanitäter:in mit Einsatzerfahrung ist. Der jeweilige Durchführer ist berechtigt, dazu eigene Fahrzeuge bzw. Personal zu verwenden oder gem. § 5 SHRDG Dritte ganz oder teilweise damit zu beauftragen.

(5) Sonstige spezielle medizinisch-technische Ausstattung erfordernde Aufgaben sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

§ 2

Durchführung des Intensivtransports

(1) Alle Hilfeersuchen der Vertragspartner für Intensivtransporte werden zentral koordiniert. Die Koordinierung der bodengebundenen Intensivtransporte erfolgt über eine zentrale Koordinierungsstelle. Die Vertragspartner werden einvernehmlich diese zentrale Koordinierungsstelle schaffen.

(2) Die Vertragspartner organisieren und betreiben den ITW-Transport einschließlich der Leitstellentätigkeit gemäß dem beigefügten Konzept (Anlage1), wobei folgende Grundsätze gelten sollen:

- a) Es werden in Schleswig-Holstein zwei ITW stationiert. Der jeweilige Durchführer ist frei, welchen konkreten Standort er wählt.
- b) Der jeweilige ITW steht zeitlich gemäß Konzept in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung.
- c) Eine genaue Eintreffzeit für den ITW wird nicht festgelegt.

§ 3

Finanzierung und Abrechnung

(1) Sämtliche Kosten für den Betrieb des ITW werden als Kosten des Rettungsdienstes im jeweiligen Kosten-Leistungsnachweis (KLN) des jeweiligen Durchführers eingestellt.

(2) Die Abrechnung der Entgelte erfolgt durch den Durchführer.

Die Kostenträger haben zugesagt, dass sie die jeweiligen Kosten nach dem in der Vereinbarung dargestellten Konzept in voller Höhe tragen. Sofern diese Zusage endet bzw. aus sonstigen Gründen eine Erstattung nicht erfolgt, endet mit Bekanntgabe dieses Umstandes an die Vertragspartner auch diese Vereinbarung mit sofortiger Wirkung.

§ 4

Evaluation und Qualitätsmanagement

- (1) Das Konzept der Intensivtransporte in Schleswig-Holstein wird für mindestens zwei Jahre seit Inkrafttreten dieser Vereinbarung evaluiert, ob die derzeitig vorgesehene Kapazität von zwei ITW für die beteiligten Rettungsdienstträger ausreichend und zweckmäßig bemessen ist.
- (2) Sämtliche Vertragspartner werden sich untereinander und die zentrale Koordinierungsstelle dabei unterstützen und weitere Daten jeweils, sofern rechtlich möglich, zur Verfügung stellen. Eine interne Kostenerstattung erfolgt dazu nicht.
- (3) Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Transportdurchführung schriftlich geltend gemacht werden.

§ 6

Datenschutz

Die Parteien verpflichten sich, insbesondere die Bestimmungen über den Datenschutz gem. § 9 SHRDG zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. sowie die ggf. gem. § 5 SHRDG beauftragten Leistungserbringer hierzu zu verpflichten.

§ 7

Laufzeit, Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am tt.mm.jjjj in Kraft.
- (2) Sie kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende, erstmals zum tt.mm.jjjj schriftlich gekündigt werden. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist ist der Eingang der Kündigung bei der jeweils anderen Vertragspartei. Eine Angabe von Gründen ist nicht erforderlich.
- (3) Die Durchführer können nur gegenüber allen Pflichtigen gemeinsam die Kündigung erklären.
- (4) Für den Fall, dass die Refinanzierung über die Kostenträger des Rettungsdienstes nicht mehr sichergestellt ist oder die ernsthafte Gefahr besteht, dass die auskömmliche Refinanzierung entfallen könnte, steht dem Durchführer grundsätzlich das Recht der außerordentlichen Kündigung zu. Vor dem Aussprechen der

außerordentlichen Kündigung hat der Durchführer sich gemeinsam mit den Vertragspartnern um eine Lösung zu bemühen.

- (5) Sofern die Refinanzierung über die Kostenträger endet bzw. aus sonstigen Gründen eine Erstattung nicht erfolgt, endet mit Bekanntgabe dieses Umstandes an die Vertragspartner auch diese Vereinbarung mit sofortiger Wirkung.

§ 8

Salvatorische Klausel

(1) Änderungen dieser öffentlich-rechtlichen Vereinbarung bedürfen der Schriftform (§ 124 LVwG).

(2) Sofern Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sind oder unwirksam werden, wird davon die Gültigkeit der Vereinbarung insgesamt nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Beteiligten, die unwirksame oder unwirksam gewordene Bestimmung unter Berücksichtigung des von ihnen verfolgten Zweckes durch eine wirksame Bestimmung zu ersetzen. Entsprechendes gilt, wenn sich herausstellen sollte, dass die Vereinbarung eine Regelungslücke enthält. Im Übrigen gilt § 127 LVwG.

Anlage: Landeskonzert

Unterschriften

Intensivtransportwagen und Verlegungsarzteinsatzfahrzeuge im Rettungsdienst Schleswig-Holstein

ITW- / VEF-Konzept SH

erarbeitet von der ArGe Taktik und Einsatz

Stand 03.12.2020

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	3
2.	RECHTSGRUNDLAGEN.....	3
3.	KLASSIFIKATION UND ZUORDNUNG VON SEKUNDÄRTRANSPORTEN	3
3.1	VERSORGUNGSSTUFEN NACH DER MEDIZINISCHEN INDIKATION	4
3.1.1	INDIKATIONEN FÜR SEKUNDÄRTRANSPORTE MIT INTENSIVTRANSPORTMITTELN	4
3.1.2	INDIKATIONEN FÜR SEKUNDÄRTRANSPORTE MIT VEF.....	4
3.1.3	INDIKATIONEN FÜR SEKUNDÄRTRANSPORTE MIT NEF	4
3.1.4	INDIKATIONEN FÜR SEKUNDÄRTRANSPORTE OHNE ARZTBEGLEITUNG	5
3.2.	DRINGLICHKEITSSTUFEN	5
3.3.	ZUORDNUNG ZU TRANSPORTMITTELN.....	5
4.	EINHEITLICHE DOKUMENTATION: SEKUNDÄRTRANSPORTPROTOKOLL	5
5.	INTENSIVTRANSPORTWAGEN (ITW)	7
5.1.	RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND ANFORDERUNGEN	7
5.2.	AUSRÜSTUNG UND BESETZUNG	7
5.3.	ANZAHL, STANDORTE UND VERSORGUNGSBEREICHE.....	7
5.4.	BETRIEBSZEITEN UND DISPOSITION.....	7
6.	VERLEGUNGSARZTEINSATZFAHRZEUGE (VEF).....	8
6.1.	RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND ANFORDERUNGEN	8
6.2.	FAHRZEUGMUSTER, AUSRÜSTUNG UND BESETZUNG.....	8
6.3.	ANZAHL, STANDORTE UND VERSORGUNGSBEREICHE.....	8
6.4.	BETRIEBSZEITEN UND KOMBINIERTER VEF- / NEF-BETRIEB	10
7.	ERPROBUNG UND EVALUATION	10
8.	ANLAGE - KRITERIEN FÜR SEKUNDÄRTRANSPORTE OHNE ARZTBEGLEITUNG	11

1. Einleitung

Dieses Dokument stellt eine aktualisierte, inhaltliche Synthese aus mehreren, von der Arbeitsgemeinschaft Rettungsdienst jeweils separat beschlossenen Konzepten und ergänzenden Beschlüssen dar und dient als Anlage zur öffentlich-rechtlichen Vereinbarung über den bodengebundenen Intensivtransport in Schleswig-Holstein.

Es werden die wesentlichen Inhalte u. a. folgender Konzepte und Beschlüsse zusammengeführt:

- ITW-Konzept; Beschluss der AG Rettungsdienst vom 05.11.2015
- VEF-Konzept; Beschluss der AG Rettungsdienst vom 07.05.2018
- Indikationsliste Sekundärtransporte; Beschluss der AG Rettungsdienst vom 21.10.2019
- Trägerübergreifende Zusammenarbeit mit Rettungsmittel für besondere Versorgungs- oder Beförderungsaufgaben; Beschluss der AG Rettungsdienst vom 22.06.2020

2. Rechtsgrundlagen

Mit Inkrafttreten des neuen Rettungsdienstgesetzes am 25. Mai 2017 (SHRDG) hat der Gesetzgeber erstmals umfassende Regelungen zu Intensiv- und Sekundärtransporten im Rettungsdienst getroffen:

Das SHRDG legt in § 1 Abs. 2 fest, dass Rettungsdienst neben der Notfallrettung und dem Krankentransport auch den Intensivtransport umfasst.

In § 2 Abs. 2 und 3 SHRDG werden unter anderem Intensivtransport und Sekundärtransport definiert. Absatz 3 besagt, dass der Sekundärtransport, soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung umfasst.

In § 12 Abs. 1 SHRDG werden Intensivtransportwagen (ITW) und Verlegungsarzteeinsatzfahrzeuge (VEF) als Rettungsmittel im Sinne des Gesetzes aufgeführt und in den Abs. 2 und 4 bezüglich der Anforderungen spezifiziert. Die ärztliche und nicht-ärztliche Besetzung von ITW und VEF sind in den §§ 14 und 15 SHRDG geregelt.

In § 4 Abs. 3 sowie § 12 Abs. 4 SHRDG werden kooperative, rettungsdienstbereichsübergreifende Konzepte für die Bereitstellung und den Betrieb spezieller Sekundärtransportmittel empfohlen.

Die gesetzlichen Regelungen basieren auf der beobachteten Zunahme von Patiententransfers zwischen Behandlungseinrichtungen unterschiedlicher Versorgungsstufen und fachlicher Spezialisierungen, bei denen häufig eine ärztliche Transportbegleitung indiziert ist.

Die Rettungsdienstträger sind nun mit der Aufgabe befasst, diese gesetzlichen Vorgaben kooperativ, fachlich angemessen, wirtschaftlich und praktikabel umzusetzen.

3. Klassifikation und Zuordnung von Sekundärtransporten

Bodengebundene Sekundärtransporte können grundsätzlich durchgeführt werden mit

- Intensivtransportwagen (ITW)
- Verlegungsarzteeinsatzfahrzeug + Rettungswagen (VEF + RTW)
- Notarzteeinsatzfahrzeug + Rettungswagen (NEF + RTW)
- Rettungswagen (RTW)

Hierbei sollen Notarzteeinsatzfahrzeuge (NEF) nur bei akuter vitaler Bedrohung und höchster Dringlichkeit für Sekundärtransporte eingesetzt werden, wenn andere Ressourcen nicht verfügbar sind.

Klassifikation und Zuordnung der Sekundäreinsätze zum jeweils indizierten und verfügbaren Transportmittel gliedern sich nach drei Kriterien:

1. Versorgungsbedarf nach der medizinischen Indikation
2. Dringlichkeit
3. Zuordnung zu Transportmitteln

3.1 Versorgungsstufen nach der medizinischen Indikation

Es werden drei Versorgungsstufen unterschieden:

Med. Versorgungsbedarf	bevorzugte Rettungsmittel
Intensivtransport	ITW / RTH
Arztbegleitete Verlegung	VEF / NEF & RTW / ITW
Verlegung ohne Arzt	RTW

Die Zuordnung von Sekundärtransporten zu den verschiedenen Transportmitteln wird anhand eines vorläufigen Indikationskatalogs vorgenommen.

3.1.1 Indikationen für Sekundärtransporte mit Intensivtransportmitteln

Vier medizinische Kriterien machen den Einsatz eines ITW (bzw. ITW / RTH) erforderlich:

1. Notwendigkeit einer komplexen invasiven Beatmungstherapie
2. Notwendigkeit einer differenzierten kreislaufunterstützenden Therapie mit mehr als 1 Medikament
3. mehr als 1 Thoraxdrainage mit Sog
4. Notwendigkeit einer externen Organunterstützung (z.B. ECMO, IABP, u.a.)

Dazu sollen auch solche Verlegungen mit ITW erfolgen, die zwar Arztbegleitung erfordern, aber unterhalb der o. g. medizinischen ITW-Kriterien liegen, sofern diese zeitlich ausreichend planbar sind. Dies gilt insbesondere für längere Transportstrecken, wenn Stadt- bzw. Kreisgrenzen überschritten werden.

3.1.2 Indikationen für Sekundärtransporte mit VEF

VEF sollen eingesetzt werden für dringliche Verlegungen mit erforderlicher Arztbegleitung, bei denen ein Intensivtransportmittel medizinisch nicht zwingend erforderlich ist und dieses aufgrund der Dringlichkeit auch nicht rechtzeitig zugeführt werden kann. VEF sollen ebenfalls eingesetzt werden für akute Notfallverlegungen, wenn ihre Eintreffzeit der des nächstgelegenen NEF vergleichbar ist.

3.1.3 Indikationen für Sekundärtransporte mit NEF

NEF dienen der primären Notfallrettung und sollen nur dann für Sekundärtransporte eingesetzt werden, wenn es sich um akute Notfallverlegungen handelt und ein VEF nicht verfügbar ist oder nicht vergleichbar schnell zugeführt werden kann.

3.1.4 Indikationen für Sekundärtransporte ohne Arztbegleitung

Arztbesetzte Sekundärtransportmittel sind landesweit eine sehr limitierte Ressource und sollen nur bei medizinischer Notwendigkeit eingesetzt werden. Sofern der Einsatz nicht den genannten Kategorien zugeordnet werden kann, ist der Einsatz ohne ärztliche Begleitung durchzuführen. Mit Einführung der Notfallsanitäter*innen ist es möglich geworden, viele Sekundärtransporte mit RTW ohne Arztbegleitung fachlich adäquat abzuwickeln. In Schleswig-Holstein sollen die hierzu vom Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst definierten Kriterien Anwendung finden (siehe Anlage).

3.2. Dringlichkeitsstufen

Dabei werden drei Dringlichkeitsstufen unterschieden:

Dringlichkeitsstufe	Eintreffzeit
Notfallverlegung, akut	≤ 30 Min.
Dringliche Verlegung	≤ 120 Min.
Planbare Verlegung	nach Absprache (Tagesverlauf / Folgetag)

Dringlichkeit bezieht sich hier ausschließlich auf den Zustand des zu verlegenden Patienten, nicht auf administrative Belange des abgebenden Krankenhauses.

Eine Notfallverlegung liegt nur vor bei akuter Lebensgefahr des Patienten, wenn selbst eine überbrückende Stabilisierung vor Ort nicht möglich ist.

3.3. Zuordnung zu Transportmitteln

Ist eine intensivmedizinische Ausstattung erforderlich, so wird die Verfügbarkeit geprüft. Je nach Verfügbarkeit ist das entsprechende Rettungsmittel oder die Alternative auszuwählen.

4. Einheitliche Dokumentation: Sekundärtransportprotokoll

Um eine landesweit einheitliche Dokumentation und Evaluation von Sekundärtransporten zu ermöglichen, wurde von der ArGe Ärztliche Leiter ein Sekundärtransport-Protokoll erarbeitet, das bei allen Einsätzen von ITW und VEF genutzt werden soll.

Abbildung 1: Vorläufiger Indikationskatalog für Sekundärtransporte SH 2020

Indikationskriterien (Entscheidung ja/nein)	1. Indikationskriterien = ja			1. Indikationskriterien = nein		
	2. Dringlichkeit			2. Dringlichkeit		
	Eintreffen* < 30 Min. mit SoRe	Eintreffen* < 120 Min. mit SoRe n. Lage	Eintreffen* am Tag/Folgetag[e] ohne SoRe	Eintreffen* < 30 Min. mit SoRe	Eintreffen* < 120 Min. mit SoRe n. Lage	Eintreffen* am Tag/Folgetag[e] ohne SoRe
	3. Versorgungsbedarf (Rangfolge)			3. Versorgungsbedarf (Rangfolge)		
1 Notwendigkeit einer komplexen Beatmungstherapie, z.B. ARDS 2 Notwendigkeit einer differenzierten kreislaufunterstützenden Therapie mit mehr als 1 Medikamenten 3 Mehr als eine Thoraxdrainage mit Sog	1. ITW / RTH** 2. RTW + VEF 3. RTW + NEF	1. ITW / RTH** 2. RTW + VEF 3. RTW + NEF	ITW / RTH**	weiter mit lfd. Nr. 6ff	weiter mit lfd. Nr. 6ff	weiter mit lfd. Nr. 6ff
4 Notwendigkeit einer externen Organunterstützung (z.B. ECMO, IABP, u.a.)?	-	ITW / RTH**	ITW / RTH**			
5 Geplante arztbegleitete Transporte (vor allen Dingen bei langen Transportstrecken)	-	-	ITW / RTH**			
6 Beherrschte Schmerzsymptomatik 7 STEMI inkl. Versorgung (PTCA) vor >24 Std. und beschwerdefrei 8 NSTEMI Diagnosestellung vor >24Std. und beschwerdefrei 9 Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligem 10 Schlaganfall mit stabilen neurologischen 11 Stattgehabter unkomplizierte epileptischer Anfall 12 Leichtes Schädel-Hirn-Trauma nach durchgeführter Diagnostik 13 Keine Verlegungskriterien in einer höherwertiges Traumazentrum 14 Keine Todesnähe bzw. begonnener Sterbeprozess (entfällt beim palliativen Therapieansatz) Atemweg: 15 Offenheit der oberen Atemwege 16 Vorhandene Schutzreflexe (entfällt bei einer Trachealkanüle) 17 Keine oro- oder nasotracheale Intubation 18 Bei Trachealkanüle: Trachealkanüle wurde bereits mindestens einmalig problemlos gewechselt und es besteht kein akuter Wechselbedarf Atmung: 19 Spontanatmung ohne masch. Unterstützung (Atemfrequenz 8 – 24 pro Minute) 20 SpO2 > 90% bei Raumluft ohne Luftnot 21 Thoraxdrainage nach erfolgter Kontrolle und ohne 22 Heimbeatmung ohne akutes respiratorisches Defizit Circulation: 23 Keine anhaltende oder schwere Blutung 24 Kreislaufstabilität, akut keine Kreislauftherapie (Volumentherapie Katecholamintherapie) notwendig oder während des Transportes zu 25 Keine schwerwiegende Arrhythmie seit > 24 26 Keine Arterielle Blutdruckmessung 27 Kein passagerer Schrittmacher Neurologie: 28 Keine akute, neu aufgetretene Vigilanzminderung 29 Keine intracraniale Druckmessung	RTW	RTW	RTW	1. RTW + VEF 2. RTW + NEF 3. ITW, RTH**	1. RTW + VEF 2. RTW + NEF 3. ITW, RTH**	1. RTW + VEF 2. ITW, RTH**

* Das Eintreffen entspricht Status 4

** Eintreffen (Status 4) gemäß Dringlichkeit/Zeitvorteil von Status 3 bis Status 8 (Immer unter Beachtung Dachlandeplätze und Umlagerung – Zwischentransporte).

5. Intensivtransportwagen (ITW)

5.1. Rechtliche Grundlagen und Anforderungen

Gemäß § 2 Abs. 4 SHRDG ist ein „Intensivtransport [...] die fachgerechte medizinische Betreuung einer Person, die während der Fahrt einer intensivmedizinischen Versorgung mit einem für Intensivtransporte geeigneten Rettungsmittel bedarf.“

Intensivtransportwagen zählen zu den in § 12 Absatz 1 SHRDG gelisteten Rettungsmitteln; laut Abs. 2 müssen Beschaffenheit und Ausstattung der DIN EN 75076 entsprechen, wobei die DIN EN 75076 in diesem Sinne als eine Erweiterung der DIN EN 1789 verstanden werden muss.

Aufgrund von Größe und Spezialisierung ist eine Verwendung der ITW in der Primärrettung nur in Ausnahmefällen sinnvoll möglich. Nach Genehmigung durch das zuständige Ministerium entsprechend § 12 Abs. 5 SHRDG können daher einzelne Abweichungen von der DIN EN 1789 vorgenommen werden.

5.2. Ausrüstung und Besetzung

Analog zu den anderen Rettungsmitteln ist auf der Grundlage des § 12 Abs. 5 SHRDG i. V. m. § 4 Abs. 1 SHRDG-DVO die pharmakologische und medizintechnische Mindestausstattung landesweit einheitlich unter Beteiligung von Luftrettungsträgern, Rettungsdienstträgern und Kostenträgern gemäß § 7 Absatz 1 abzustimmen. Die Mindestausstattung der ITW wird in einer gesonderten Übersicht festgehalten und u. a. von den Rettungsdienstträgern beschlossen. Die Besetzung der ITW hat den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen.

5.3. Anzahl, Standorte und Versorgungsbereiche

Analysen von Einsatzaufkommen und –verteilung von Intensivtransporten vor Einführung von ITW im öffentlichen Rettungsdienst haben ergeben, dass im Jahr 2015 ein Bedarf von mindestens zwei Fahrzeugen bestand. Ein besonders hohes Einsatzaufkommen entsteht insbesondere aus und zu Kliniken der Maximalversorgung.

Daher werden in Schleswig-Holstein zunächst zwei ITW in Dienst gestellt. Als Standorte werden die Hansestadt Lübeck und die Landeshauptstadt Kiel festgelegt. Die dortigen Rettungsdienstträger haben jeweils einen ITW beschafft.

Beide ITW sind überregional einsetzbar und sollen gemeinsam den landesweiten Bedarf nach bodengebundenen Intensivtransporten abdecken. Der ITW der Landeshauptstadt Kiel wird schwerpunktmäßig die nördliche Landeshälfte abdecken, der ITW der Hansestadt Lübeck die südliche Landeshälfte. Die ITW können sich im Bedarfsfall gegenseitig vertreten.

5.4. Betriebszeiten und Disposition

Beide ITW sollen zunächst an 7 Tagen der Woche von 07:00 bis 19:00 Uhr im Dienst sein, sofern die Besetzung der ITW mit ärztlichem Personal sichergestellt ist.

Das 2015 ursprünglich formulierte Ziel eines durchgehenden 24h-Betriebs kann gegenwärtig nicht umgesetzt werden, hauptsächlich aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit geeigneter Notärztinnen / Notärzte. Es soll spätestens nach der Indienststellung beider ITW zunächst geprüft werden, inwieweit ein Bedarf nach Intensivverlegungen außerhalb der genannten Betriebszeiten besteht (z. B. nächtliche ECMO-Einsätze). Gegebenenfalls soll der Betrieb partiell ausgedehnt werden, z. B. bis in den späte-

ren Abend. Weitere Optionen könnten ein alternierender, durchgehender Betrieb jeweils nur eines ITW im wöchentlichen Wechsel oder auch Rufbereitschaftssysteme außerhalb des Routinebetriebs sein.

Die ITW werden landesweit zentral koordiniert. Einzelheiten hierzu wurden in dem Koordinierungskonzept gesondert geregelt.

6. Verlegungsarzteinsatzfahrzeuge (VEF)

6.1. Rechtliche Grundlagen und Anforderungen

Nach SHRDG § 2 Abs. 3 umfasst die Aufgabe des Sekundärtransports, soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung.

VEF zählen zu den in § 12 Abs. 1 SHRDG gelisteten Rettungsmitteln. Nach § 12 Abs. 4 dienen sie der Zubringung der Verlegungsärztin oder des Verlegungsarztes [...] und sind für diese Aufgabe auszustatten. Die Standorte der VEF werden durch die Träger des Rettungsdienstes im Einvernehmen mit den Kostenträgern gemäß § 7 Abs. 1 SHRDG rettungsdienstbereichsübergreifend festgelegt.

6.2. Fahrzeugmuster, Ausrüstung und Besetzung

Bei Patienten, die einer ärztlichen Behandlung oder Überwachung während der Verlegung bedürfen, ist grundsätzlich mit Einsatzsituationen zu rechnen, in denen die gleichen personellen, medizintechnischen und pharmakologischen Ressourcen benötigt werden wie bei einem primären Notfalleinsatz mit RTW und NEF.

Um diese Anforderungen erfüllen zu können, müssen VEF technisch und medizintechnisch dem Standard eines NEF entsprechen und die Vorgaben der DIN 75079 erfüllen. Als Basisfahrzeug sind in Schleswig-Holstein die standardisierten NEF einzusetzen. Die pharmakologische und medizintechnische Mindestausrüstung wird landesweit einheitlich unter Beteiligung von Luftrettungsträgern, Rettungsdienstträgern und Kostenträgern gemäß § 7 Absatz 1 abgestimmt. Die Mindestausrüstung der ITW wird in einer gesonderten Übersicht festgehalten und u. a. von den Rettungsdienstträgern beschlossen.

Um eine sichere Zusammenarbeit von VEF und RTW sicherzustellen, wurde empfohlen, alle Rettungswagen bis zum 31.12.2019 mit zwei Normschiene an der Seitenwand und einer Normschiene in Höhe der Fahrtrage auszurüsten bzw. nachzurüsten. Die VEF sind mit einer sog. „Hessenhalterung“ auszustatten, welche an den zwei Normschiene im RTW angebracht werden kann. Das EKG des VEF muss zudem mind. vier Stunden ohne externe Stromversorgung betrieben werden können. Das maximale Systemgewicht aus EKG mit invasiver Druckmessung, Taschen, Kabel, Halterung etc. wird auf max. 25 kg begrenzt.

Die Besetzung ist im SHRDG geregelt. Neben den gesetzlichen Bestimmungen zur ärztlichen Besetzung von VEF (§ 14 Absatz 1 SHRDG) sind auch die Vorgaben zur nicht-ärztlichen Besetzung von NEF (§ 15 Absatz 1, Satz 2) zu beachten.

6.3. Anzahl, Standorte und Versorgungsbereiche

Um die NEF der regulären Notfallversorgung möglichst weitgehend von arztbegleiteten Sekundäreinsätzen zu entbinden, sollen VEF nicht nur planbare, sondern auch dringliche Verlegungen zeitgerecht durchführen können.

Anzahl und Standorte wurden daher so gewählt, dass alle Plankrankenhäuser des Landes in der Regel innerhalb einer Stunde Fahrzeit von einem VEF erreicht werden können.

Dazu wurde eine Aufteilung des Landes in vier VEF-Versorgungsbereiche Nord, West, Mitte und Süd vorgenommen. Ihre geographische Ausdehnung ist in Abbildung 2 dargestellt. Innerhalb dieser Versorgungsbereiche sind die Krankenhäuser (ohne die Inseln) unter regulären Witterungs- und Verkehrsverhältnissen in max. 60 Minuten Anfahrzeit durch ein VEF erreichbar.

Hinweis: Notfälle in stationären Behandlungseinrichtungen ohne notfallmedizinische Akutversorgungsmöglichkeiten (z.B. Fachkliniken für Psychosomatik, Psychiatrie, Rehabilitation, etc.) werden nicht als Sekundärtransport, sondern als Primäreinsatz disponiert. Bei notarztpflichtigen Meldebildern ist grundsätzlich das nächstgelegene NEF zu alarmieren, analog zu Notfällen in Arztpraxen.

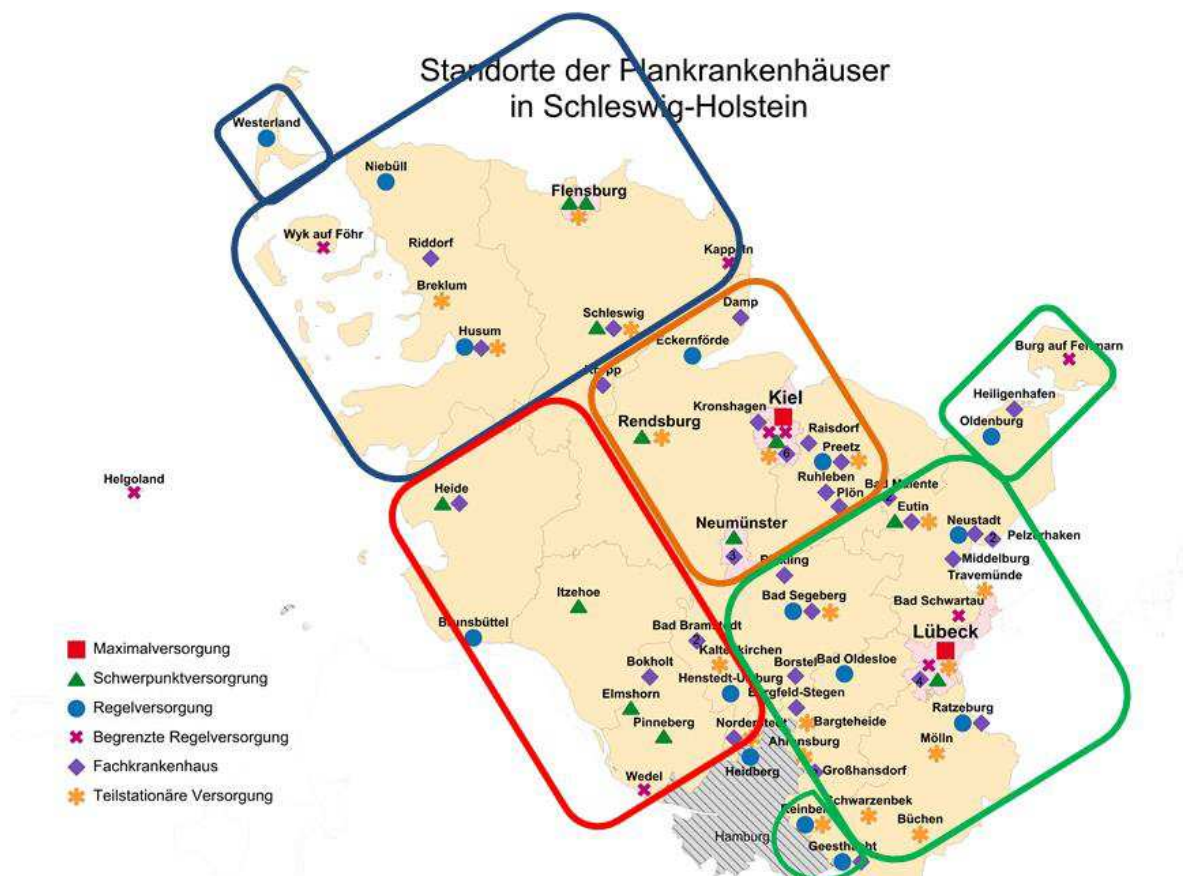


Abbildung 4: VEF-Versorgungsbereiche

Für die Festlegung der genauen Standorte innerhalb der Versorgungsbereiche wurden neben der Eintreffzeit auch die Verfügbarkeit von Infrastruktur und Personal berücksichtigt (Wachenkapazität, ärztliches und nicht-ärztliches Personal, etc.).

An folgenden Standorten wurden VEF in Dienst genommen:

- Versorgungsbereich Nord:** Flensburg
- Versorgungsbereich West:** Itzehoe
- Versorgungsbereich Mitte:** Kiel
- Versorgungsbereich Süd:** Lübeck

Routing-Analysen haben gezeigt, dass von diesen Standorten das Eintreffzeit-Kriterium erfüllt werden kann. Die Standorte liegen zudem in Bereichen mit hoher Dichte an Quellkliniken oder an Orten mit häufig anzufahrenden Zielkliniken.

6.4. Betriebszeiten und kombinierter VEF- / NEF-Betrieb

Im ursprünglichen Konzept wurde ein durchgehender Betrieb über 24 Stunden an 7 Tagen der Woche vorgeschlagen, um auch nachts und an Wochenenden eine Belegung der NEF mit dringlichen Sekundärtransporten zu vermeiden.

Die begrenzte Verfügbarkeit von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal und auch der schwierig zu prognostizierende Bedarf insbesondere in den Nachtstunden bedingten jedoch, dass die VEF zunächst mit Betriebszeiten von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr an 7 Tagen der Woche operieren. An drei der vier vorgeschlagenen VEF-Standorten war bereits ein zweites, zeitabhängig betriebenes NEF im Dienst: Kiel, Lübeck, Itzehoe. Hier wurde in Abstimmung mit Rettungsdienstträgern und Kostenträgern für den Start des Systems folgende Vorgehensweise gewählt:

- Aufgabe des First in-First out – Prinzips, Disposition des zeitabhängig betriebenen NEF zu Notfalleinsätzen in der zweiten Alarmierungsreihe
- solange bezüglich der Auslastung vertretbar, Verwendung des zeitabhängigen NEF im „Dual Use“-Prinzip als kombiniertes VEF / NEF.

Dieses Vorgehen erlaubte, die Einführung des Verlegungsarztsystems wirtschaftlicher zu gestalten, indem überwiegend bereits vorhandene Rettungsmittel genutzt und teilweise bereits refinanzierte Personalressourcen eingesetzt werden konnten.

Allerdings muss die Entwicklung des VEF- / NEF-Einsatzaufkommens engmaschig dokumentiert und analysiert werden, um ggf. den kombinierten NEF-/VEF-Betrieb wieder zu verlassen und separate VEF in Betrieb zu nehmen, wenn die notärztliche Primärversorgung beeinträchtigt würde.

7. Erprobung und Evaluation

Die Rettungsdienstträger in Schleswig-Holstein sind intensiv mit der Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zum Sekundärtransport befasst. Dies beinhaltet die Vervollständigung von Konzepten und Absprachen, die Beschaffung und Inbetriebnahme von Fahrzeugen und die Implementierung von Koordinierung und Disposition.

Beim Sekundärtransportsystem handelt es sich in Abgrenzung zu den etablierten Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransports um einen neuen Dienstleistungskomplex. Es konnte weder auf etablierte und validierte Bemessungsverfahren noch auf jahrzehntelange praktische Erfahrungen zurückgegriffen werden.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die zur Entwicklung der Konzepte verfügbaren Daten zwangsläufig unvollständig und begrenzt aussagekräftig waren:

- vor Indienstnahme öffentlich-rechtlicher ITW und VEF wurden Intensivtransporten durch private Betreiber oder ITW aus benachbarten Bundesländern durchgeführt.
- arztbegleitete Verlegungen wurden je nach lokaler Regelung durch das Notarztsystem oder durch eine ärztliche Begleitung der Kliniken abgewickelt.

Daher müssen die nun in Kraft gesetzten Konzepte zunächst erprobt, engmaschig evaluiert, und gegebenenfalls auch wieder korrigiert und verändert werden.

Insbesondere folgende Komponenten benötigen in naher Zukunft eine kritische Prüfung anhand der gewonnenen Erfahrungen und mithilfe evaluierbarer Daten:

- Entwicklung des Sekundärtransportaufkommens insgesamt und Verteilung auf die Transportmittel RTW, NEF, VEF, ITW, Luftrettung
- Validität und Praktikabilität des Indikationskatalogs für Sekundärtransporte
- Validität und Praktikabilität der Kriterien für arztbegleitete vs. nicht-arztbegleitete Verlegungen
- Anzahl, Standorte, Betriebszeit und Auslastung der ITW
- Anzahl, Standorte, Betriebszeit, Auslastung und Verwendung von VEF
- Praktikabilität der kombinierten Verwendung VEF / NEF

8. Anlage - Kriterien für Sekundärtransporte ohne Arztbegleitung

Entscheidungshilfe: Krankenhaus-Verlegungstransport mit oder ohne ärztliche Begleitung

<p>Eine Verlegung von Patienten ohne (not-)ärztliche Begleitung ist möglich bei Vorliegen einer der folgenden Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kardiale Krankheitsbilder Z.n. ST-Hebungsinfarkt mit PTCA vor > 24 Stunden [1] Non-ST-Hebungsinfarkt > 24 Stunden nach Diagnosestellung und beschwerdefrei [2] • Neurologische Krankheitsbilder Schlaganfall mit stabilen Symptomen Z.n. unkompliziertem epileptischem Krampfanfall • Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligem EKG • Leichtes Schädel-Hirn-Trauma (nach Diagnostik) • Keine akute Erfüllung der Verlegungskriterien in ein regionales oder überregionales Traumazentrum [3] • Keine Todesnähe bzw. begonnener Sterbevorgang • Sonstige, hier nicht genannte Erkrankung/Verletzung 	<p>A- Atemweg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offenheit der oberen Atemwege • Vorhandene Schutzreflexe (Entfällt bei Trachealkanüle) • Keine oro- oder nasotracheale Intubation • Bei Trachealkanüle: Trachealkanüle wurde bereits mindestens einmalig problemlos gewechselt und es besteht kein akuter Wechselbedarf. <p>B- Atmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spontanatmung ohne masch. Unterstützung (Atemfrequenz zwischen 8 und 24 / Minute) • Sauerstoffsättigung > 90% bei Raumluft ohne Dyspnoe • Thoraxdrainage nach erfolgter Kontrolle und ohne Sog • Heimbeatmung ohne akutes respiratorisches Defizit <p>C- Zirkulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine anhaltende oder schwere Blutung • Kreislaufstabilität, akut keine Kreislauftherapie zu erwarten • Keine kontinuierliche intravenöse Therapie mit kreislaufwirksamen Medikamenten • Keine schwerwiegenden Arrhythmien seit >24 Stunden • Keine arterielle Blutdruckmessung • Kein passagerer Schrittmacher <p>D- Neurologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine akute Vigilanzminderung • Keine intrakranielle Druckmessung <p>E- Umgebungsfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beherrschte Schmerzsymptomatik
---	---

Plus: Vorliegen folgender Kennzeichen

Ergebnisse einer Arbeitsgruppe des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V. zur Weitergabe an die Mitglieder des Bundesverbandes (Sonthofen, den 23.9.2013)

[1] European Heart Journal (2012) 33, 2599–2619
 [2] European Heart Journal (2011) 32, 2999–3054
 [3] Orthopädie und Unfallchirurgie 2012 Supplement 1, Auflage 2

Quelle: BVÄLRD 2013