

**Empfehlung 01/02-2018 vom 03.07.2018 des  
Rettungsdienstausschuss Bayern**

---

**Definition des medizinisch  
relevanten Zeitvorteils und  
sich daraus ergebende  
Konsequenzen für die  
Disposition**

---

## Empfehlung

Unter Bezugnahme auf den **Beschlussantrag** des **ÄLRD-Ausschuss Bayern** vom **22.07.2015** gibt der Rettungsdienstausschuss Bayern (RDA) folgende Empfehlung:

### **1. Medizinisch relevanter Zeitvorteil bei der Heranführung eines Einsatzmittels:**

Die Notarzteinsätze sollten nach vermuteter **Komplexität** und vermuteter **Dringlichkeit** priorisiert werden. Dazu wurde eine **4-Feldertafel** erarbeitet, die den Disponenten der Integrierten Leitstellen eine **Hilfestellung** geben soll, wie die einzelnen Einsätze auf Grund des Meldebildes zugeordnet werden können.

Die Folge daraus ist eine **unterschiedliche Alarmierung der zur Verfügung stehenden Rettungsmittel** - von Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeug über Rettungshubschrauber bis hin zu nicht dem öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst zugeordneten Einheiten der organisierten Ersten Hilfe, Unterstützungsgruppen Rettungsdienst, aber auch von Notärzten außerhalb der öffentlich-rechtlichen Vorkhaltung (Hintergrund-, Zusatz- oder Außennotärzte), wie es auch im § 4 AVBayRDG beschrieben ist.

### **2. Medizinisch relevanter Zeitvorteil bei Transport in eine geeignete Behandlungseinrichtung:**

Weiterhin empfiehlt der RDA die **lokale Planung, für welche Gemeindeteile es sinnvoll ist, ein Luftrettungsmittel primär mit zu alarmieren**, um für den Patienten einen **Zeitvorteil beim Transport in eine geeignete Behandlungseinrichtung** zu erreichen, wie es auch im Dispositionsleitfaden Luftrettung bereits vorgesehen ist.

### **3. Praktische Umsetzung dieser Empfehlung:**

Die Umsetzung dieser Empfehlung erfolgt durch **Schulung der Disponenten** nach Einarbeiten in die im Kapitel „Einführung“ erwähnte Schulungsunterlage.

Die ILS haben sich bereit erklärt, 6 Monate nach Einführung über die ARGE kommILS bzw. die Landesgeschäftsstelle des BRK über die Auswirkungen der Einführung dieser Empfehlung zu berichten. Nötigenfalls können dann Änderungen in den Begrifflichkeiten der 4-Felder-Tafel vorgenommen werden.

## Einführung

In der Sitzung des ÄLRD-Ausschusses (jetzt Rettungsdienstausschuss) vom 22.07.2015 wurde die AG Disposition beauftragt, „eine **Schulungsunterlage mit Hilfestellungen/Orientierungshilfen für die Disponenten der ILS zur besseren Einschätzung des `medizinisch relevanten Zeitvorteils`**“ zu erarbeiten.

Nach der Umsetzung des neuen Konzepts der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst seit Ende des Jahres 2016 hat die neu zusammengestellte AG 2 des RDA die folgenden Ausführungen zur Unterstützung der Disponentinnen und Disponenten der Integrierten Leitstellen in Bayern bei der Bewertung eines medizinisch relevanten Zeitvorteils erstellt.

Ein weiterer Auftrag an diese Arbeitsgruppe war die Erstellung einer Schulungsunterlage zu den Schlag- und Stichworten der aktuellen Alarmierungsbekanntmachung, zum Dispositionsleitfaden Luftrettung sowie zur Verfahrensanweisung zum Notarztindikationskatalog. Die vorliegende Empfehlung soll **in diese Schulungsunterlage mit einfließen**.

## Ausgangslage

Zu Beginn der Ausarbeitung stellten sich die Frage, in welchem Zusammenhang der Terminus „medizinisch relevanter Zeitvorteil“ in verbindlichen Dokumenten und Gesetzen zu finden ist. Dabei ließ sich feststellen, dass dieser Begriff in durchaus unterschiedlich zu verstehender Ausführung im Gesetz, in der Ausführungsverordnung, im Leitfaden für die Tätigkeit örtlicher Einrichtungen organisierter Erster Hilfe sowie in Empfehlungen der ÄLRD niedergeschrieben ist:

### **Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AVBayRDG) vom 30.11.2010:**

§4, Abs. 2:

„Ein Verlegungsarzt-Einsatzfahrzeug soll statt eines Notarzt-Einsatzfahrzeugs in der Notfallrettung nur eingesetzt werden, wenn es über Funk einsatzbereit gemeldet und ein **deutlicher medizinisch relevanter Zeitvorteil** zu erwarten ist.“

### **Dispositionsleitfaden Luftrettung (Empfehlung des ÄLRD-Ausschusses vom 22.07.2015):**

„A) Versorgungsfunktion

*Ist nach Meldebild und aktuell gültigem/gültiger Notarztindikationskatalog/Verfahrensbeschreibung eine Notarztindikation gegeben, soll die Luftrettung dann disponiert werden, wenn das Heranführen eines Notarztes durch ein Luftrettungsmittel einen **medizinisch relevanten Zeitvorteil** gegenüber dem verfügbaren bodengebundenen Notarzteinsatz erwarten lässt.*

B) Transportfunktion

*Kommt zur Notfallversorgung ein bodengebundener Notarzt zum Einsatz, soll die Integrierte Leitstelle ein Luftrettungsmittel parallel alarmieren, wenn bereits aufgrund des Meldebildes damit zu rechnen ist, dass ein Patiententransport mit dem Hubschrauber einen **medizinisch relevanten Zeitvorteil** bis zum Erreichen einer geeigneten Zielklinik gegenüber dem verfügbaren bodengebundenen Notarzteinsatz erwarten lässt.“*

**Leitfaden für die Tätigkeit örtlicher Einrichtungen organisierter Erster Hilfe (Ersthelfergruppen) in Bayern (Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 27.04.2011, geändert am 07.02.2013)**

„4.4 Alarmierungsplanung

*Die Alarmierung einer Ersthelfergruppe ist nur sinnvoll, wenn dadurch ein **medizinisch relevanter Zeitvorteil** bis zum Eintreffen des gleichzeitig alarmierten öffentlichen Rettungsdienstes erreicht werden kann. Die planerische Festlegung, in welchen Fällen und welchen Regionen des Rettungsdienstbereichs ein **medizinisch relevanter Zeitvorteil** zu erwarten ist, erfolgt durch den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung im Rahmen der Alarmierungsplanung. Auf dieser Grundlage entscheidet die Integrierte Leitstelle unter Berücksichtigung des Meldebildes und der konkreten Umstände des Einzelfalls über den Einsatz der Ersthelfergruppen“*

Auf Anfrage an das Bayerische Staatsministerium des Inneren und für Integration wurde bestätigt, dass die Begriffskomponente „medizinisch relevanter Zeitvorteil“ in allen genannten Zusammenhängen gleichbedeutend ist. Nur in § 4 AVBayRDG in Zusammenhang mit dem Einsatz eines Verlegungsarzt-Einsatzfahrzeuges in der Notfallrettung unterliegt er noch einer Steigerung („deutlich“).

In Zusammenhang mit dieser Empfehlung war auch der folgende Passus aus der AVBayRDG zu beachten:

AVBayRDG §4, Abs. 3:

*„Einsatzmittel, die nicht Teil der regelmäßigen Fahrzeugvorhaltung des öffentlichen Rettungsdienstes sind, darf die Integrierte Leitstelle (...) nur einsetzen, wenn nach dem Meldebild und der konkreten Situation im Einzelfall zu erwarten ist, dass ein Einsatzmittel des öffentlichen Rettungsdienstes nicht rechtzeitig die erforderliche Hilfe leisten kann.“*

Unter den gegebenen Voraussetzungen erachteten die Mitglieder der AG 2 es für sinnvoll, zwischen **rascher Zuführung eines geeigneten Notfallrettungsmittels** (Kapitel „Priorisierung von Einsätzen“) und einer **raschen Zuführung in eine geeignete Behandlungseinrichtung** (Kapitel „Medizinisch relevanter Zeitvorteil bei der Transportfunktion“) zu unterscheiden.

## Priorisierung von Notarzteinsätzen

Der Begriff „medizinisch relevanter Zeitvorteil“ gilt (bis auf die Ausnahme des Schlaganfalls ohne gestörte Vitalfunktionen = RD 1) nur für Notarzteinsätze (RD 2). Insofern beziehen sich die folgenden Ausführungen auf die Entität der Notarzteinsätze.

Grundgedanke der Priorisierung war, die Einsätze nach den Kriterien **Komplexität** und **Dringlichkeit** zu unterscheiden.

So gibt es Zustands- und Krankheitsbilder, die auf Grund **hoher Komplexität** und **hoher Dringlichkeit** eine sofortige und höchstmöglich qualifizierte Hilfe erfordern. Hier ist bei konkreten Zustandsbildern möglicherweise auch die Alarmierung sämtlicher zur Verfügung stehender Rettungsmittel gerechtfertigt (zum Beispiel lebensbedrohliche Blutung oder Reanimation), da diese bereits erste, unter Umständen lebensrettende Maßnahmen, ergreifen können, bis der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst eintrifft.

Davon abzugrenzen sind Einsätze, die zwar eine **hohe Dringlichkeit** haben, deren **Komplexität** aber nicht unbedingt den sofortigen Einsatz eines Notarztes erfordern. Als Beispiel sei an dieser Stelle der akute Schlaganfall aufgeführt. Hier ist der schnellste RTW zu disponieren, eine ggf. erforderliche notärztliche Versorgung kann eventuell durch ein Rendezvous während des Transports erfolgen. Es steht die schnellstmögliche Zuführung zur kausalen Therapie im Vordergrund.

Wiederum abzugrenzen sind Einsätze mit **geringerer Dringlichkeit**, bei denen im Normalfall eine Versorgung aus der regulären öffentlich-rechtlichen Vorhaltung ausreichend sein sollte, auch wenn andere Rettungsmittel eine kürzere Anfahrtszeit hätten.

Es ist den Mitgliedern des RDA bewusst, dass nicht sämtliche abzuarbeitende Notfallereignisse in einem Schema abgebildet werden können. Deshalb ist diese Empfehlung als **Hilfestellung für die Disposition** insbesondere von Rettungsmitteln außerhalb der öffentlich-rechtlichen Vorhaltung gemäß §4 AVBayRDG zu verstehen. Sie betrifft somit in erster Linie die erste Alarmierung nach Eingang des Notrufs. Sollte sich bereits Fachpersonal am Einsatz befinden (Arztpraxis, Nachforderung durch RTW vor Ort, arztbegleiteter Patiententransport etc.), dann obliegt die Einschätzung der Dringlichkeit dem Fachpersonal vor Ort und sollte im Notruf- bzw. Nachforderungsgespräch zusammen mit dem Disponenten erörtert und gemeinsam entschieden werden.

Der RDA erhofft sich, mit der vorliegenden Empfehlung eine Unterstützung für den Disponenten zu bieten. Dazu wurde eine 4-Feldertafel entwickelt, wie eine Priorisierung der Einsätze in Bezug auf ihre **Dringlichkeit** oder ihre **Komplexität** wie oben erläutert stattfinden kann.

## 4-Feldertafel zur Priorisierung von Notarzteinsätzen

### Erklärung der 4 Felder-Tafel:

1. **Notfallereignisse mit höchster Dringlichkeit und hoher medizinischer Komplexität:**

Einsätze dieser Art rechtfertigen die Alarmierung des schnellstmöglichen RTW und Notarztes sowie Einheiten der organisierten Ersten Hilfe, wie auch weiterer Hilfeleistungssysteme außerhalb und innerhalb (z.B. KTW) der öffentlich rechtlichen Vorhaltung. Insbesondere hier ist die Alarmierung eines Notarztes außerhalb der öffentlich-rechtlichen Vorhaltung sowie des VEF in Betracht zu ziehen, wenn diese gegenüber dem öffentlich-rechtlichen Notarzt einen Zeitvorteil trotz eventuell längerer Ausrückdauer haben. Bei Einsätzen mit vermutetem Kreislaufstillstand oder einer massiven Blutung können zusätzlich andere in lokaler Abstimmung etablierte weitere Hilfseinheiten mit schneller Zugriffsmöglichkeit, wie zum Beispiel auch smartphonegestützte Ersthelfersysteme, in Betracht gezogen werden, da sie hier selbst mit einfachen Mitteln unter Umständen lebensrettende Handlungen vornehmen können.

2. **Notfallereignisse mit höchster Dringlichkeit aber geringerer Komplexität:**

Hier ist die Alarmierung des schnellsten RTW sowie Einheiten der organisierten Ersten Hilfe erforderlich, die notärztliche Versorgung sollte aber mittels der regulären öffentlich-rechtlichen Vorhaltung durchgeführt werden. Es steht die rasche Zuführung in eine geeignete Behandlungseinrichtung mit im Vordergrund, z.B. Patienten mit akuter Schlaganfallsymptomatik mit einhergehender Bewusstseinsstörung.

3. **Notfallereignisse mit hoher Komplexität und niedriger Dringlichkeit:**

Hier sollte im Regelfall die Versorgung aus der öffentlich-rechtlichen Vorhaltung (incl. RTH) ausreichend sein, z. B. bei Patienten mit starken, nicht tolerablen Schmerzen.

4. **Notfallereignisse mit geringerer Komplexität und niedriger Dringlichkeit:**

Hier sind das nächstgelegene NEF und der nächstgelegene RTW aus der öffentlich-rechtlichen Vorhaltung zu alarmieren.

### Anwendung der 4-Felder-Tafel:

Die **4-Feldertafel** ist als Handlungsunterstützung und Handlungserleichterung zu verstehen. **Der Disponent kann und soll nach eigenem Ermessen und vorliegendem Meldebild entscheiden.**

Insbesondere bei der Alarmierung eines Rettungshubschraubers muss bedacht werden, ob auch das potentielle Transportziel bereits bei der Disposition mit in Betracht gezogen werden sollte. Genauere Ausführungen dazu finden sich an einer späteren Stelle dieser Empfehlung.

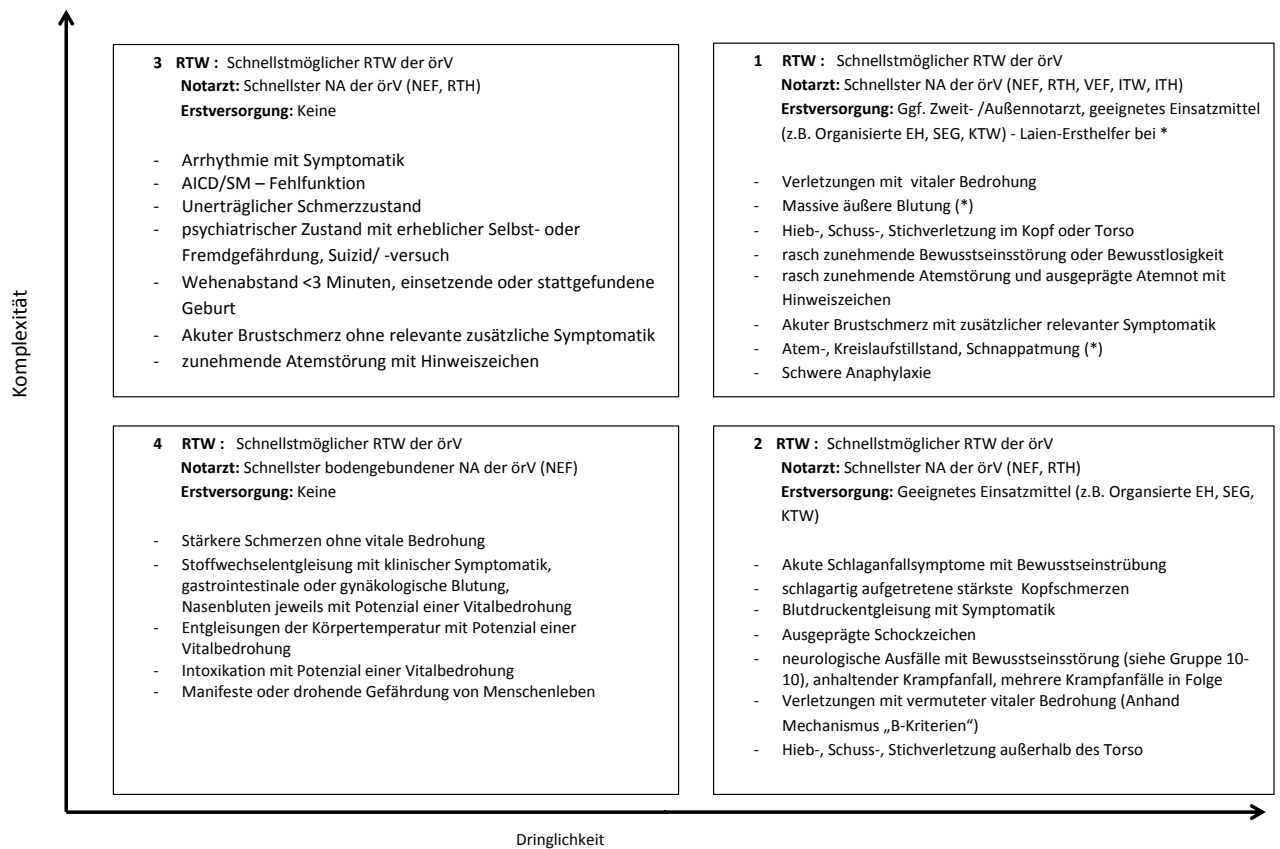
Nach Meinung des RDA sind pädiatrische Notfälle im Sinne dieser Empfehlung nicht anders als nicht-pädiatrische Notfälle zu behandeln und sehen diese in der 4-Feldertafel bereits abgebildet und nicht extra erwähnenswert.

Es erschien nicht zielführend, in die einzelnen Felder nur die Schlagworte einzutragen, da sich dahinter teilweise unterschiedliche Dringlichkeiten verbergen. Deshalb sind in der 4-Feldertafel größtenteils die Anmerkungen aus der Anlage zu Nr. 2.1.4. ABek vermerkt.

Die Konsequenz aus der Zuordnung der einzelnen Zustandsbilder in ein jeweiliges Feld ist die Empfehlung, welches Rettungsmittel gegebenenfalls auch außerhalb der öffentlich-rechtlichen Vorhaltung disponiert werden könnte.

Die Zuordnung ergibt sich wie eingangs erwähnt durch eine Einteilung einerseits anhand der zu erwartenden **Komplexität** des Notfallereignisses und damit steigender **Dringlichkeit** hinsichtlich des Bedarfs eines Notarztes und andererseits nach der zu erwartenden **Dringlichkeit** insbesondere in der Zuweisung zu einer kausalen Therapie in der Klinik.

Spezielle Krankheitsbilder, bei denen zusätzlich weitere alarmierbare Einheiten mit der Möglichkeit zur qualifizierten Ersten Hilfe, wie z. B. dienstbereite Wachmannschaft der Wasserrettung oder Bergwacht, wie aber auch smartphonegestützte Ersthelfersysteme mit alarmiert werden könnten, sind zusätzlich markiert.





## **Medizinisch relevanter Zeitvorteil bei der Alarmierung eines First Responders oder Helfers vor Ort**

Die Definition des medizinisch relevanten Zeitvorteils bei der Alarmierung eines First Responders/Helfers vor Ort sehen wir im Leitfaden für die Tätigkeit örtlicher Einrichtungen organisierter Erster Hilfe (Ersthelfergruppen) in Bayern – Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 27. April 2011 mit Stand 07. Februar 2013 bereits als ausreichend definiert an. Dort sind unter Punkt 4.4 Alarmierungsplanung bereits Zustandsbeschreibungen aufgeführt, die einen medizinisch sinnvollen Einsatz dieser Gruppen zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls annehmen lassen.

## Sonderfall Berg- und Höhlenrettung

Bei Einsätzen mit Notarztindikation im Bereich der Bergrettung legt der Einsatzleiter Berg- und Höhlenrettung neben der in der Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) gültigen Erstalarmierung zusätzlich fest, welcher Notarzt (Land-, Luft-, Bergrettung) zum Einsatz kommt (*Alarmierung im Rettungsdienst, Brand- und Katastrophenschutz in Bayern, AIIIMBI. 2016 S.1575*). Grundsätzlich ist dieses Vorgehen sinnvoll, da der Einsatzleiter der Berg- und Höhlenrettung die Verantwortung für den Einsatz und regionale Kenntnisse hat. Er muss beurteilen, ob das Rettungsmittel für die jeweilige Situation einsetzbar und sinnvoll ist. Gerade bei zeitkritischen Notfallereignissen im Sinne dieser Empfehlung kann es dadurch aber zu Verzögerungen bei der Alarmierung eines mit einem Notarzt besetzten Rettungsmittels kommen.

Es soll daher für den Disponenten möglich sein, **in Situationen, in denen an Hand des Meldebildes das Einsatzgeschehen völlig klar ist**, bereits **parallel** zum Einsatzleiter Bergrettung das (Luft-) Rettungsmittel zu alarmieren. Hier sind die Fälle gemeint, bei denen der Patient dringendst einer notärztlichen Hilfe bedarf, die Lokalität bekannt ist, keine Witterungsgründe dagegen sprechen und ein Absetzen der medizinischen Besatzung sicher möglich ist.

In diesen Fällen ist es zulässig, wenn der Disponent *parallel* zum Einsatzleiter der Bergrettung bereits einen Rettungshubschrauber zum Einsatz disponiert (Einsätze in der Position 1 der 4-Feldertafel).

Im Rahmen der örtlichen Einsatzplanung sollte gemeinsam von ZRF und ILS mit der Bergrettung ein dezidierter Katalog festgelegt werden, insbesondere bei welchen Örtlichkeiten dementsprechend vorgegangen werden kann

## Medizinisch relevanter Zeitvorteil bei der Transportfunktion des Rettungshubschraubers

Kommt zur Notfallversorgung ein bodengebundener Notarzt zum Einsatz, soll die Integrierte Leitstelle ein **Luftrettungsmittel parallel** alarmieren, wenn bereits **aufgrund des Meldebildes** damit zu rechnen ist, dass ein Patiententransport mit dem Hubschrauber einen medizinisch relevanten Zeitvorteil bis zum **Erreichen einer geeigneten Zielklinik** gegenüber dem verfügbaren bodengebundenen Notarzt-dienst erwarten lässt (*Dispositionsleitfaden Luftrettung, ÄLRD-Ausschuss 2015*). Damit sollen auch Nachalarmierungen eines Luftrettungsmittels vermieden werden, da diese durchaus mit einer Zeitverzögerung für den Abtransport des Patienten verbunden sein können.

Die primäre Mitalarmierung des Luftrettungsmittels scheint aus Sicht des RDA sinnvoll, wenn **unter Berücksichtigung aller verzögernden Faktoren eine Verkürzung der Transportzeit um 15 Minuten** (Konsens in der Expertenrunde der AG 2) erreicht werden kann.

Verzögernde Faktoren können sein:

- Prüfung ob der RTH **witterungsbedingt** überhaupt zur Einsatzstelle fliegen kann
- verlängerte Dispositionszeit eines RTH bei einer nicht hubschrauberführenden ILS aufgrund eventuell mehrerer **Anfragen in Nachbarleitstellen**
- **Gegebenheiten** an der vermuteten **Zielklinik**, da der zeitliche Vorteil des RTH durch einen dann je nach Klinik erforderlichen Transport zwischen Landeplatz und Zielklinik mittels RTW wieder aufgehoben werden könnte.
- **Zeitaufwand** für die **Umlagerung** des Patienten an der Einsatzstelle vom RTW in den RTH, falls dieser im RTW erstversorgt wurde.

Bei einem besonderen Patientengut (z.B. pädiatrische Patienten, Schwerbrandverletzte, Patienten mit speziellen Intoxikationen, Patienten mit kardialen Assist-Devices) ist zu bedenken, dass ab einer bestimmten Krankheits- oder Verletzungsschwere ein weiter entferntes Zentrum die geeignete Behandlungseinrichtung sein kann, und deshalb von vornherein ein längerer Transport mit einzubeziehen ist (siehe z.B. untenstehende Tabelle Schlagwort 60 40 sowie Stichwort RD 2-Kind).

Der RDA empfiehlt den ZRF, im Voraus lokale Planungen gemeinsam mit der ILS und dem ÄLRD durchzuführen, für welche Planungsbereiche und Indikationen der RTH-Transport einen Zeitvorteil bringen könnte.

- **Planungsbereiche:** Der RDA empfiehlt hierzu, durch das INM eine interaktive Karte erstellen zu lassen, anhand derer für Tracerdiagnosen für alle Einsatzorte die geeigneten Zielkliniken erscheinen, und die zusätzlich darstellt, ob ein Lufttransport zur Zielklinik einen medizinisch relevanten Zeitvorteil erbringt, wobei alle verzögernden Faktoren einberechnet sein müssen.
- **Indikationen:** Grundsätzlich soll ein RTH zur Transportfunktion mit alarmiert werden, wenn aufgrund des Meldebildes eine spätere Zentrumszuweisung als wahrscheinlich erscheint.

## Empfehlung zu Schulung und Umsetzung

Die Umsetzung dieser Empfehlung erfolgt durch Schulung der Disponenten nach Einarbeiten in die im Kapitel „Einführung“ erwähnte Schulungsunterlage.

## Zielgruppe der Empfehlung

Die Empfehlung richtet sich an folgende **Personen/Institutionen/Organisationen/Einrichtungen**:

Ärztliche Leitern/Beauftragten Rettungsdienst	X
Arbeitsgemeinschaft der ZRF Bayern	X
Bayerische Krankenhausgesellschaft	O
Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr	O
Durchführende im Rettungsdienst	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bergrettung</li> <li>• Landrettung</li> <li>• Luftrettung</li> <li>• Wasserrettung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>X</li> <li>X</li> <li>X</li> <li>X</li> </ul>
Integrierte Leitstellen	X
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	X
Sozialversicherungsträger	O

## Umsetzung der Empfehlung

### Verantwortlichkeit

Bei der Umsetzung der Empfehlung sollte die **verantwortliche Federführung bei den integrierten Leitstellen** liegen. Diese geben nach erfolgter Umsetzung der Empfehlung **Rückmeldung an den Rettungsdienstauschuss**.

### Prozessschritte und Durchdringungsgrad

Zur Erreichung eines maximalen **Durchdringungsgrades** empfiehlt der RDA im Rahmen der Umsetzung folgendes Procedere:

#### 1. Prozessverantwortlicher: Ärztliche Leiter/Bezirksbeauftragte Rettungsdienst

Die *Ärztlichen Leiter/Bezirksbeauftragten Rettungsdienst* leiten die Empfehlung entsprechend ihrer internen Kommunikationswege weiter und erarbeiten in Zusammenarbeit mit den ZRF und den integrierten Leitstellen in regionaler Verantwortlichkeit, für welche Gemeindeteile eine zusätzliche Alarmierung eines RTH zur Transportfunktion als sinnvoll erachtet wird.

#### 2. Prozessverantwortlicher: regionale ZRF Bayern

Die ZRF erarbeiten in Zusammenarbeit mit den ÄLRD und den integrierten Leitstellen in regionaler Verantwortlichkeit, für welche Gemeindeteile eine zusätzliche Alarmierung eines RTH zur Transportfunktion als sinnvoll erachtet wird.

### **3. Prozessverantwortlicher: Durchführende des Rettungsdienstes**

Die *Durchführenden des Rettungsdienstes* leiten die Empfehlung zur Information entsprechend ihrer internen Kommunikationswege an ihre Mitarbeiter weiter.

### **4. Prozessverantwortlicher: Integrierte Leitstellen**

Nach der Einarbeitung dieser Empfehlung in die Schulungsunterlage zum Schlagwortkatalog, zum Dispositionsleitfaden Luftrettung und der Verfahrensanweisung zum Notarztindikationskatalog schulen die integrierten Leitstellen ihre Disponenten.

### **5. Prozessverantwortlicher: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**

Die *Kassenärztliche Vereinigung Bayerns* leitet die Empfehlung zur Information an die Notärzteschaft ihres Zuständigkeitsbereichs weiter.

## **Bei der Umsetzung der Empfehlung bestehen Schnittstellen zu folgenden AGs:**

Es bestehen Schnittstellen zur AG 6 - Fortbildung.

## **Kalkulierter Aufwand im Rahmen der Umsetzung**

Zum Zeit-, Personal-, Schulungs- und Kostenaufwand werden folgende Einschätzungen gegeben:

### **1. Zeitschiene:**

Die Umsetzung dieser Empfehlung erfolgt durch Schulung der Disponenten nach Einarbeiten in die im Kapitel „Einführung“ erwähnte Schulungsunterlage.

### **2. Erstbeschaffung interaktive Karte:**

#### **Sachkostenaufwand:**

Die Entwicklungskosten für die interaktive Karte werden durch das INM im Rahmen des ÄLRD-Projektes getragen.

#### **Personalkostenaufwand:**

Es entstehen keine Personalkosten.

### **3. Schulung**

#### **Sachkostenaufwand:**

##### **Erstschulung:**

Es entstehen keine Sachkosten für Erstschulungen.

##### **Folgeschulung:**

Es entstehen keine Sachkosten für Folgeschulungen.

#### **Personalkostenaufwand:**

##### **Erstschulung:**

Die Schulung dieser Empfehlung ist im jährlichen Fortbildungskontingent für Disponenten enthalten

**Folgeschulung:**

Die Schulung dieser Empfehlung ist im jährlichen Fortbildungskontingent für Disponenten enthalten

**Der Schulungsprozess wurde mit der zuständigen Bildungskommission ILS konsentiert.**

**4. Laufender Betrieb:**

**Sachkosten:**

Die Auswirkungen dieser Empfehlung auf die rettungsdienstliche Praxis können derzeit nicht gänzlich abgeschätzt werden, eine Verringerung der Anzahl der RTH-Einsätze erscheint aber möglich.

**Personalkosten:**

Es entstehen keine Personalkosten im laufenden Betrieb.

## Abkürzungen

AAO	Alarm- und Ausrückeordnung
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
AVBayRDG	Ausführungsverordnung zum bayerischen Rettungsdienstgesetz
örV	Öffentlich-rechtliche Vorhaltung