

**Empfehlung des ÄLRD-Ausschusses Bayern  
an alle Ausschussmitglieder**

---

**Kontinuierlicher Anstieg von Notarzt-Verlegungstransporten**

**Ursachenanalyse**

und

**Vorschlag für Maßnahmen zur Reduktion**

---

ausgearbeitet von der AG Arztbegleiteter Patiententransport

### Empfehlung

Die **AG Arztbegleiteter Patiententransport** (AG APT) empfiehlt dem/der/den

- BayStMI
- BKG
- Durchführenden
- ILS
- Kostenträgern
- KVB
- ZRF
- ÄLRD

die Umsetzung der entwickelten Lösungsansätze/Maßnahmen zur Reduktion von Notarztverlegungseinsätzen in Ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich.

Von der AG wird -wie beauftragt- hiermit zunächst ein Katalog mit Lösungsansätzen/möglichen Maßnahmen zur Reduktion von Notarztverlegungstransporten vorgeschlagen, der verschiedene Zuständigkeitsbereiche betrifft.

### Einführung

Nach einer Analyse des INM zeigt sich weiterhin ein kontinuierlicher, sehr starker Anstieg von notarztbegleiteten Verlegungseinsätzen.

Notarztverlegungen führen durch die oft lange Bindung von Notärzten regelmäßig zur notärztlichen Unterversorgung in deren Zuständigkeitsgebiet.

Der ÄLRD- Ausschuss- Bayern hat in seiner Sitzung vom 24. Juni 2014 folgenden Beschluss gefasst:

**Der ÄLRD-Ausschuss-Bayern beauftragt die „AG arztbegleitender Patiententransport“ mit der Analyse der Ursachen für den weiterhin kontinuierlichen Anstieg von notarztbegleiteten Verlegungstransporten und der Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs zu Möglichkeiten der Reduktion.**

**Neben den ÄLRD der AG soll das INM, Vertreter der ILS und Vertreter der BKG einbezogen werden.**

Als Ursachen kommen sehr viele Faktoren in Frage und wurden systematisch unter Berücksichtigung der am Prozess Beteiligten analysiert.

Mögliche Lösungsansätze zur Entlastung des Notarztsystems wurden entwickelt und sind in dieser Empfehlung zusammengefasst.

### Material/Methodik/Vorgehensweise

Die AG-Mitglieder interpretieren zunächst die vom INM erst kürzlich noch einmal aktualisierte Grafiken für den Zeitraum vom 1. Quartal 2007 bis 2. Quartal 2014. (Anlagen)

„Entwicklung der Anzahl der Ereignisse im arztbegleiteten Patiententransport in Bayern pro Quartal“

„Arztbegleitete Patiententransporte in Bayern pro Quartal seit 2007“.

Mit Kartenabfragetechnik wurden mögliche Ursachen für die hohe Anzahl an Notarzt-Verlegungstransporten gesammelt, geclustert und anschließend Lösungsansätze entwickelt und diskutiert.

Die gefundenen Punkte werden in 5 Arbeitsfelder eingeteilt und bearbeitet:

- **Allgemeines/sonstiges**
- **Gesetzliche Vorgaben/Verfahrensregelung**
- **Kliniken / Besteller**
- **Integrierte Leitstelle**
- **Verlegungsarztsystem**

### Ergebnis 1:

### Analyse und Interpretation der Einsatzentwicklung zum APT

#### Folgende Wertung wird vorgenommen:

Insgesamt zeigt sich ein langsamer aber kontinuierlicher Anstieg der arztbegleiteten Patiententransporte (APT) im Beobachtungszeitraum. In den beiden letzten ausgewerteten Quartalen (1/14 und 2/14) war die Anzahl der APT höher als in allen übrigen Quartalen des Auswertezitraums seit 2007. Für das 2. Quartal 2014 werden 6320 Transporte verzeichnet.

Die Anzahl der ITW Einsätze bleibt mit ca. 1000/Quartal ungefähr konstant.

**RTW-Verlegungen mit Begleitung eines Arztes außerhalb der öffentlich-rechtlichen Vorhaltung** gehen stark zurück (von 3092 im 1. Q 2007 auf 431 im 2. Q 2014). Die auffälligste Reduktion ist dabei in den Jahren 2009 und 2010 – also mit Umsetzung des neuen BayRDG zu verzeichnen.

Die **NAW-Verlegungen** steigen seit 2007 leicht an, sind zahlenmäßig aber insgesamt nur wenig relevant (ca. 200 und 400/Quartal) da nur noch an wenigen Standorten in Bayern NAWs eingesetzt werden.

Der **APT mit Notarztbegleitung** zeigen eine starke und kontinuierliche Zunahme über den gesamten Beobachtungszeitraum **von 588** im 1.Quartal 2007 **bis 2722** im 2. Quartal 2014.

Mit der sukzessiven Etablierung der 10 VEF Standorte zeigt sich auch bei der Anzahl der „**APT mit VEF**“ ein kontinuierlicher teils starker Anstieg der Einsatzzahlen bis Mitte 2013 (von 155 in 1. Quartal 2009 bis 1612 im 1. Quartal 2013).

Von Ende 2010 bis Mitte 2013 verläuft der Anstieg von NEF und VEF Verlegungstransporten fast parallel nach oben. Ab Mitte 2013 zeigt sich eine spiegelbildliche Weiterentwicklung von NEF und VEF-Verlegungen: während bei den NEF-Einsätzen ein weiterer kontinuierlicher Anstieg zu sehen ist reduzieren sich die VEF-Einsätze dazu fast spiegelbildlich.

### Zusammenfassung der Interpretation:

Die aufgezeigten Entwicklungen sind nach übereinstimmender Auffassung der AG-Mitglieder nicht überraschend und gut erklärbar.

Eine grundsätzliche Steigerung von arztbegleiteten Verlegungstransporten lässt sich allgemein mit gestiegenen Anforderungen an die Versorgung (z.B. Tracerdiagnosen), Veränderungen in der Kliniklandschaft mit Klinikschließungen, Leistungseinschränkungen in einzelnen Kliniken, Netzwerkbildungen, Spezialisierung und Verteilung von Schwerpunkten bei Klinikverbänden/Konzernstrukturen gut erklären und war auch so zu erwarten.

Der starke Rückgang der RTW-Verlegungen mit Klinikärzten außerhalb der öffentlich rechtlichen Vorhaltung ist einerseits durch die Neufassung des BayRDG vom 22.07.2008 nach Art. 15 (2) zu begründen, worin festgelegt ist, dass die Arztbegleitung beim APT grundsätzlich durch einen Verlegungsarzt sichergestellt wird. Die Transportbegleitung kann durch einen geeigneten Krankenhausarzt übernommen werden, wenn das Krankenhaus die Kosten übernehmen muss oder eine begründete Ausnahme nach AVBayRDG §6 (3) vorliegt.

Unabhängig davon sind die meisten Kliniken auch personell gar nicht mehr in der Lage die Arztbegleitung mit geeigneten Ärzten aus ihrer Vorhaltung zu stellen.

Der massive Rückgang der Transportbegleitungen durch Klinikärzte und der zusätzlich bereits beschriebene allgemeine Anstieg der arztbegleiteten Transporte wird sowohl durch einen deutlichen Anstieg der Notarztverlegungen als durch die seit 2009 sukzessive Etablierung der 10 Verlegungsarztstandorte mit entsprechenden Einsatzzahlen kompensiert.

Von 2/2011 bis 1/2013 ist ein nahezu paralleler Anstieg der APTs mit Notarzt und mit Verlegungsarzt festzustellen.

Im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Reduktion der VEF-Vorhaltung von 24h auf 12h pro Tag zeigt sich erwartungsgemäß ein Rückgang der Verlegungen mit VEF und ein weiterer deutlicher Anstieg der Verlegungen mit Notarztbegleitung auf **zuletzt 2722 im 2. Quartal 2014 (Vergleich: 588 im 1. Quartal 2007)**.

## Ergebnis 2

### Ursachenanalyse, Überlegungen, Lösungsansätze

1. Allgemeines/sonstiges		
Ursachen	Überlegungen	Lösungsansätze
<p>1.1</p> <p><b>Veränderte Kliniklandschaft</b></p>	<p>Klinikschließungen, Schwerpunktbildung / Spezialisierung, eingeschränkte Leistungserbringung, Netzbildung, Klinikverbünde, Konzernstrukturen führen zwangsläufig zu einer Zunahme von (arztbegleiteten) Verlegungstransporten.</p>	<p>➤ <b>Keine</b></p>
<p>1.2</p> <p><b>Duplizitätsfälle/ ärztlicher Koordinator</b></p>	<p>An einigen größeren Kliniken hatte sich „inoffiziell und unvergütet“ die Koordination für arztbegleitete Verlegungen über einen ärztlichen Koordinator etabliert und bewährt. Dringlichkeit / Verfügbarkeit von ITW/VEF wurde bereits bei der Bestellung aus medizinisch/fachärztlichen und strukturellen Gesichtspunkten berücksichtigt. Durch Wegfall solcher fachlich fundierten vorselektierenden Strukturen werden die Prozesse komplexer und Dringlichkeiten teils vermeidbar provoziert. Dies führt letztlich auch zu vermeidbaren Notarztverlegungen.</p>	<p>➤ <b>Etablierung der zentralen KaPT Bayern mit Einführung eines ärztlichen Koordinators zur Beratung von Kliniken und Disponenten.</b></p>

1.3

**Unsicherheiten bezüglich der möglichen Verantwortungsübernahme durch Rettungssassistenten**

Bei Verlegungstransporten wird aus verschiedenen Gründen teils sehr großzügig die Arztbegleitung seitens des Anfordernenden indiziert, andererseits gibt es aber auch sofortige Notarznachforderungen seitens des Rettungsdienstpersonals bei Verlegungstransporten, die aus Sicht des abgebenden Arztes ohne Arztbegleitung vertretbar sind. Beides erfolgt oft „vorsorglich“ weil nicht ganz auszuschließen ist, dass sich der Zustand des Patienten verschlechtern könnte. Nach Auffassung der Sitzungsteilnehmer wären viele Begleitungen vermeidbar.

Bei unerwarteter Zustandsverschlechterung während des Transports ist in vielen Fällen auch die indizierte Notarznachforderung unterwegs noch ausreichend. Hier könnten Schulung, spezifische Ausbildung und Stärkung der Position des Rettungsdienstpersonals Abhilfe schaffen. Es wäre zu prüfen ob es sinnvoll ist, einen Kriterienkatalog mit Empfehlungen zu erarbeiten, in welchen Fällen eine Notarztbegleitung von vorneherein sinnvoll ist und wann auch eine NANAchforderung bei einer Zustandsverschlechterung während des Transports ausreichend ist.

- **Erarbeitung eines Kriterienkatalog für Verlegungstransporte zur Unterscheidung von Krankheitsbildern die grundsätzlich einer Arztbegleitung bedürfen und Krankheitsbildern bei denen auch die Nachforderung eines Notarztes bei Zustandsverschlechterung ausreichend ist.**
- **Information und Schulung anfordernder Klinikärzte zu Möglichkeiten und Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals.**

2. Gesetzliche Vorgaben/Verfahrensregelung		
Ursachen	Überlegungen	Lösungsansätze
<p>2.1</p> <p><b>BayRDG Art. 15 (2) legt fest, dass die Arztbegleitung grundsätzlich durch einen Verlegungsarzt sichergestellt wird, soweit die Klinik die Kosten nicht selbst zu tragen hat.</b></p> <p>Nach §6 (3) AV BayRDG sind nur wenige Ausnahmen und auch nur nach Festlegung durch ZRF im Einvernehmen mit der KVB und Zustimmung der Sozialversicherungsträger möglich.</p>	<p>Auch wenn nicht zu erwarten ist, dass Kliniken „freiwillig“ im größeren Ausmaß eigene geeignete Ärzte aus ihrer Vorhaltung zur Verfügung stellen/stellen können, so wird diese potentielle Möglichkeit bereits gesetzlich eingeschränkt.</p> <p>Es sind Konstellationen denkbar, in denen Kliniken aus verschiedenen Gründen gerade bei vitalen Notfällen einen geeigneten eigenen Arzt für die Verlegung stellen würden, auch wenn sie die Kosten für den Verlegungstransport nicht selbst zu tragen haben.</p>	<p>➤ <b>Gesetzesänderung: Wegfall der Einschränkung “Soweit ein Krankenhaus die Kosten des Transports zu tragen hat“ in Art. 15 (2) Satz 2 BayRDG</b></p> <p>Auch aufgrund der „Paragraphenbremse“ ist die Möglichkeit einer Umsetzung aktuell nicht absehbar</p>

<p>2.2</p> <p><b>Verfahrensregelung Entscheidungsbaum:</b></p> <p><b>Der dringlicher APT wird mit „Ankunft an Quellklinik max. 2 Stunden nach Anforderung“ definiert.</b></p> <p><b>Die Erfahrung zeigt, dass bei dringlichen Verlegung dieser formale Umstand (max. 2h) oft zur Anforderung eines Notarztes führt, da 2 h als zu lange „gefühl“ wird.</b></p> <p><b>De facto wäre der Verlegungsarzt aber in sehr vielen Fällen deutlich früher verfügbar</b></p>	<p>Bei der Erstellung der Verfahrensregelung wurde dieser Punkt bereits sehr ausführlich diskutiert.</p> <p>Es bestand auch Einvernehmen, dass die „120 min – Grenze“ eine freie Festlegung im Konsens ohne Datengrundlage ist.</p> <p>Die Annahme einer anderen Zeit macht die grundsätzliche Verfahrensregelung jedoch nicht praktikabler, sondern führt zu anderen Problemen.</p> <p>In der täglichen Praxis können jedoch die 120 min je nach Standort und Verfügbarkeit von Verlegungsarzt/ITW/ITH häufig deutlich unterschritten werden. Es ist davon auszugehen, dass viele Notarzteinsätze vermieden werden können, wenn dem Besteller die aktuelle tatsächliche Eintreffzeit des Sekundärtransportmittels bekannt ist.</p>	<p>➤ <b>Bei Anforderung eines dringlichen APT soll der Disponent gleich die aktuelle Verfügbarkeit aller Sekundäreinsatzmittel prüfen und dem Besteller die <u>tatsächlich erwartete Eintreffzeit in der Quellklinik</u> mitteilen.</b></p> <p>Dieses Vorgehen würde sicher bei zentraler Koordination in Bayern (geplante KaPT) vereinfacht.</p>
--	---	---

<p>2.3</p> <p><b>Verfahrensregelung</b></p> <p><b>Indikationskatalog</b></p>	<p>Mit der ausdrücklichen hohen Bewertung des Arzt-Arzt-Gesprächs für die letztliche Entscheidungsfindung zum richtigen Transportmittel für Sekundäreinsätze und die Aufnahme der beiden weiteren Öffnungsklauseln in der Verfahrensregelung verfolgte die Verfahrensregelung des BayStMI eindeutig die Intention, dass nach ärztlicher Einschätzung und Prüfung der verfügbaren Ressourcen eine Abweichung von den bewusst einfach gehaltenen Grundsätzen für die Erstdisposition zugunsten einer VEF-Indikation zu erreichen.</p> <p>Die Grundsätze der Erstdisposition sind ausschließlich für eine schnelle Orientierungshilfe des Disponenten bei komplexen Krankheitsbildern zu verstehen.</p> <p>Diese einfachen Kriterien für die Erstdisposition der Disponenten wurden in der Vergangenheit <b>unzulässigerweise</b> durch VEF-Ärzte als Begründung für die Ablehnung von VEF-Einsätzen herangezogen.</p> <p>Beispielsweise ist es nach Wertung von aktuell verfügbaren Ressourcen, Patienten-zustand, Dringlichkeit der Verlegung und Angemessenheit durchaus möglich beatmete Patienten mit VEF-Arzt und RTW zu verlegen auch wenn im Indikationskatalog <b>für die Erstdisposition durch die Disponenten</b> für beatmete Patienten primär der ITW vorgeschlagen wird.</p>	<p>➤ <b>Formale Überarbeitung der Verfahrensregelung oder ergänzende Klarstellung mit noch differenzierterer Ausarbeitung der ursprünglichen Intention bezüglich der Begriffe „Indikationen zur Erstdisposition durch den Disponenten“ und tatsächlicher VEF-Indikationen nach Arzt-Arzt-Gespräch und der Berücksichtigung von Dringlichkeit, Verfügbarkeit und Angemessenheit.</b></p>
--	---	---

3. Kliniken / Besteller		
Ursachen	Überlegungen	Lösungsansätze
<p>3.1</p> <p><b>Verlegungsarztsysteme sind den Bestellern der Leistung oft nicht bekannt, sodass oft vereinfacht ausdrücklich nach einem „Notarzt“ zur Transportbegleitung verlangt wird.</b></p>	<p>Vorhaltung, Verfügbarkeit, Ausstattung, Qualifikation und Indikation der verschiedenen Rettungsmittel, die für einen Verlegungstransport in Frage kommen sind oft unzureichend in den Kliniken bekannt.</p> <p>Die Verfahrensregelung ist umfangreich und die Details den Anfordernden im konkreten Fall nicht präsent.</p> <p>Für die Anforderung eines APTs wird oft alleine der „Notarzt“ für zuständig gehalten und/oder der Begriff auch schon im Erstgespräch genannt und die Alarmierung des Notarztes zumindest gebahnt.</p> <p>Bessere Kenntnis der Systeme bereits beim „Besteller“ könnte die Treffsicherheit für Alarmierung des geeigneten RM weiter erhöhen und Notarzteinsätze vermeiden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Wiederholte Information der Klinikmitarbeiter über BKG</b></li> <li>➤ <b>interne Schulung insbesondere der Ärzte auf Intensivstationen und des Notaufnahmepersonals</b></li> <li>➤ <b>ggf. Informationsveranstaltung durch ÄLRD</b></li> <li>➤ <b>Information durch einprägsame visualisierte Flyer über vorgehaltene Rettungsmittel (wie z.B. von BRK bereits erstellt )</b></li> <li>➤ <b>Die ILS-Disponenten übernehmen noch intensiver ihre Beratungskompetenzen wahr und leiten bewusst das Gespräch im Hinblick auf die Vermeidung unnötiger Notarztalarmierungen für Verlegungseinsätze.</b></li> </ul>

<p>3.2</p> <p><b>Transportbestellung wird oft delegiert und durch Dritte durchgeführt, die nicht die vollständige Information über den Patientenzustand und die tatsächliche medizinische Dringlichkeit haben.</b></p>	<p>Der Anrufer hat oft nur den Auftrag einen dringenden Transport mit Arztbegleitung zu bestellen und ihm fehlen dann die vollständigen medizinischen Informationen über den Patientenzustand und die tatsächliche Dringlichkeit bzw. das medizinisch individuell tatsächlich vertretbare Zeitfenster.</p> <p>Bei oft fehlender Detail-Information und auch fehlender Entscheidungskompetenz des Anrufers auch nur einen geringen Zeitaufschlag für das Eintreffen eines Sekundäreinsatzmittels zuzustimmen wird letztlich häufig der Notarzt vermeidbar alarmiert.</p> <p>Bei Bestellung dringlicher Transporte direkt durch den behandelnden Arzt könnte der ILS-Disponent über Verfügbarkeit, der erwarteten realen Eintreffzeit der Rettungsmittel informieren und auch den Anrufer beraten.</p> <p>Da der behandelnde Arzt den Patientenzustand und die medizinische Dringlichkeit am besten einschätzen kann, lässt sich im direkten Gespräch und Diskussion der aktuell verfügbaren Ressourcen das am besten geeignete Rettungsmittel zielsicherer vorschlagen und auch Notarzteinsätze vermeiden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Schulung</b></li> <li>➤ <b>Überzeugungsarbeit in den abgebenden Kliniken</b></li> <li>➤ <b>Aufforderung zur Transportanmeldung <u>durch den behandelnden und entscheidungsbefugten Arzt bei Notfallverlegungen und dringlichen Verlegungen.</u></b></li> </ul>
--	---	--

<p>3.3</p> <p><b>Organisatorische Dringlichkeit</b> – medizinisch nicht begründet</p>	<p>Von verschiedenen Seiten wird wiederholt berichtet, dass die gemeldete hohe Dringlichkeit vieler Verlegungen vorwiegend organisatorische Gründe hat.</p> <p>Aus medizinischer Indikation wäre retrospektiv das Zeitfenster bis zum Eintreffen des Sekundäreinsatzmittels sehr häufig vertretbar gewesen.</p> <p>Organisatorische Indikationen führen höchstwahrscheinlich zu einer sehr hohen Anzahl an vermeidbaren notarztbegleiteten Verlegungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Information und Sensibilisierung der Besteller</b></li> <li>➤ <b>Verbesserung der Gesprächsleitung und konkretes Nachfragen und Dokumentation der Dringlichkeit/ Indikation durch den ILS Disponenten</b></li> <li>➤ <b>Gezielte Auswertung der gemeldeten Indikation bei NA-verlegungen und ggf. Gespräch ILS/KHS/ÄLRD bei auffälligem Anforderungsverhalten</b></li> </ul>
<p>3.4</p> <p><b>Fraglich indizierte Indikation für eine erforderliche Arztbegleitung bei Patiententransporten</b></p>	<p>Nach §7 AV BayRDG dürfen APT nur durchgeführt werden, wenn die ärztliche Betreuung oder Überwachung des Patienten aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Aus Sicht aktiver Verlegungsärzte wird die Indikation zur Arztbegleitung sehr großzügig gestellt.</p> <p>Zugrunde liegen könnte diesem Phänomen ein unkritisches Absicherungsdenken, aber auch mangelnde Kenntnis der Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Sensibilisierung der „Besteller“</b></li> <li>➤ <b>Aktive Einforderung und Dokumentation der medizinischen Indikation für die angeforderte Arztbegleitung bereits beim Erstanruf</b></li> <li>➤ <b>Erarbeitung und Verbreitung einer „Positivliste“ von Krankheitsbildern die grundsätzlich vom RD-personal auch ohne Arztbegleitung transportiert werden können.</b></li> </ul> <p><small>(Bei einem flächendeckenden NA-System in Bayern könnte dabei auch berücksichtigt werden, bei welchen potentiell erwarteten Zwischenfällen das Zeitfenster für eine NA-Nachforderung auf der Strecke ausreichend ist)</small></p>

4. Integrierte Leitstelle / Disponenten		
Ursachen	Überlegungen	Lösungsansätze
<p>4.1</p> <p><b>Vereinfachte Auftragsannahme bei den Verlegungseinsätzen</b></p>	<p>In der Verfahrensregelung wird der „dringliche APT“ zum „disponiblen“ APT vereinfacht mit der erforderlichen Ankunftszeit des Rettungsmittels nach max. 120 min abgegrenzt.</p> <p>Notfalltransporte dürfen eigentlich nur bei akut vitaler Indikation oder erwarteter schwerer gesundheitlicher Schädigung bei Zeitverzögerung mit dem Notarzt durchgeführt werden.</p> <p>Dringliche APT werden bei vereinfachter Abfrage erfahrungsgemäß oft fälschlicherweise als „Notfalltransporte“ abgewickelt. Die aktuell realistische Zeit „x“ bis zum Eintreffen des Sekundäreinsatzmittels liegt in sehr vielen Fällen weit unter dem Wert 120 min und ist oft ausreichend.</p> <p>Hier lassen sich durch eine differenzierte Gesprächsleitung durch die Disponenten sicher viele Notarzteinsätze vermeiden.</p>	<p>➤ Vor einer (unkritischen) Notarztalarmierung für Verlegungstransporte soll der Disponent bereits während des Erstgespräches mit dem Anfordernden <b>die erwarteten aktuellen Eintreffzeiten der Sekundäreinsatzmittels überprüfen, dem Anrufer mitteilen und konkret nachfragen, ob die Zeit „x min“ bis zum Eintreffen des Sekundäreinsatzmittels medizinisch vertretbar ist.</b></p>

<p>4.2</p> <p><b>Gesprächsführung durch ILS</b></p>	<p>Aus Gesprächen mit Beteiligten zeigt sich, dass in einigen Fällen der expliziten Anforderung eines Notarztes durch den Anrufer seitens der ILS unter der fälschlichen Annahme „dies wäre sicher seitens des anfordernden Arztes bereits differenziert betrachtet worden“ nachgekommen wird.</p> <p>Leider ist zu anzunehmen, dass die Kenntnis bezüglich Indikation und Vorhaltung der differnten Sekundäreinsatzmittel meist nicht vorausgesetzt werden können.</p> <p>Der Begriff „Begleitung durch einen Notarzt erforderlich“ wird hier oft vom Anfordernden vereinfacht synonym für eine erforderliche Arztbegleitung verwendet und nicht zwischen NA, VEF-Arzt, ITW Arzt oder Luftrettungsarzt unterschieden. Hier muss in der Regel die Gesprächsleitung und Beratung des Anfordernden vom geschulten Disponenten übernommen werden.</p>	<p>➤ <b>Gesprächsleitung und gezielte Beratung über Verfügbarkeit und Indikation der vorhandenen Sekundärverlegungsmittel muss noch intensiver vom geschulten ILS-Disponenten übernommen werden</b></p>
---	--	---

<p>4.3</p> <p><b>Gesprächsführung bei der Erstalarmierung</b></p>	<p>Das Procedere bei der Erstalarmierung scheint nicht einheitlich gehandhabt werden. Oft wird wohl der Einsatz zunächst vom RD-Personal (VEF-Fahrer/ITW-RA oder Luftretungsassistent) entgegengenommen.</p> <p>Bei einem Erstgespräch zwischen <u>ILS-Disponent und dem erstalarmierten Verlegungsarzt</u> bereits vor dem obligaten Arzt-Arzt Gespräch, können dem Verlegungsarzt auch gleich logistischen Gründe (Verfügbarkeit der anderen Rettungsmittel) von der ILS mitgeteilt werden und diese Überlegungen gleich in die Entscheidungsfindung für eine Transportübernahme in das Arzt-Arzt-Gespräch einfließen.</p>	<p>➤ <b>Zwingend Erstgespräch zwischen ILS-Disponent und (erst-) alarmierten Verlegungsarzt, damit diesem auch die einsatztaktischen Überlegungen des Disponenten bekannt sind und gleich im Arzt-Arzt-Gespräch berücksichtigt werden können.</b></p>
---	--	---

<p>4.4</p> <p><b>Disposition</b></p>	<p>Bei Nichtverfügbarkeit des VEFs scheint oft die Disposition des Notarztes als bevorzugte, letztlich aber nicht zulässige Alternative gewählt zu werden.</p> <p>Gerade in den Nachtstunden ist auch die Auslastung der meisten ITW eher gering. Da insbesondere im ländlichen Gebiet bei Transport mit RTW und Notarzt das Gebiet sehr schnell großflächig verwaist, scheint eine möglicherweise auch für den Einzelfall übertrager Transport mit dem ITW sowohl einsatztaktisch als auch medizinisch sinnvoll.</p> <p>Dabei muss allerdings auch darauf geachtet werden, dass ITWs weiterhin in angemessener Zeit für ihr eigentliches Einsatzspektrum verfügbar bleiben.</p> <p>Eine Alarmierung des Notarztes ist nur bei medizinisch relevanten Zeitvorteil, unmittelbarer Lebensgefahr bzw. Gefahr von schweren gesundheitlichen Schäden zulässig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Bei Nichtverfügbarkeit eines VEF und medizinischer Vertretbarkeit der zeitlichen Verzögerung müssen regelmäßig bevorzugt ITWs eingesetzt werden.</b></li> <li>➤ <b>Hier muss Schulung, Gesprächsführung der Disponenten und auch Akzeptanz der ITW-Besetzungen gefördert werden.</b></li> </ul>
--------------------------------------	---	---

5. VEF-System		
<p>Das VEF-System mit derzeit 10 VEF-Standorten wurde unter Berücksichtigung des INM-Gutachtens von 2006 seit 2009 sukzessive in Bayern etabliert um arztbegleitete Verlegungstransporte sicherzustellen und auch das Notarztsystem zu entlasten und damit die Verfügbarkeit der Notärzte in ihrem Versorgungsbereich für die Primäreinsätze sicherzustellen.</p> <p>Eine Arztbegleitung von Verlegungstransporten durch Krankenhausärzte ist gemäß BayRDG grundsätzlich nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig und auch bezüglich der erforderlichen Qualifikation, MPG-Einweisungen und verfügbaren Personalressourcen von den Kliniken in der Regel auch unabhängig von den Vorgaben gar nicht mehr zu leisten.</p> <p>Seit Mitte 2013 wurde aufgrund mangelnder Auslastung der VEF (Analyse zum bodengebundenen APT, INM, 12/2012) die Vorhaltung der 10 VEF von jeweils 24 h auf 12 Stunden reduziert.</p> <p>Allerdings war das VEF-System Bayern im Untersuchungszeitraum noch im Aufbau und unzureichend bekannt. Maßnahmen zur Steigerung von VEF-Transporten mit der beabsichtigten Reduktion von Notarztverlegungen wie in Punkt 4.1 bis 4.4 angedacht sind bisher noch unzureichend angegangen.</p> <p>Die fehlende Verfügbarkeit der VEF in den Nachtstunden führt nun zwangsläufig zu einem weiteren Anstieg der Notarzt-Verlegungstransporte.</p>		
Ursachen	Überlegungen	Lösungsansätze
<p>5.1</p> <p><b>Zeitpunkt der Reduktion der VEF-Vorhaltung</b></p>	<p>Wegen der durchschnittlich mangelnden Auslastung des VEF-Systems insbesondere in den Nachtstunden wurde die 24h-Vorhaltung gemäß IMS vom 30.01.2013 auf eine 12 Stunden Vorhaltung herabgesetzt.</p> <p>Es wird konstatiert, dass die mangelnde Auslastung auch der zum Untersuchungszeitraum noch nicht abgeschlossenen Etablierung des Systems geschuldet war.</p>	<p>➤ <b>Nach Durchführung anderer Maßnahmen (siehe 4.1-4.4) zur Steigerung der Bekanntheit, Akzeptanz und letztlich der Einsatzfrequenz der VEF sollte eine erneute Analyse zum gegebenenfalls auch an verschiedenen Standorten differenzierten Bedarf einer erneuten Ausweitung der Vorhaltung und damit Steigerung der Verfügbarkeit des Systems „VEF“ erfolgen.</b></p>

	<p>Der Untersuchungszeitraum der der Entscheidung zur Vorhaltereduktion zu Grund gelegten INM Analyse umfasste 1.08.2011 bis zum 31.07.2012.</p> <p>5 der 10 VEF-Standorte nahmen jedoch erst 2011 oder später ihren Betrieb auf. Historische Strukturen und Entscheidungsabläufe waren zu diesem Zeitpunkt noch etabliert und Erfahrungen mit dem VEF-System und dessen Bekanntheitsgrad sehr gering.</p>	
<p>5.2 <b>Verfügbarkeit VEF Systems</b></p>	<p>Aktuell sind die tatsächlichen Verfügbarkeiten der VEF aus verschiedenen Gründen inhomogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unterschiedliche lokale Regelungen zur zeitlichen Vorhaltungen</li> <li>➤ Verfügbarkeit an manchen Standorten deutlich unter 12 Stunden:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• An einigen Standorten bereits dienstplanmäßige Verfügbarkeit unter 12 h</li> <li>• An einigen Standorten erfolgt die Einsatzannahme nur dann, wenn der Abschluss des Einsatzes innerhalb der 12-Stunden Schicht erwartet wird.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Mindestens eine reale 12-Stunden Verfügbarkeit der VEF sollte sichergestellt werden .</b></li> <li>➤ <b>Bei arbeitsrechtlich unvermeidbaren Einschränkungen der Auftragsannahme in der Dienstzeit sollten Alternativmodelle für einen Schichtdienst eingeführt werden, damit eine reale Verfügbarkeit (auch mit eventuellen Überstunden) erreicht werden kann.</b></li> <li>➤ <b>Zur Entlastung des Notarztsystems wird empfohlen zudem gezielt zu prüfen, ob unter dem Gesichtspunkt weiter stei-</b></li> </ul>

	<p>(Beispiel für Ursache: z.B. Arbeitsschutzargumentation der Durchführenden, Limit 12 Stunden, Überstunden nicht zulässig)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dienstplanlücken, wegen fehlender ärztlicher Besetzung</li> </ul>	<p><b>gender APTs an definierten Standorten auch eine 16 h Vorhaltung (2 mal 8 h) bedarfsgerecht ist.</b></p>
<p>5.3 <b>Ausstattung VEF</b></p>	<p>Aktuell sind VEF nach AV-BayRDG §5 (2) identisch zur NEF ausgestattet.</p> <p>Der Entscheidung für die jeweiligen Verlegungstransportmittel liegt oft auch die medizinische Abwägung zwischen zeitlicher Dringlichkeit und Vorteile durch Steigerung der Patientensicherheit während des Transports zu Grunde .</p> <p>Ein Mehrwert der Sekundäreinsatzmittel durch eine verbesserte, für Sekundäreinsätze angepasste Ausstattung (z.B. Verfügbarkeit invasiver Druckmessung, ggf. auch andere) könnte zu einer höheren Akzeptanz und damit auch Steigerung der Einsatzfrequenz mit Entlastung der anderen Systeme führen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Es sollte geprüft werden, ob die VEFs durch eine an Verlegungstransporten ausgelegte verbesserte medizinische Ausstattung einen Mehrwert für den Transport erzielen können.</b></li> </ul>

<p>5.4</p> <p><b>Qualifikation VEF-Arzt</b></p> <p><b>Fehlender „Mehrwert“ des Verlegungsarztes im Bezug auf Verlegungstransporte gegenüber dem regulären Notarzt</b></p>	<p>BayRDG Art. 43 (5) Satz 1 regelt, dass der Verlegungsarzt „Notarztqualifikation“ haben muss, für den ITW-Arzt werden ausdrücklich weitere Anforderung gestellt.</p> <p>Nach BayRDG Art. 43 (5) Satz 2 kann die BLÄK allgemein oder für besondere Beförderungsfälle zusätzliche Qualifikationsanforderungen festlegen. Von dieser Möglichkeit wurde für Verlegungsärzte bisher kein Gebrauch gemacht.</p> <p>Bei intensivmedizinisch (vor-) behandelnden Patienten mit laufender Therapie (z.B. differenzierte Beatmungsmuster, Spritzenpumpentherapie, etc..) sind nach Einschätzung der AG Mitglieder oft weitere Qualifikationen erforderlich.</p> <p>Es ist zumindest denkbar, dass bei einer definierten erweiterten Qualifikation der VEF-Ärzte die Abwägung zwischen Dringlichkeit und Transportsicherheit häufiger zugunsten des Verlegungsarztes ausfallen könnte und auch die Ablehnungsquote von VEF Einsätzen durch die VEF-Ärzte selbst reduziert werden könnte.</p>	<p>➤ <b>Festlegung einer über die Notarztqualifikation hinausgehenden spezifischen Qualifikation für Verlegungsärzte im VEF System.</b></p> <p><i>(z.B. nachgewiesene Erfahrung durch Einsatz auf Intensivstation oder Facharzt in Fach mit gefordertem Einsatz auf einer Intensivstation oder sonstige entsprechende Weiterbildung)</i></p>
---	---	--

<p>5.5</p> <p><b>Finanzierung des VEF System</b></p>		
<p>5.5.1</p> <p><b>Einschätzung zur Vergütung insbesondere nach Reduktion auf eine 12 h Vorhaltung</b></p>	<p>Sowohl einige Kliniken als auch selbständige Ärzte sehen die aktuelle Vergütung als unterfinanziert. Durch die geringe tatsächliche Inanspruchnahme in der Nacht wurde dies bisher als Mischkalkulation betrachtet.</p> <p>Durch Wegfall der Vorhaltung in der Nacht wird die Vergütung als unterfinanziert eingestuft, woraus Dienstplanlücken entstehen und auch ernsthafte Überlegungen von Kliniken resultieren aus den Verträgen auszusteigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Überprüfung der Finanzierung des VEF-Systems, insbesondere auch aus Sicht der Beteiligung der Kliniken/ Institutsermächtigungen.</b></li> </ul>
<p>5.5.2</p> <p><b>Einschätzung zur Vergütung - Falsche Anreize</b></p>	<p>Durch die feste Stundenvergütung der VEF-Ärzte, in der fast alle VEF-Verlegungseinsätze bereits abgegolten sind und der gleichzeitigen Möglichkeit durch Übernahme von Notarzteinsätzen im Rahmen der Spitzenabdeckung eine zusätzliche Vergütung zu erhalten werden falsche Anreize gesetzt.</p> <p>Dadurch ist es nicht unwahrscheinlich, dass im Arzt-Arzt-Gespräch die Indikation für die Übernahme von Verlegungseinsätzen eher restriktiv gehandhabt wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Einführung einer Einsatzvergütung für Verlegungseinsätze</b></li> <li>➤ <b>Formale Überarbeitung der Verfahrensregelung oder ergänzende Erläuterung mit noch eindeutigerer Klarstellung der Intention bezüglich der VEF-Indikationen</b></li> </ul>

### Zusammenfassung

Notarztverlegungen führen durch die oft lange Bindung von Notärzten regelmäßig zur notärztlichen Unterversorgung in deren Zuständigkeitsgebiet.

Dem weiter kontinuierlichen Anstieg an Notarzt-Verlegungstransporten sollte durch Umsetzung möglichst vieler der genannten Lösungsmöglichkeiten in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen dringend entgegengewirkt werden.

Anlagen:

