



Anschriften lt.
vorgehefteter Verteilerliste

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen ID3-2286.03-80	Bearbeiterin Frau Müthing	München 08.02.2013
	Telefon / - Fax 089 2192-2741 / -1-2741	Zimmer LU 9 - 3.11	E-Mail Sachgebiet-ID3@stmi.bayern.de

Einsatzlenkung des arztbegleiteten Patiententransports in Bayern

Anlagen

- Abfrageformular der Integrierten Leitstellen für die Erstdisposition eines Einsatzmittels für einen arztbegleiteten Patiententransport
- Entscheidungsbaum für die Erstdisposition eines Einsatzmittels für einen arztbegleiteten Patiententransport
- Indikationskatalog für die Erstdisposition eines Einsatzmittels für einen arztbegleiteten Patiententransport mit RTW+VEF oder ITW/ITH
- Dokumentationsbogen für das Arzt-Arzt-Gespräch
- IMS vom 08.02.2013 an die Bayerische Krankenhausgesellschaft mit Schreiben und Leitfaden für die Krankenhausärzte
- IMS vom 08.02.2013 an die Durchführenden des Rettungsdienstes
- Verzeichnis der Ortsvorwahlen zur Rufnummer 19 222 der Integrierten Leitstellen

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22. Juli 2008 und der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AVBayRDG) vom 30. November 2010 wurde der arztbegleitete Patiententransport in Bayern neu geregelt.

Mit Ausnahme von Notfalltransporten umfasst der arztbegleitete Patiententransport jede Beförderung von Patienten, die während des Transports aus medizinischen Gründen der Betreuung oder Überwachung durch einen Verlegungsarzt oder durch einen geeigneten Krankenhausarzt bedürfen (Art. 2 Abs. 4 Satz 1 BayRDG).

Mit Schreiben vom 19.09.2012 hat das Staatsministerium des Innern eine Verfahrensregelung für die Einsatzlenkung des arztbegleiteten Patiententransports in Bayern herausgegeben. Deren Inkrafttreten wurde jedoch ausgesetzt, um zwischenzeitlich erforderlich gewordenen Änderungsbedarf berücksichtigen zu können. Das Schreiben vom 19.09.2012

wird durch die nachfolgende Verfahrensregelung für die Einsatzlenkung des arztbegleiteten Patiententransports in Bayern ersetzt. **Diese tritt am 01.04.2013 in Kraft.**

Präambel

Die Verfahrensregelung wurde konzipiert, um den Disponenten in den Integrierten Leitstellen eine Entscheidungshilfe für die Erstdisposition eines arztbesetzten Einsatzmittels für einen arztbegleiteten Patiententransport an die Hand zu geben, mit dem der Patient unter Berücksichtigung seines Zustandes zeitgerecht und mit angemessener Versorgung und Betreuung transportiert werden kann. In begründeten Einzelfällen ist es zulässig, von den regelhaften Verfahren (s. insbesondere Ziffern 1 und 2 des Indikationskatalogs) abzuweichen, um die besonderen Umstände eines Einzelfalls berücksichtigen zu können (s. insbesondere Ziffer 3 des Indikationskatalogs).

Mittelfristiges Ziel ist es, die Koordinierungsstelle für Intensivtransporthubschrauber (KITH) in eine Koordinierungsstelle arztbegleiteter Patiententransport Bayern (KaPt Bayern) umzufunktionieren. Diese soll zentral alle Intensivtransportmittel – Intensivtransporthubschrauber (ITH) und Intensivtransportwagen (ITW) – sowie die Verlegungsarzt-Einsatzfahrzeuge (VEF) koordinieren. Durch die Einsatzlenkung aus einer Hand soll der Einsatz dieser knappen Ressourcen optimiert werden. Mittelfristiges Ziel ist zudem eine bedarfsgerechte Abbildung des Abfrage- und Dokumentationsschemas im Einsatzleitsystem.

1. Begriffsbestimmungen: Notfalltransport, dringlicher und disponibler arztbegleiteter Patiententransport

1.1 Notfalltransport

Definition

Notfalltransporte sind von arztbegleiteten Patiententransporten zu unterscheiden. Notfalltransport ist die Beförderung von Notfallpatienten unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung. Dabei ist es unerheblich, ob der Patient von einem Einsatzort außerhalb eines Krankenhauses erstmals in ein Krankenhaus transportiert wird oder ob sich der Notfall in einem Krankenhaus ereignet und der Notfalltransport von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus erfolgt. Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten (Art. 2 Abs. 2 Sätze 2, 4 BayRDG).

Rufnummer

Für die Anforderung eines Notfalltransports (= Notfallrettung gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 BayRDG) bei der Integrierten Leitstelle wird die **Notrufnummer 112** benutzt.

1.2 Dringlicher arztbegleiteter Patiententransport

Definition

Ein arztbegleiteter Patiententransport ist dringlich, wenn die ordnungsgemäße medizinische Versorgung des Patienten es erfordert, dass das Transportmittel und der den Transport begleitende Arzt spätestens zwei Stunden nach ihrer Anforderung durch die Quellklinik an der Quellklinik eingetroffen sein müssen.

Rufnummer

Für die Anforderung eines dringlichen arztbegleiteten Patiententransports bei der Integrierten Leitstelle empfehlen wir die **Notrufnummer 112**.

1.3 Disponibler arztbegleiteter Patiententransport

Definition

Ein arztbegleiteter Patiententransport ist disponibel, wenn es für die ordnungsgemäße medizinische Versorgung des Patienten ausreicht, dass das Transportmittel und der den Transport begleitende Arzt später als zwei Stunden nach ihrer Anforderung durch die Quellklinik an der Quellklinik eintreffen.

Rufnummer

Für die Anforderung eines disponiblen arztbegleiteten Patiententransports bei der Integrierten Leitstelle empfehlen wir die **Rufnummer 19 222**.

Es ist den Integrierten Leitstellen unbenommen, den Krankenhäusern in ihrem Leitstellenbereich für die Anforderung arztbegleiteter Patiententransporte eine andere Nummer zur internen Zusammenarbeit an die Hand zu geben. Die Integrierten Leitstellen haben sicherzustellen, dass diese Querverbindung den betroffenen Einrichtungen hinreichend bekannt gemacht wird.

2. Auswahl des Einsatzmittels

2.1 Abfrageformular, Entscheidungsbaum und Indikationskatalog

Erfolgt die Transportbegleitung durch einen geeigneten Krankenhausarzt, entscheidet dieser in Absprache mit der für die Quellklinik örtlich zuständigen Integrierten Leitstelle, welches Einsatzmittel disponiert wird. Für die Anforderung eines arztbesetzten Einsatzmittels gilt hingegen Folgendes:

Vor der Anforderung eines Einsatzmittels für einen arztbegleiteten Patiententransport mit Verlegungsarzt hat die Quellklinik mit der Zielklinik deren Bereitschaft zur Aufnahme des Patienten zu klären. Die Vermittlung des Einsatzmittels erfolgt durch die Integrierte Leitstelle, die für die Quellklinik örtlich zuständig ist. Dorthin hat die Quellklinik ihre Anforderung zu richten.

Der Disponent hat zunächst zu klären, dass es sich nicht um einen Notfalltransport handelt. Bei Notfalltransporten erfolgt die Einsatzmitteldisposition gemäß § 4 Satz 1 AVBayRDG. Grundsätzlich ist unabhängig von Einsatz- und Dienstbereichen das am schnellsten verfügbare geeignete Einsatzmittel des öffentlichen Rettungsdienstes einzusetzen. Steht dabei nicht die Erstversorgung des Patienten, sondern der schnellstmögliche Transport in eine geeignete Zielklinik im Vordergrund, ist neben der Eintreffzeit des arztbesetzten Einsatzmittels auch die Gesamteinsatzzeit bis zur Übergabe des Patienten in der Zielklinik zu berücksichtigen. Die Integrierte Leitstelle ermittelt die nächste für die weitere Versorgung des Notfallpatienten geeignete Behandlungseinrichtung (§ 8 Abs. 2 Satz 1 AVBayRDG).

Anschließend hat der Disponent zu klären, dass der Patient während des Transports aus medizinischen Gründen einer ärztlichen Betreuung oder Überwachung bedarf. Für die Aufnahme und die Dokumentation der Einsatzmittelanforderung sowie für die Erstdisposition eines geeigneten arztbesetzten Einsatzmittels ist in der Integrierten Leitstelle das anliegende Abfrageformular zu verwenden. Ergänzend werden der anliegende Entscheidungsbaum und Indikationskatalog zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise kann bei der Auswahl des arztbesetzten Einsatzmittels anhand der Dringlichkeit des Transports (dringlich / disponibel), der erforderlichen medizinischen Versorgung während des Transports (intensiv / nicht intensiv), der Art des Transports (bodengebunden / luftgestützt) sowie nach der Art und medizingerätetechnischen Ausstattung der einzelnen Einsatzmittel differenziert werden.

Anhand der im Abfrageformular erfassten Daten sowie des Indikationskatalogs und des Entscheidungsbaums ermittelt die Integrierte Leitstelle ein geeignetes arztbesetztes Einsatzmittel und prüft dessen Verfügbarkeit. Die Integrierte Leitstelle teilt der anfordernden Quellklinik die voraussichtliche Ankunftszeit des avisierten arztbesetzten Einsatzmittels mit.

Auch wenn die Quellklinik ein anderes als das vorgeschlagene arztbesetzte Einsatzmittel anfordert, ist aus einsatztaktischen Gründen von der Integrierten Leitstelle primär das von ihr als geeignet und verfügbar ermittelte Einsatzmittel zu alarmieren bzw. anzufordern. Im Arzt-Arzt-Gespräch wird geklärt, ob das vorgeschlagene arztbesetzte Ein-

satzmittel dem klinischen Zustand des Patienten angemessen ist oder ob ein anderes arztbesetztes Einsatzmittel eingesetzt werden soll.

Mit dem Abfrageformular werden in der Integrierten Leitstelle insbesondere die für die Auswahl des arztbesetzten Einsatzmittels und für das Arzt-Arzt-Gespräch erforderlichen grundlegenden Informationen über den Patienten, das Zeitfenster für den Transport und die beteiligten Kliniken erfasst. Alle weiteren für den Transport medizinisch relevanten Informationen werden im Arzt-Arzt-Gespräch ausgetauscht und von den daran beteiligten Ärzten mit dem anliegenden Dokumentationsbogen dokumentiert. Eine Erfassung der darin aufgenommenen Daten und eine Dokumentation durch die Integrierte Leitstelle entfallen insoweit.

2.2 Vermittlung der Einsatzmittel

Intensivtransporthubschrauber (ITH) werden von der Koordinierungsstelle für Intensivtransporthubschrauber (KITH), die anderen Einsatzmittel werden von den Integrierten Leitstellen, in deren Leitstellenbereich sie stationiert sind, geführt.

Die Integrierte Leitstelle, die für die Quellklinik örtlich zuständig ist, wendet sich – soweit sie das benötigte Einsatzmittel nicht selbst führt – an die Integrierte Leitstelle, die das Einsatzmittel führt, bzw. an die KITH und übermittelt dieser per Fax das ausgefüllte Abfrageformular zusätzlich zur sofortigen telefonischen Information. Die Integrierte Leitstelle, die das Einsatzmittel führt, bzw. die KITH leitet es an das beauftragte Einsatzmittel weiter.

Die KITH lenkt und koordiniert alle Einsätze der in Bayern stationierten ITH. Die KITH ist organisatorisch in die Integrierte Leitstelle der Landeshauptstadt München eingegliedert und verfügt über das Weisungsrecht nach Art. 2 Abs. 8 des Gesetzes über die Errichtung und den Betrieb Integrierter Leitstellen (ILSG). In Duplizitätsfällen entscheidet die KITH über den Einsatz des ITH. Die KITH trifft in eigener Zuständigkeit Regelungen für die Statusmeldungen der ITH an die KITH. Zudem legt sie in Abstimmung mit den ITH-Betreibern Verfahrensweisen für die Flugüberwachung (Flight Following) der ITH fest. Die Integrierten Leitstellen sowie die ITH-Besatzungen unterstützen die KITH bei den Statusmeldung und der Flugüberwachung.

2.3 Besondere Erläuterungen zu den Einsatzmitteln

- Verlegungsarzt-Fahrzeuge (VEF), Intensivtransportwagen (ITW) und ITH sind unabhängig von den Grenzen der Rettungsdienstbereiche einzusetzen (Art. 15 Abs. 5, Art. 16 Abs. 3 BayRDG). Somit stehen VEF, ITW und ITH grundsätzlich auch für arztbegleitete Patiententransporte mit Ausgangs- und / oder Zielort außerhalb des Standortleitstellenbereichs zur Verfügung.

- Ein arztbegleiteter Patiententransport mit Einsatzmitteln des öffentlichen Rettungsdienstes aus Bayern ist jedoch in der Regel nur zulässig, wenn
 - die Quellklinik und die Zielklinik in Bayern liegen oder
 - eine außerbayerische Quellklinik in einer Entfernung von maximal 50 km zur bayerischen Grenze und die Zielklinik in Bayern liegen oder
 - die Quellklinik außerhalb Bayerns näher zu einer für die weitere ordnungsgemäße medizinische Versorgung des Patienten geeigneten Zielklinik in Bayern als zu einer außerhalb Bayerns liegt oder
 - bei einer Quellklinik in Bayern die Zielklinik außerhalb Bayerns näher an der Quellklinik als eine für die weitere ordnungsgemäße medizinische Versorgung des Patienten geeignete Zielklinik in Bayern liegt.

Soweit die oberste Rettungsdienstbehörde nichts anderes bestimmt, ist ein arztbegleiteter Patiententransport mit Einsatzmitteln des öffentlichen Rettungsdienstes aus Bayern, dessen Ausgangs- und Zielort außerhalb Bayerns liegt, nur zulässig, wenn nicht rechtzeitig ein anderes geeignetes Einsatzmittel zur Verfügung steht.

Rettungswagen (RTW) und VEF bilden während des Patiententransports grundsätzlich eine Einheit, das VEF begleitet den RTW zur Zielklinik. Liegt die Zielklinik außerhalb Bayerns, begleitet das VEF den RTW nur, wenn die Zielklinik in einer Entfernung von maximal 50 km zur bayerischen Grenze liegt. Liegt die Zielklinik in einer Entfernung von mehr als 50 km zur bayerischen Grenze, fährt der VEF-Arzt mit dem RTW zum RTW-Standort zurück und wird dort vom VEF aufgenommen.

Grundsätzlich ist das zur Quellklinik nächstgelegene, für den Einsatz freie VEF heranzuziehen. Das Transportmittel RTW ist grundsätzlich aus dem Rettungsdienstbereich zu stellen, in dem die Quellklinik liegt.

- Wenn ein dringlicher Intensivtransport luftgestützt durchgeführt werden soll, ist vorrangig ein ITH einzusetzen; dies gilt auch für die Doppelstandorte München und Nürnberg. Nur wenn kein ITH die Quellklinik rechtzeitig erreichen kann, darf ein Rettungstransporthubschrauber (RTH) eingesetzt werden.
- Grundsätzlich gilt, dass die Transportbegleitung durch den regulären Notarzt oder der Einsatz eines RTH für einen dringlichen arztbegleiteten Patiententransport nur als „letztes Mittel“ im Ausnahmefall in Betracht kommt. Dabei sind für die Transportbegleitung durch den regulären Notarzt grundsätzlich folgende einsatztaktische Einschränkungen zu beachten:
 - die Quellklinik muss im örtlichen Rettungsdienstbereich liegen;

- die Entfernung zwischen der Quellklinik und der Zielklinik beträgt maximal 100 km.

Für RTH gelten grundsätzlich folgende einsatztaktische Einschränkungen:

- die Quellklinik liegt im Einsatzradius (grundsätzlich 60 km);
 - die Entfernung zwischen der Quellklinik und der Zielklinik beträgt maximal 120 km Luftlinie.
- Für einen disponiblen arztbegleiteten Patiententransport sind die Transportbegleitung durch den regulären Notarzt sowie der Einsatz eines RTH nicht zulässig.
 - Bei einem dringlichen arztbegleiteten Patiententransport erfolgt die Anfahrt ohne Inanspruchnahme von Sonderrechten und Wegerecht, wenn das Einsatzmittel die Quellklinik spätestens zum vereinbarten Eintreffzeitpunkt erreichen kann. Die Inanspruchnahme von Sonderrechten und Wegerecht richtet sich nach der Straßenverkehrs-Ordnung.

3. Arzt-Arzt-Gespräch

Über die medizinische Indikation zur erforderlichen Arztbegleitung des Verlegungstransports entscheidet der Arzt der Quellklinik anhand des Indikationskatalogs. Entscheidend für die endgültige Auswahl des **arztbesetzten** Einsatzmittels ist das Arzt-Arzt-Gespräch zwischen dem behandelnden Arzt der Quellklinik und dem Arzt, der den Transport begleitet. Es ist für alle dringlichen und disponiblen arztbegleiteten Patiententransporte schnellstmöglich nach der Disposition durch die Integrierte Leitstelle oder die KITH durchzuführen. Zur Strukturierung des Arzt-Arzt-Gesprächs wird den auf den Einsatzmitteln eingesetzten Ärzten der anliegende Dokumentationsbogen zur Verfügung gestellt. Dieser verbleibt grundsätzlich beim Arzt.

Besteht ein Dissens zwischen dem Arzt, der den Transport begleitet, und dem behandelnden Arzt der Quellklinik über das einzusetzende Einsatzmittel, entscheidet hierüber der Arzt des Einsatzmittels, da er während des Transports die medizinische Verantwortung für den Patienten trägt.

Führt das Arzt-Arzt-Gespräch dazu, dass ein anderes als das ursprünglich vorgesehene Einsatzmittel eingesetzt werden muss, hat der Arzt des ursprünglich disponierten Einsatzmittels dies der Integrierten Leitstelle, die das Einsatzmittel disponiert hat, bzw. der KITH sofort mitzuteilen; er soll ihr nach Möglichkeit den Dokumentationsbogen zum Arzt-Arzt-Gespräch übermitteln. Diese informiert – sofern sie dies nicht selbst ist – unverzüglich die für die Quellklinik örtlich zuständige Integrierte Leitstelle und leitet, sofern verfügbar, den Dokumentationsbogen für das Arzt-Arzt-Gespräch an diese weiter. Die

für die Quellklinik örtlich zuständige Integrierte Leitstelle disponiert den arztbegleiteten Patiententransport aufgrund der Ergebnisse des Arzt-Arzt-Gesprächs neu und übermittelt nach Möglichkeit dem Transportarzt des Einsatzmittels unter Hinweis auf die „Zweitdisposition“ den Dokumentationsbogen für das Arzt-Arzt-Gespräch, damit dieser nicht alle Fragen erneut stellen muss und auch den Grund der Ablehnung kennt.

Besteht ein Dissens zwischen den auf den verschiedenen Einsatzmitteln eingesetzten Ärzten über das einzusetzende Einsatzmittel, muss auf Weisung der für die Quellklinik örtlich zuständigen Integrierten Leitstelle – bei Beteiligung eines ITH unter Einbindung der KITH – das mit der höherwertigen medizinischen Ausstattung versehene Einsatzmittel den arztbegleiteten Patiententransport durchführen. Die Einsatzmittel haben die sie führenden Integrierten Leitstellen bzw. die KITH sofort entsprechend zu informieren.

Im Arzt-Arzt-Gespräch zu einem arztbegleiteten Patiententransport muss zwingend abgestimmt werden, ob der bei der Einsatzaufnahme erfasste Status hinsichtlich der Dringlichkeit des Transports (dringlich oder disponibel) bestehen bleibt. Für disponible arztbegleitete Patiententransporte – auch sofern der Status von dringlich auf disponibel geändert wurde – muss festgelegt werden, ob eine Verschiebung, eine Unterbrechung oder ein Abbruch des disponiblen arztbegleiteten Patiententransports zugunsten einer Verwendung des ausgewählten arztbesetzten Einsatzmittels für einen Einsatz in der Notfallrettung möglich wäre und gegebenenfalls in welchem Zeitfenster. Kann hierzu kein Einvernehmen hergestellt werden, entscheidet der abgebende Arzt der Quellklinik. Der auf dem Einsatzmittel eingesetzte Arzt hat die Integrierte Leitstelle, die das Einsatzmittel führt, bzw. die KITH unverzüglich über die Vereinbarung zu informieren. Diese ändert gegebenenfalls den Status und informiert wiederum unverzüglich die für die Quellklinik örtlich zuständige Integrierte Leitstelle und – sofern der arztbegleitete Patiententransport luftgebunden durchgeführt wird – die zuständige ITH-Standortleitstelle. Erfolgt keine Statusänderung, gilt der bei der Einsatzaufnahme erfasste Status als verbindlich für die weitere Einsatzdurchführung.

4. Verschiebung, Unterbrechung und Abbruch

4.1 eines dringlichen arztbegleiteten Patiententransports zugunsten eines Einsatzes in der Notfallrettung

Eine Verschiebung, eine Unterbrechung oder ein Abbruch eines dringlichen arztbegleiteten Patiententransports zugunsten eines Einsatzes in der Notfallrettung ist nicht zulässig.

4.2 eines disponiblen arztbegleiteten Patiententransports zugunsten eines Einsatzes in der Notfallrettung

Voraussetzung für eine Verschiebung, eine Unterbrechung oder einen Abbruch eines disponiblen arztbegleiteten Patiententransports zugunsten eines Einsatzes in der Notfallrettung ist, dass das Einsatzmittel die Quellklinik noch nicht erreicht hat und das Arzt-Arzt-Gespräch dazu geführt hat, dass der geplante Transport nicht an einen Termin gebunden ist, der für die weitere Versorgung des zu transportierenden Patienten notwendig ist und der durch eine Verschiebung, eine Unterbrechung oder einen Abbruch des geplanten Transports gefährdet oder nicht eingehalten werden könnte.

4.3 Für die Verschiebung, die Unterbrechung und den Abbruch eines disponiblen arztbegleiteten Patiententransports durch einen ITH oder ITW wird ergänzend Folgendes festgelegt:

Im Zuge der Disposition eines ITH informiert die KITH unverzüglich die ITH-Standortleitstelle, dass der ITH für einen arztbegleiteten Patiententransport vorgesehen ist und teilt ihr dabei die Einsatzart (dringlich / disponibel-terminiert / disponibel im Tagesverlauf) mit. Der ITH ist von der ITH-Standortleitstelle in ihrem Einsatzleitsystem zu blocken. Erst wenn der Status aktiv nach dem Arzt-Arzt-Gespräch aufgehoben wurde, informiert die KITH die ITH-Standortleitstelle über den geänderten Status. Erfolgt keine Statusaufhebung, darf der ITH nicht zu einem Notfalleinsatz herangezogen werden. Entsprechendes gilt für den Einsatz der ITW.

Darf nach diesen Grundsätzen der mit einem disponiblen arztbegleiteten Patiententransport beauftragte ITH oder ITW für einen Einsatz in der Notfallrettung eingesetzt werden, muss die Integrierte Leitstelle, die den ITH oder ITW für den Einsatz in der Notfallrettung anfordert, den Abzug des Einsatzmittels mit der KITH bzw. der ITW-Standortleitstelle abstimmen. Die KITH bzw. ITW-Standortleitstelle informiert die für die Quellklinik örtlich zuständige Integrierte Leitstelle und diese wiederum die Quellklinik. Die Integrierte Leitstelle hat alle Maßnahmen zu ergreifen, um den ITH oder ITW zu entlasten und damit die Einsatzdauer so kurz wie möglich zu gestalten. Dies geschieht insbesondere durch die parallele Alarmierung eines bodengebundenen notarztbesetzten Notfallrettungsmittels zum Transport des Notfallpatienten nach der Erstversorgung durch den ITH-Arzt oder ITW-Arzt.

Für den Fall, dass sich der zunächst nach dem Meldebild oder der Transportdistanz ermittelte Zeitrahmen nicht halten lässt oder der Verlegungstransport wegen eines sich an eine Primärversorgung anschließenden medizinisch indizierten Transports abgebrochen werden muss, hat dies die Integrierte Leitstelle, die den ITH oder ITW zu dem Einsatz in der Notfallrettung abgezogen hat, umgehend der KITH bzw. ITW-Standortleitstelle mitzuteilen.

- Die KITH versucht dann, in Abstimmung mit der für die Quellklinik örtlich zuständigen Integrierten Leitstelle, die Durchführung des abgebrochenen Verlegungstrans-

ports mit einem anderen ITH zu organisieren. Sofern die KITH keinen anderen ITH beauftragen kann, teilt sie dies der für die Quellklinik örtlich zuständigen Integrierten Leitstelle mit.

- Die ITW-Standortleitstelle informiert die für die Quellklinik örtlich zuständige Integrierte Leitstelle.

Die für die Quellklinik örtlich zuständige Integrierte Leitstelle hat dann in Absprache mit der Quellklinik eine anderweitige Durchführung des Verlegungstransports zu organisieren.

5. Indikationskatalog für den arztbegleiteten Patiententransport

Den Ärzten an den Krankenhäusern in Bayern wird der anliegende Leitfaden zur Verfügung gestellt. Der darin enthaltene Indikationskatalog für den arztbegleiteten Patiententransport mit RTW+VEF oder ITW/ITH dient als Hilfsmittel für die Bestellung eines arztbegleiteten Patiententransports und stellt keinen abschließenden Diagnosekatalog dar. Die Indikationsstellung für einen arztbegleiteten Patiententransport soll sich am klinischen Zustand des Patienten orientieren. Der behandelnde Arzt entscheidet auf dieser Grundlage, ob während des Transports die Betreuung oder Überwachung des Patienten durch einen Arzt (in Abgrenzung zur Überwachung ausschließlich durch nichtärztliches medizinisches Personal im Rahmen eines Krankentransports mit Krankentransportwagen) aus medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 7 Satz 1 AVBayRDG) und ob der arztbegleitete Patiententransport unter intensivmedizinischen Bedingungen erfolgen muss.

6. Andere Behandlungseinrichtungen

Arztbegleiteter Patiententransport findet überwiegend als Interhospitaltransfer zwischen Krankenhäusern statt. Sofern für den Transport eines Patienten aus einer anderen oder in eine andere für die weitere Versorgung des Patienten geeigneten Behandlungseinrichtung, die kein Krankenhaus ist, die Voraussetzungen für einen arztbegleiteten Patiententransport vorliegen, findet diese Verfahrensregelung entsprechende Anwendung.

7. Aufhebung von IMS

Die IMS vom 22.12.1998, 14.05.1999, 13.12.2006, 19.12.2006, 26.07.2007 und 06.02.2008 (alle Az. ID3-2286.03-80 und ID3-2287.32-11) sowie das IMS vom 08.02.2002 (Az. ID3-2286.03-116, ID3-2286.03-80) werden aufgehoben. Es sind nicht alle Einzelheiten aus den aufgehobenen IMS in die neue Verfahrensregelung übernommen worden. Die in der Praxis bewährten Einsatzmodalitäten und die zwischen allen Beteiligten abgestimmten Verfahren sind weiterhin einzuhalten. Es gehört zu den Aufgaben der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, auf eine praxismgerechte Umsetzung dieser Verfahrensregelung zu achten und hinzuwirken.

Die Durchführenden der Land- und Luftrettung in Bayern, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Bayerische Landesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte sowie die Ärzte an den Krankenhäusern in Bayern wurden mit den anliegenden Schreiben informiert. Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und die Staatliche Feuerweherschule Geretsried (Integrierte Lehrleitstelle) haben Kopien dieser Schreiben mit Anlagen erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. Ebersperger
Ministerialrat

**Indikationskatalog für die Erstdisposition eines Einsatzmittels für einen
arztbegleiteten Patiententransport mit RTW+VEF oder ITW/ITH
(Art. 2 Abs. 4 Satz 1 BayRDG, § 7 Satz 3 AVBayRDG)**

1. Arztbegleiteter Transport eines Patienten mit RTW und VEF

Bedarf der Patient aufgrund seines klinischen Zustandes während des Transports einer ärztlichen Betreuung oder Überwachung, werden für den arztbegleiteten Patiententransport grundsätzlich ein Rettungswagen (RTW) nach DIN sowie ein Verlegungsarzt (Notarztqualifikation) mit Verlegungsarzt-Einsatzfahrzeug (VEF mit einer Ausstattung nach der DIN für Notarzt-Einsatzfahrzeuge) eingesetzt. Im Folgenden ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die ärztliche Betreuung oder Überwachung eines Patienten während des Transports durch den **Verlegungsarzt eines VEF** aus medizinischen Gründen erforderlich ist:

- Patient ohne Beatmungs- und Katecholamintherapie mit der Notwendigkeit einer ärztlichen Überwachung
- Patient ohne Beatmungs- und Katecholamintherapie mit der potentiellen Notwendigkeit einer ärztlichen therapeutischen Intervention während des Transports
- Patient ohne Beatmungs- und Katecholamintherapie mit einer während des Transports notwendigen intravenösen Medikamententherapie (mit höchstens zwei Spritzenpumpen)

2. Arztbegleiteter Transport eines Patienten mit ITW oder ITH

Bedarf ein Patient auch während des Transports der besonderen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer Intensivtherapie oder eines intensivmedizinisch erfahrenen Arztes, wird die Beförderung grundsätzlich als arztbegleitete Patiententransport mit einem **Intensivtransportwagen (ITW)** durchgeführt, sofern der Transport nicht aus medizinischen Gründen und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Transportzeit mit einem **Intensivtransporthubschrauber (ITH)** durchgeführt werden muss. Trifft eines der nachfolgenden Kriterien zu, besteht grundsätzlich die Indikation für einen Transport mit ITW oder ITH:

- katecholaminpflichtiger Patient
- beatmeter Patient
- für den Transport erforderliche intravenöse Medikamententherapie mit mehr als zwei Spritzenpumpen
- Notwendigkeit eines kontinuierlichen invasiven Druckmonitorings

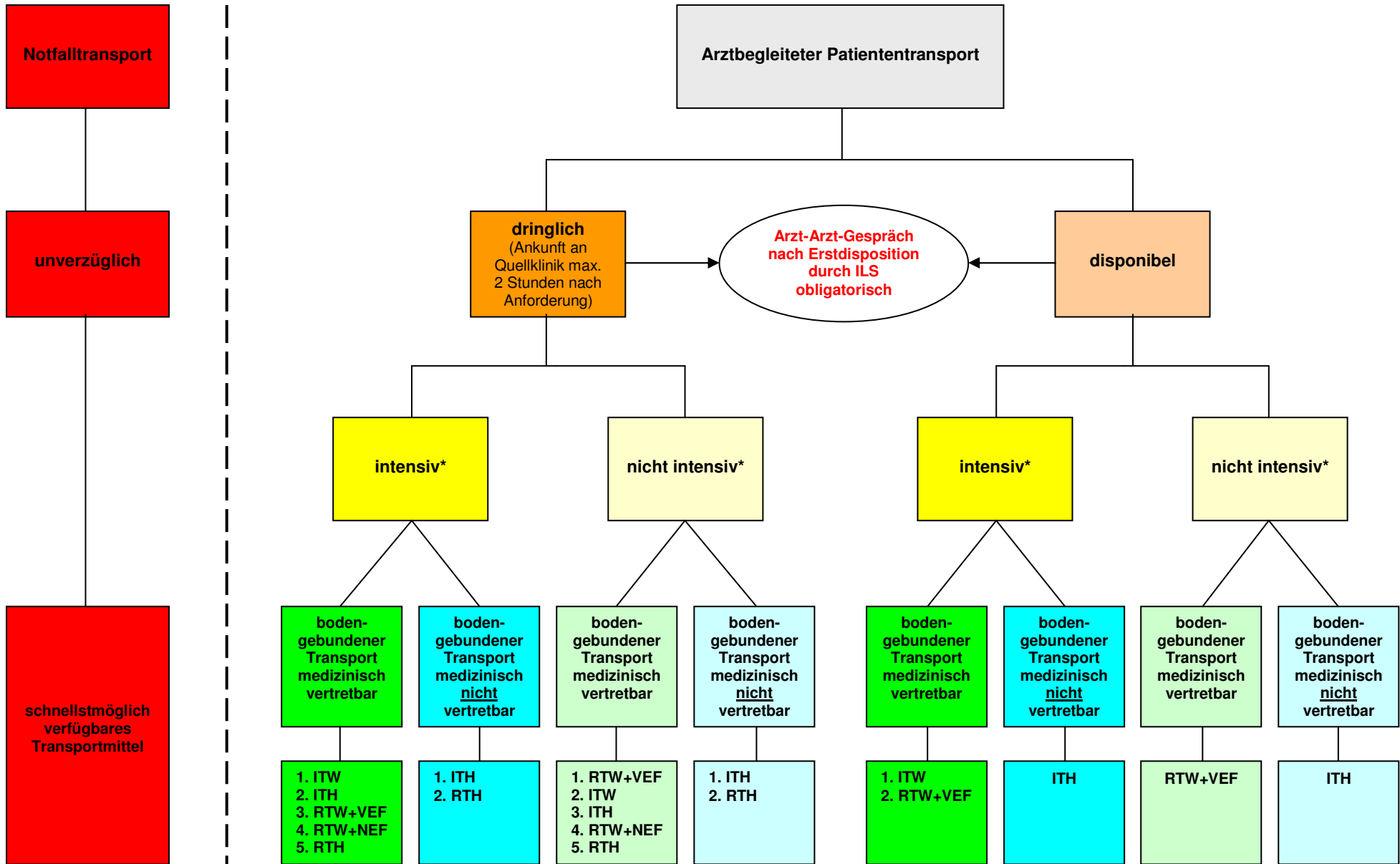
3. Berücksichtigung von Dringlichkeit und Angemessenheit

- Dringlichkeit:

Ist der Transport medizinisch begründet dringlich und ein medizinisch relevanter Zeitvorteil nur durch die Disposition von VEF und RTW erreichbar, können diese ausnahmsweise abweichend von den grundsätzlichen Festlegungen zur Indikation von der Integrierten Leitstelle erstdisponiert werden. Die Entscheidung, ob der Transport definitiv durch RTW und VEF übernommen werden kann, trifft der Verlegungsarzt nach Durchführung des Arzt-Arzt-Gesprächs.

- Angemessenheit:

Steht bei einem Patienten der Aufwand des originär in Frage kommenden Transportmittels (lange Anfahrtszeit, hoher logistischer Aufwand) im Kontrast zum erzielbaren Nutzen (kurze Transportstrecke, stabiler Patient), können abweichend von den unter den Ziffern 1 und 2 genannten Kriterien ausnahmsweise auch VEF und RTW erstdisponiert werden, wenn davon auszugehen ist, dass daraus keine Reduzierung des individuellen Versorgungsniveaus resultiert oder der medizinische Nutzen für den Patienten durch den Zeitvorteil überwiegt. Die Einschätzung hierzu wird im Arzt- Arzt Gespräch getroffen.



*Kriterien zur Unterscheidung intensiv/nicht intensiv siehe auch „Indikationskatalog für den arztbegleiteten Patiententransport mit RTW+VEF oder ITW/ITH“ (Stand 08.02.2013)