



# **Medizinische Handlungsanweisungen**

---

## **Telenotarzt-Dienst Berliner Notfallrettung (SOP TNA)**

**Stand: 18.01.2023**



**Abschnitt 1 – Freigegeben für den Einsatzdienst**

SOP	Inhalt	Seite	Stand:
<b>TNA 1</b>	Allgemeiner Einsatzablauf	3	01.04.2021
<b>TNA 2</b>	Transportverzicht	4	01.04.2021
<b>TNA 2a</b>	Checkliste Transportverzicht	5	01.04.2021
<b>TNA 3</b>	Transportverweigerung	6	01.04.2021
<b>TNA 3a</b>	Checkliste Transportverweigerung	7	01.04.2021
<b>TNA 4</b>	Schulung Transportverzicht und Transportverweigerung	8	01.04.2021
<b>TNA 5</b>	Alternative Versorgungsformen	9	01.04.2021
<b>TNA 5a</b>	Alt. Versorgungsform: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	10	01.04.2021
<b>TNA 6</b>	Verlegungsabklärung	11	01.02.2022
<b>TNA 7a</b>	Einsatzablauf Verlegung RTW (+ TNA)	12	01.02.2022
<b>TNA 7b</b>	Einsatzablauf Verlegung NA	13	01.02.2022
<b>TNA 8a</b>	Koordination eCPR	14	18.01.2023
<b>TNA 8b</b>	Übersicht ECLS-Zentren	15	12.01.2023

**Abschnitt 2 – Keine Freigabe für den Einsatzdienst / Nur für Schulungszwecke**

SOP	Inhalt	Seite	Stand:
<b>TNA 9</b>	Überbrücken bis Eintreffen Regelnotarzt	17	01.04.2021
<b>TNA 10</b>	Delegation BtM-Gabe	18	01.04.2021

**Abschnitt 3 – Anlagen**

Inhalt	Seite
LTS NV 1 Strukturiertes Abfrageschema Notverlegungen	20
LTS NV 2 Checkliste RTW Notverlegung	21
ÄLRD-Info 03/2018 Umsetzung der RDG-Änderungen für Notverlegungen	22
Schreiben ÄLRD 11.04.2018 Notverlegung Umsetzung RDG Berlin	23



**BERLINER  
FEUERWEHR**

**be**  **Berlin**

# **Abschnitt 1**

## **Freigegeben für den Einsatzdienst**

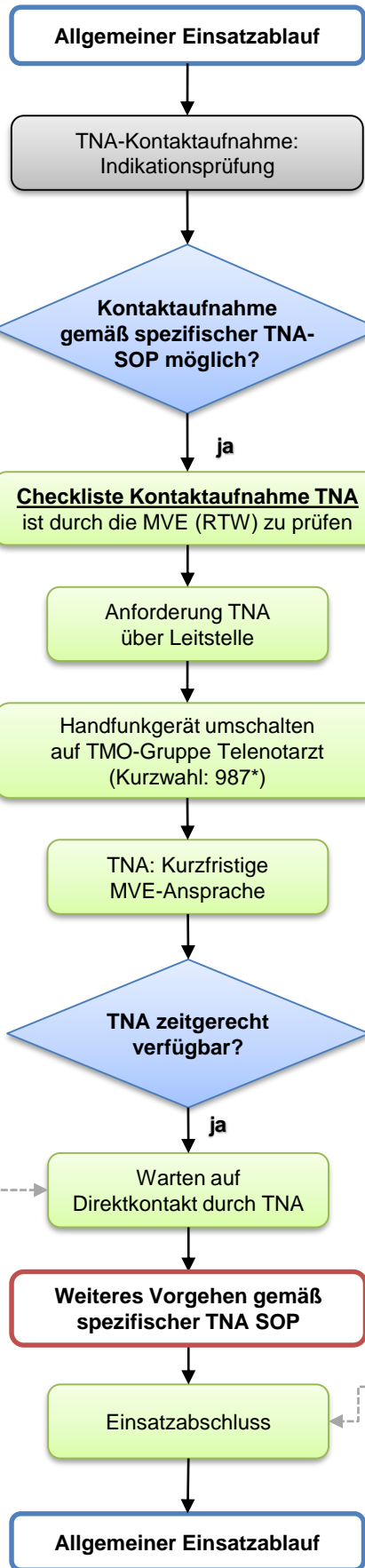


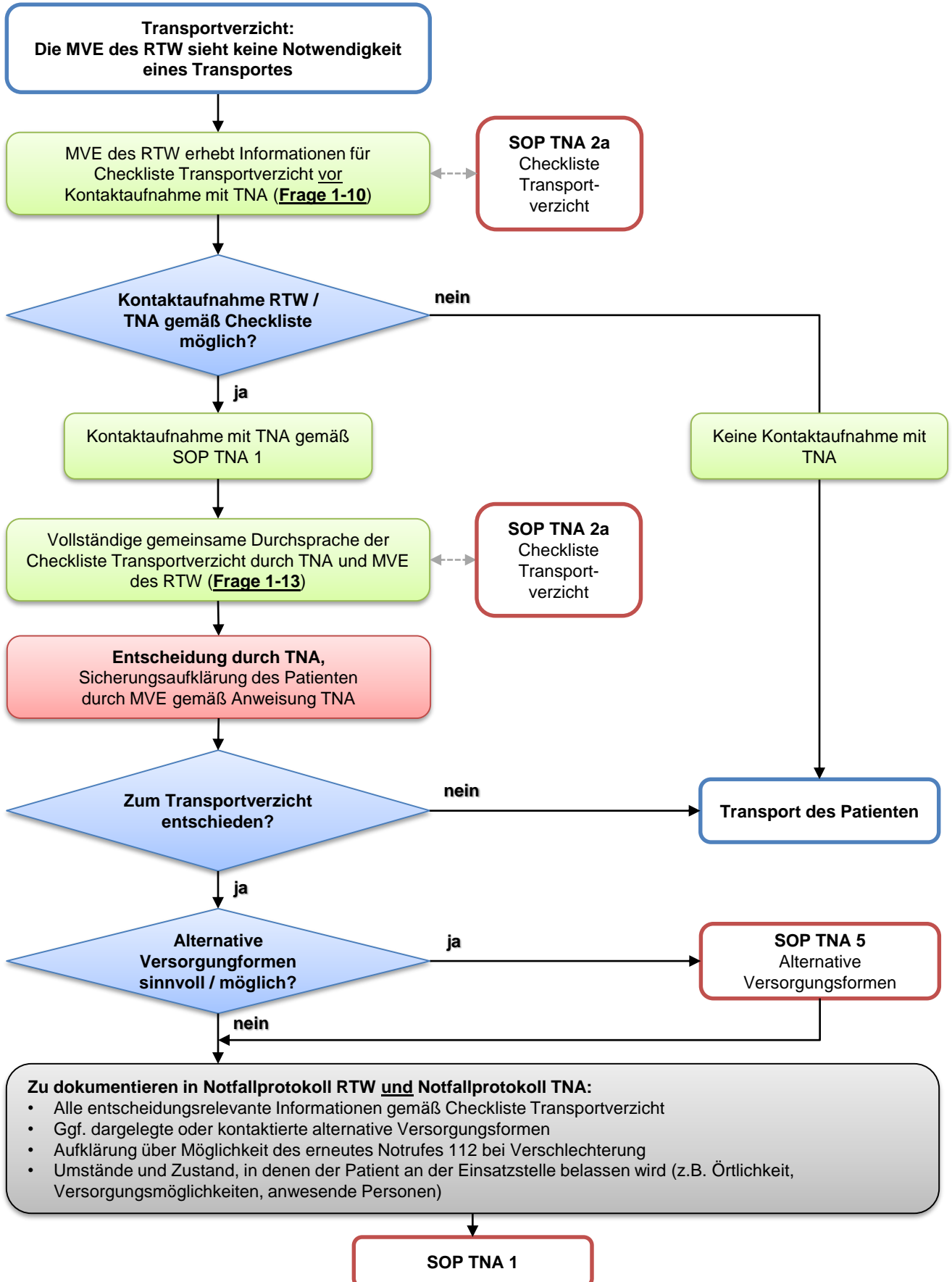
Indikationen für TNA-Kontaktaufnahme	
1	SOP TNA 2 Transportverzicht
2	SOP TNA 3 Transportverweigerung

Checkliste Kontaktaufnahme TNA	
1	Patienteneinwilligung für die TNA-Kontaktaufnahme liegt vor
2	vollständiges Monitoring am Patienten liegt vor
3	Patientendaten vollständig dokumentiert
4	Anamnese & Maßnahmen vollständig dokumentiert
5	relevante Fotos/ Videos/ Dokumente sind im Protokoll integriert
6	Druckvorschau ist generiert

Direktkontakt TNA	
1	Abfrage: ISSI-Nummer
2	Anruf durch TNA
3	Abgleich: Einsatznummer
4	gemeinsame Einsatzabarbeitung

TNA-Einsatzabschluss	
1	Rücksprache: Angewiesene Maßnahmen durchgeführt
2	Dokumentation abschließen
3	Dokumentation übertragen
4	Druck TNA-Einsatzprotokoll
5	TNA-Einsatzprotokoll Patienten aushändigen







**Fragen 1 - 10 Vorab durch MVE des RTW zu ermitteln bzw. durchzuführen**

1	JA	NEIN	Standarddiagnostik durchgeführt und alle Vitalwerte dokumentiert? (siehe SOP B 1.1)
2	JA	NEIN	Anamneseerhebung mit SAMPLER / OPQRST-Schema vollständig durchgeführt und dokumentiert? (siehe SOP B 1.1)
3	JA	NEIN	Etwaige <u>Verletzungen</u> inspiziert, untersucht und dokumentiert? (siehe SOP B 1.1 und SOP B 1.1.5)
4	JA	NEIN	Patient hat ausreichendes deutsches <u>Sprachverständnis</u> für Beratung und Sicherungsaufklärung?
5	JA	NEIN	Patient ist <u>volljährig</u> und <u>einwilligungsfähig</u> ? Falls nein, ist ersatzweise ein gerichtlich bestellter Betreuer, eine bevollmächtigte oder sorgeberechtigte Person vor Ort?
6	JA	NEIN	Patient ist entweder eigenständig mobil oder hat jederzeit Hilfe bei der <u>Mobilität</u> (Familie, Pflegepersonal, Dritte)?
7	JA	NEIN	Weitere <u>allgemeine Versorgung</u> mit Dauermedikation, Lebensmitteln etc. ist bei Verbleib vor Ort sichergestellt?
8	JA	NEIN	Es liegt <u>keine ärztliche Einweisung</u> mit Verordnung eines RTW-Transports vor?
9	JA	NEIN	Aktuell <u>keine Unterbringung</u> nach PsychKG oder durch Betreuungsgericht angeordnet?
10	JA	NEIN	Patient ist nach Einschätzung der MVE des RTW <u>kein Notfallpatient</u> ?



- **Alle Fragen 1 - 10 mit JA beantwortet?**  
TNA darf durch MVE des RTW kontaktiert werden.
- **Eine oder mehrere der Fragen 1 - 10 mit NEIN beantwortet:**  
**Keine** Kontaktaufnahme RTW/TNA möglich, **kein** Transportverzicht möglich!

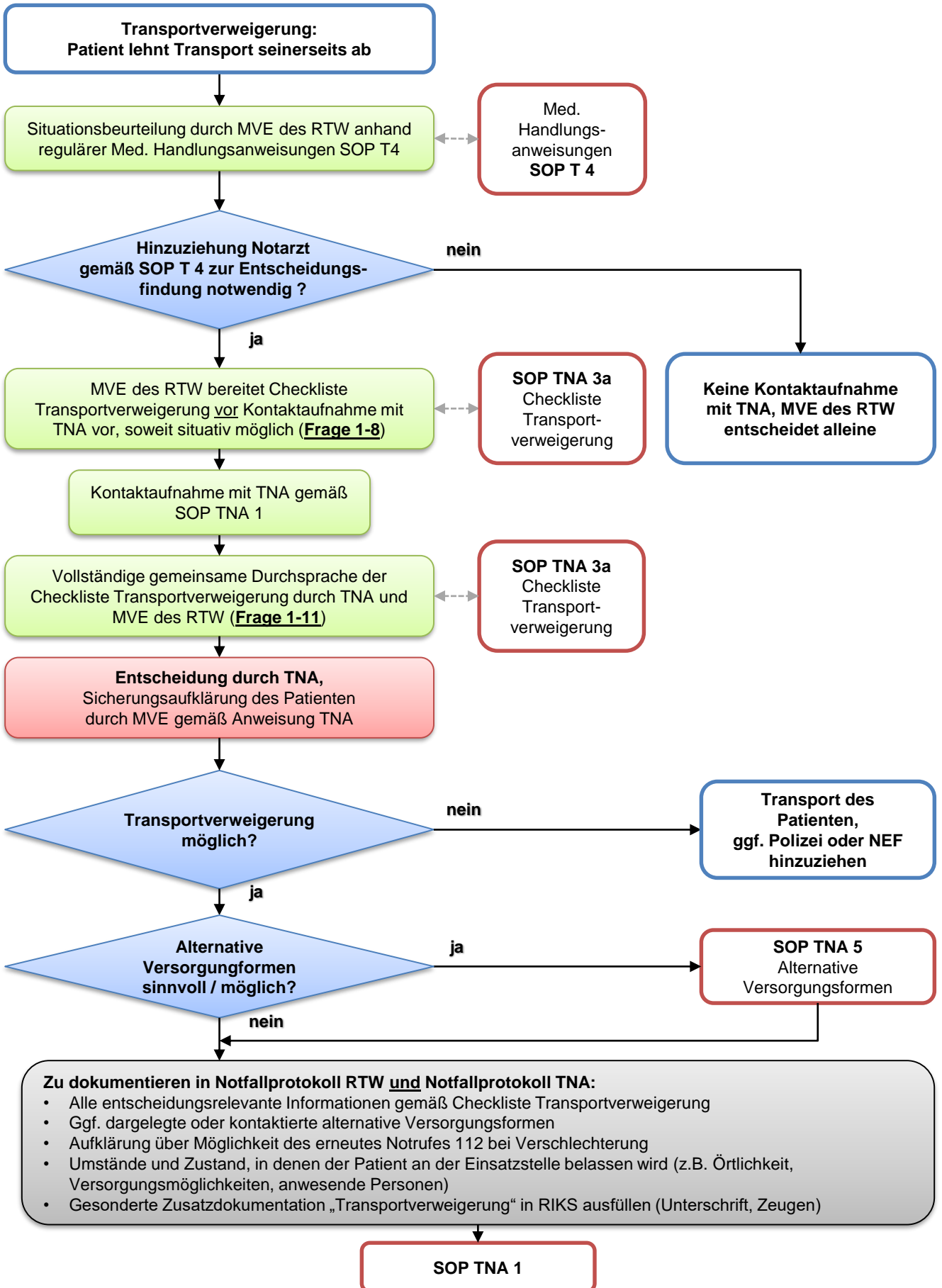


**Fragen 11 - 13: Nach Kontaktaufnahme durch TNA zu bewerten**

11	JA	NEIN	Gesamtbewertung: Patient ist nach Einschätzung des TNA unter Berücksichtigung der Antworten auf Fragen 1-9 <u>kein Notfallpatient</u> ?
12	JA	NEIN	Fachgerechte <u>Sicherungsaufklärung</u> des Patienten ist möglich? Ersatzweise des Betreuers, Bevollmächtigten oder Sorgeberechtigten?
13	JA	NEIN	Eine <u>Hilflosigkeit</u> bei Verbleib vor Ort ist sicher ausgeschlossen?



- **Entscheidung durch TNA**
- **Bei Entscheidung für Transportverzicht immer prüfen, ob Verweis an alternative Versorgungsformen sinnvoll / möglich**





**Fragen 1 - 8: Vorab durch MVE des RTW zu ermitteln bzw. durchzuführen, soweit situativ möglich**

1	JA	NEIN	<u>Standarddiagnostik</u> durchgeführt und alle Vitalwerte dokumentiert? (siehe SOP B 1.1)
2	JA	NEIN	<u>Anamneseerhebung</u> mit SAMPLER / OPQRST-Schema vollständig durchgeführt und dokumentiert? (siehe SOP B 1.1)
3	JA	NEIN	Etwilige <u>Verletzungen</u> inspiziert, untersucht und dokumentiert? (siehe SOP B 1.1 und SOP B 1.1.5)
4	JA	NEIN	Patient hat ausreichendes deutsches <u>Sprachverständnis</u> für Beratung und Sicherungsaufklärung?
5	JA	NEIN	Patient ist <u>volljährig</u> und <u>einwilligungsfähig</u> ? Falls nein, ist ersatzweise ein gerichtlich bestellter Betreuer, eine bevollmächtigte oder sorgeberechtigte Person vor Ort?
6	JA	NEIN	Patient ist entweder eigenständig mobil oder hat jederzeit Hilfe bei der <u>Mobilität</u> (Familie, Pflegepersonal, Dritte)?
7	JA	NEIN	Weitere <u>allgemeine Versorgung</u> mit Dauermedikation, Lebensmitteln etc. ist bei Verbleib vor Ort sichergestellt?
8	JA	NEIN	Aktuell <u>keine Unterbringung</u> nach PsychKG oder durch Betreuungsgericht angeordnet?



- **Fragen 1 - 8 soweit möglich vor Kontaktaufnahme mit TNA beantworten**



**Fragen 9 - 11: Nach Kontaktaufnahme durch TNA zu bewerten**

9	JA	NEIN	Gesamtbewertung: Patient kann nach Einschätzung des TNA unter Berücksichtigung der Antworten auf Fragen 1-7 <u>vor Ort belassen werden</u> ? • Patientenwille klar ermittelbar? • Einwilligungsfähigkeit klar gegeben?
10	JA	NEIN	Fachgerechte <u>Sicherungsaufklärung</u> des Patienten ist möglich? Ersatzweise des Betreuers, Bevollmächtigten oder Sorgeberechtigten?
11	JA	NEIN	Eine <u>Hilflosigkeit</u> bei Verbleib vor Ort ist sicher ausgeschlossen?



- **Entscheidung durch TNA**
- **Bei zulässiger Transportverweigerung immer prüfen, ob Verweis an alternative Versorgungsformen sinnvoll / möglich**





## Entscheidungshilfen für den TNA

- Droht bei dem vermuteten oder bestätigten Krankheitsbild des Patienten typischerweise eine schnelle oder unvorhersehbare Verschlechterung?
- Ist die Gefahr durch Behandlung vor Ort abgewendet oder aus anderem Grund nicht mehr vorliegend?
- Ist ein kollegiales Gespräch mit dem Vorbehandler (z.B. Hausarzt) möglich?
- Ist die Situation dem Patienten bekannt?
- Ist bei dem Verweis auf alternative Versorgungsformen deren zeitgerechtes Erreichen sichergestellt bzw. glaubhaft angekündigt?

## Hinweise auf fehlenden Einwilligungsfähigkeit (gemäß Med. Handlungsanweisungen SOP T 4)

Einwilligungsfähig ist, wer **Art, Bedeutung und Risiken** einer heilkundlichen Maßnahme erfassen kann, d.h. wer zum Zeitpunkt des Einsatzes die ausreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt.

### Kriterien für fehlende Einwilligungsfähigkeit:

- Suizidalität
- Andere erhebliche psychiatrische Störung
  - der Orientierung (z.B. Delir, Demenz)
  - des formalen oder inhaltlichen Denkens (z.B. Schizophrenie, wahnhafte / paranoide Gedanken)
  - der Affektivität (z.B. Manie)
  - des Antriebs (z.B. Depression)
  - des Verhaltens
- Bewusstseins- oder Orientierungsstörung
  - GCS < 15
  - örtlich, zeitlich oder situativ desorientiert
  - erhebliche Beeinträchtigung im Zusammenhang mit Alkohol, Drogen oder Arzneimitteln
- Unmittelbar nach Bewusstseinsstörung
  - z.B. Krampfanfall, Hypoglykämie

### Sondersituation: Kinder und Jugendliche

- Beurteilung im Einzelfall anhand von Alter, Reife und Erkrankung
  - Kinder < 14 Jahre sind nicht einwilligungsfähig
  - Jugendliche > 16 Jahre sind oft schon einwilligungsfähig
- Patient nicht einwilligungsfähig: Entscheidung durch Eltern (bzw. Vormund)
- Eltern (bzw. Vormund) nicht vor Ort bzw. nicht erreichbar: Verweigerung nicht wirksam

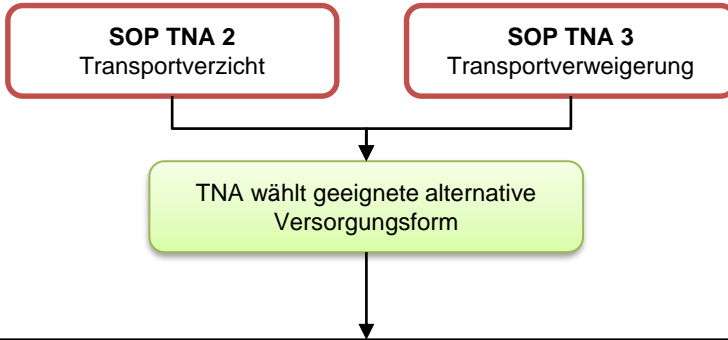
### Sondersituation: Patient unter Betreuung oder mit erteilter (Vorsorge-)Vollmacht

- Das Vorliegen einer Betreuung bzw. (Vorsorge-)Vollmacht bedeutet *nicht*, dass der Patient dadurch unmittelbar oder zwingend einwilligungsunfähig wäre, auch wenn dies häufig gleichzeitig der Fall ist.
- Auch hier im Einzelfall zu prüfen:
  - Einwilligungsfähigkeit in Bezug auf die konkrete Notfallsituation und geplante Maßnahmen
  - Anwendbarkeit von Betreuungsbeschluss/Vorsorgevollmacht (z.B. Aufgabenkreise, Gültigkeit)
- Falls Patient tatsächlich nicht einwilligungsfähig: Entscheidung durch Betreuer/Bevollmächtigten, wenn Betreuungsbeschluss/Vorsorgevollmacht anwendbar
- Betreuer/Bevollmächtigter nicht vor Ort bzw. nicht erreichbar: Verweigerung nicht wirksam

## Definition „Notfallpatient“

Das Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin legt zwei Kategorien von Notfallpatienten fest, bei denen jeweils eine Zuständigkeit der Notfallrettung bzw. des Notfalltransports für Versorgung und ggf. Transport besteht.

1. **Notfallpatientinnen und Notfallpatienten** sind Personen, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend geeignete medizinische Hilfe erhalten. (Notfallrettung § 2 Abs. 2 RDG Berlin)
2. **Sonstige Notfallpatientinnen und Notfallpatienten** sind Personen, die sich nicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden, aber bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht in kurzer Zeit notfallmedizinische Hilfe erhalten oder bei denen die Notwendigkeit einer präklinischen Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann. (Notfalltransport § 2 Abs. 3 RDG Berlin)



**Katalog geeigneter alternative Versorgungsformen**

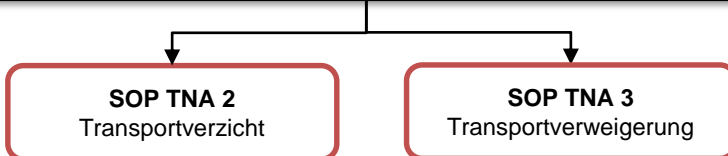
Nr.	Indikation	Kontaktdaten
1	Häusliche Gewalt inkl. Beweissicherung	Siehe Med. Handlungsanweisungen SOP BE 2.1
2	Psycho-soziale Belastung	Berliner Krisendienst
3	Psychiatrische Erkrankung (inkl. Sucht)	Sozialpsychiatrischer Dienst der Bezirke
4	Pflegerisches Problem	Häusliche Pflege vorhanden: Pflegedienst des Patienten  Häusliche Pflege nicht (mehr) vorhanden: Servicetelefon „Pflegestützpunkte Berlin“ für Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege
5	Palliativversorgung	Siehe SOP TNA 5a
6	Ambulante ärztliche Versorgung	innerhalb Sprechzeit: Hausarzt außerhalb Sprechzeit: KV Bereitschaftsdienst obdachlos: Arztmobil der Caritas
7	Notübernachtung	Winter: Kältebus der Berliner Stadtmission (1.11. - 31.03.)  Ganzjährig: Notunterkunft Franklinstraße oder Containerbahnhof

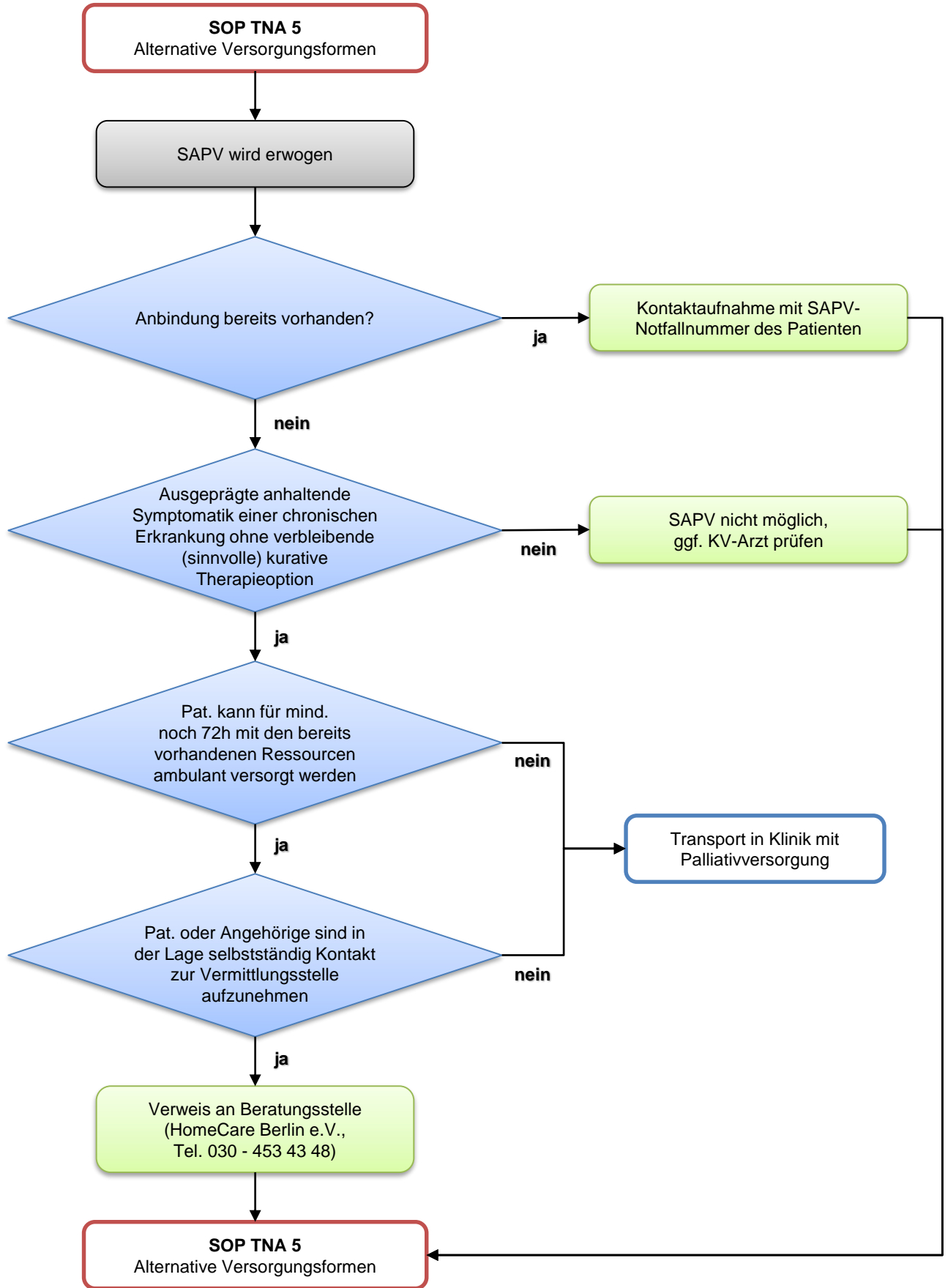
**Immer direkte Kontaktaufnahme mit alternativer Versorgungsform anstreben, sofern situativ sinnvoll**

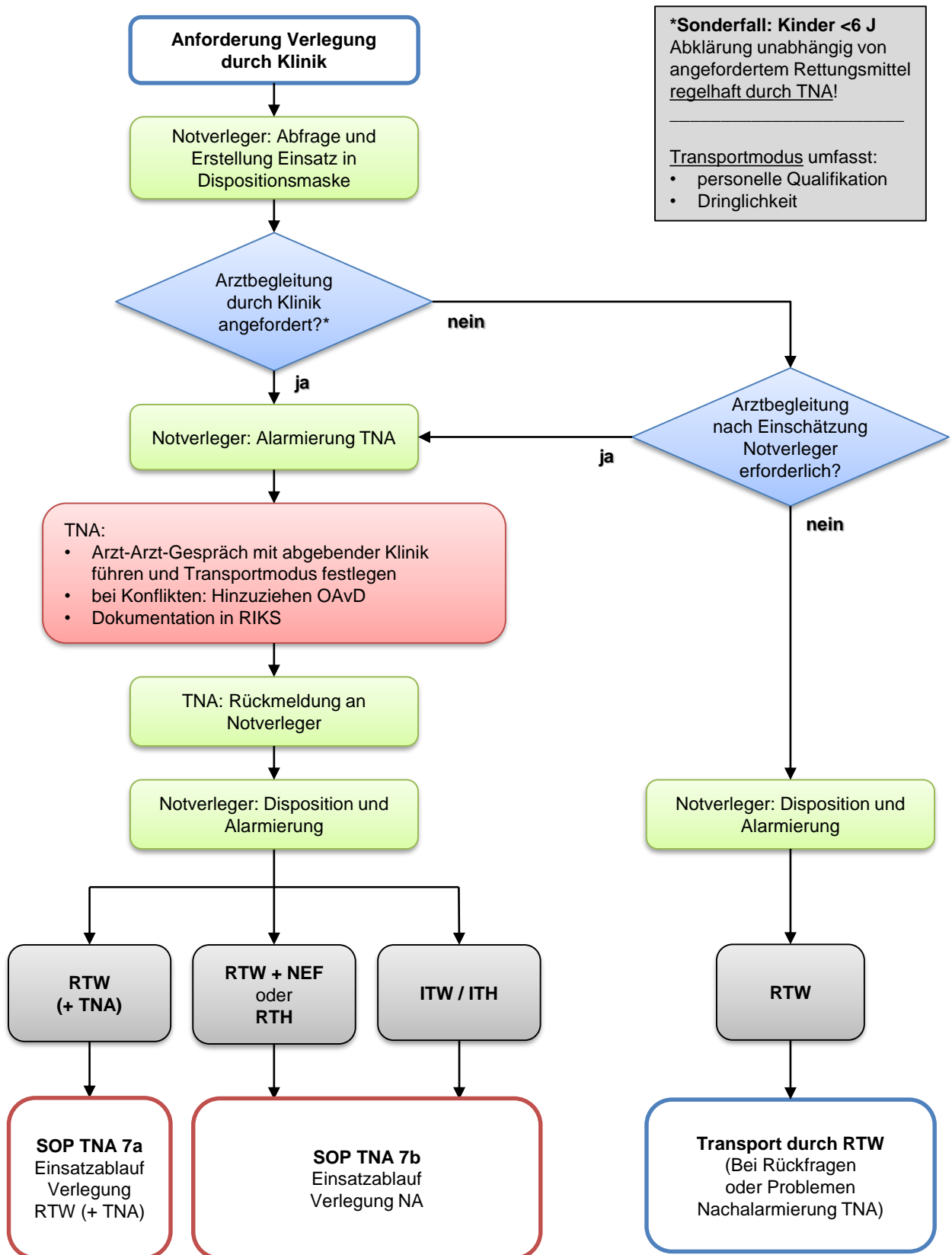
- Primär Kontaktaufnahme durch TNA
- Bei Verweis an alternative ärztliche Versorgung immer Arzt-Arzt-Gespräch anstreben
- Kontaktaufnahme durch MVE RTW nur im Einzelfall

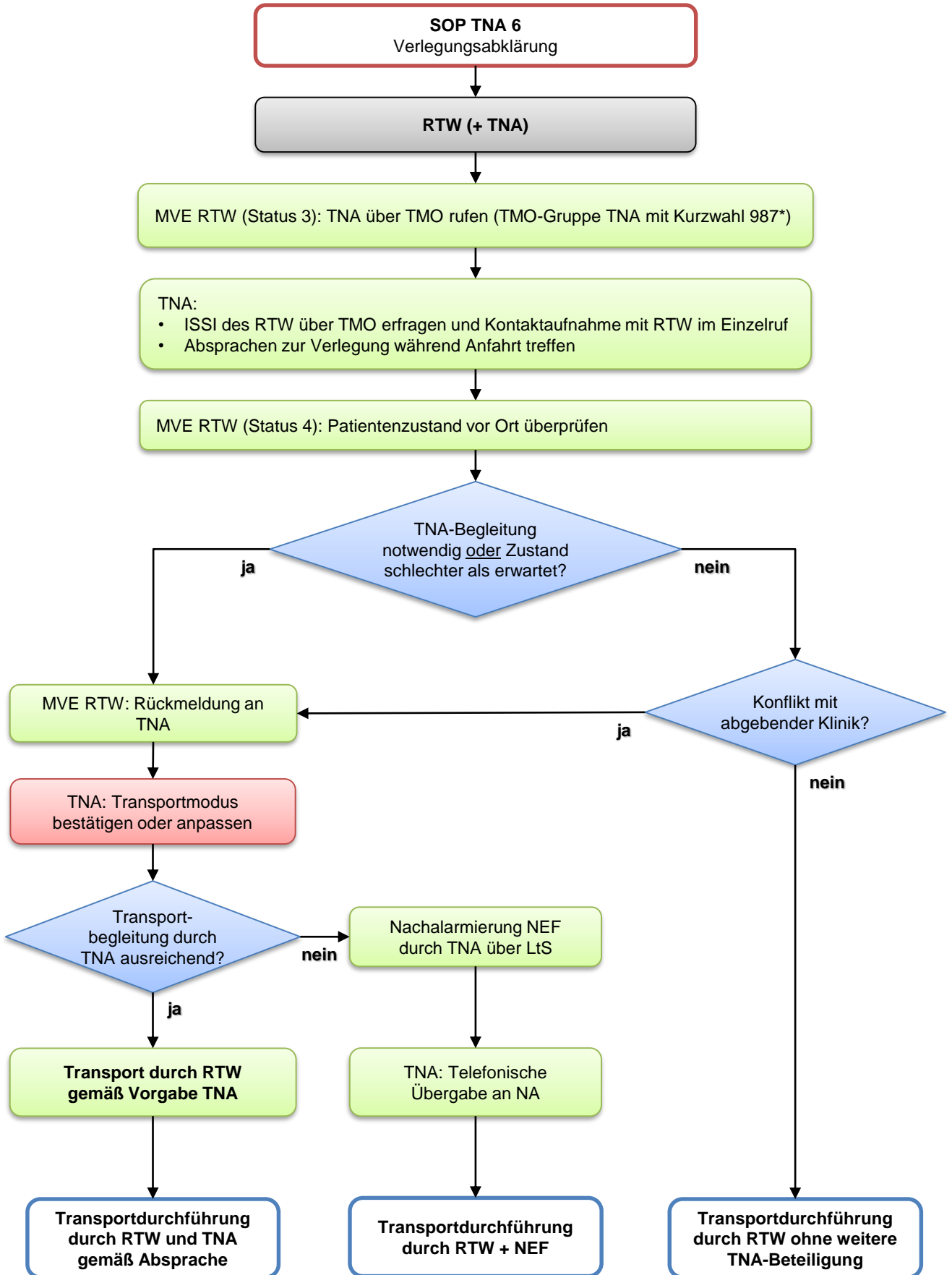
**Zu dokumentieren in Notfallprotokoll RTW und Notfallprotokoll TNA:**

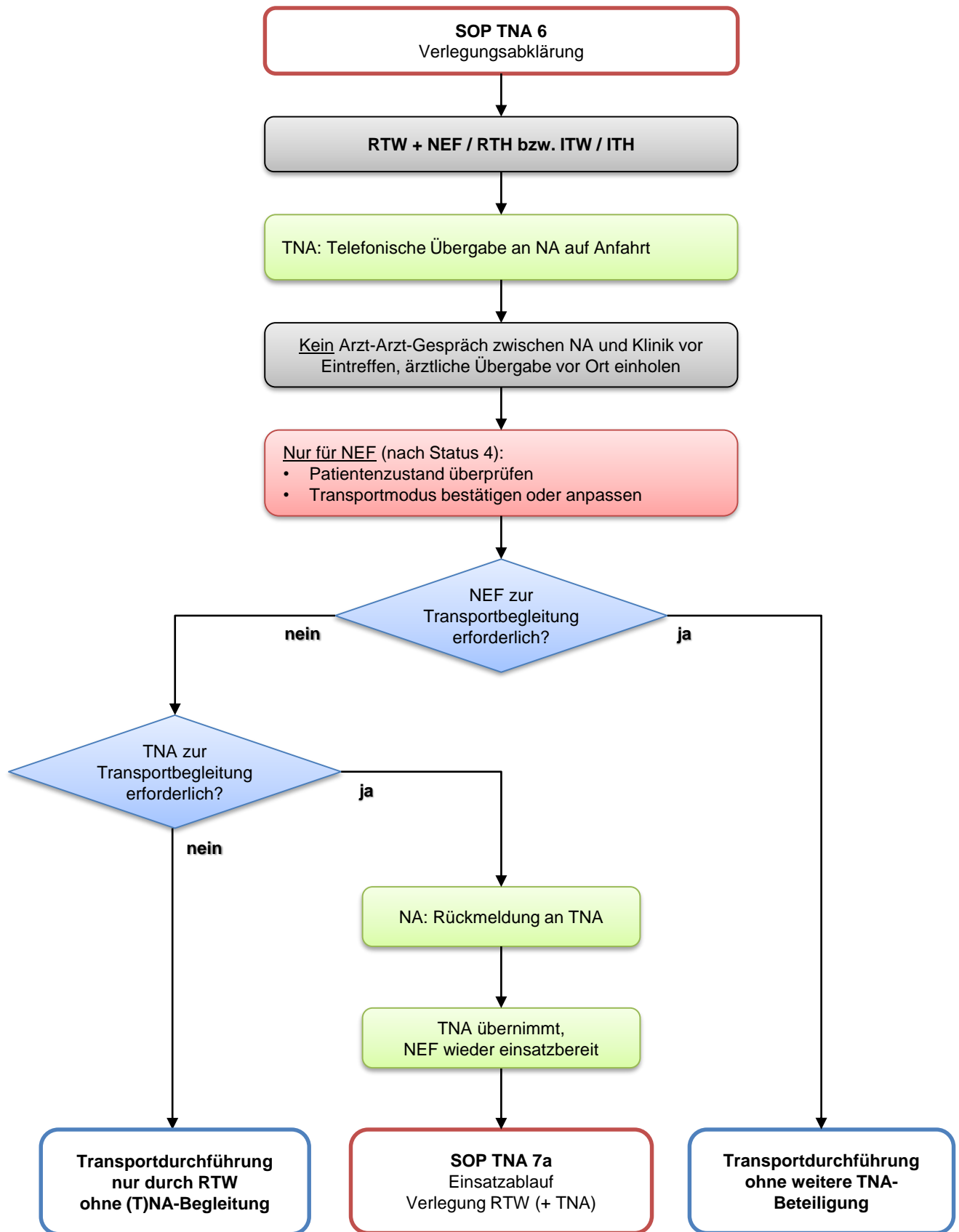
- Dargelegte oder kontaktierte alternative Versorgungsformen
- Bei Kontaktaufnahme durch TNA oder MVE RTW auch Name oder Bezeichnung des kontaktierten Ansprechpartners













**Alarmierung TNA  
mit Stichwort „eCPR“**

**Screening Einsatzdaten (IGNIS+/Fire):**

- Alarmierung plausibel? bei Diskrepanz Einschluss-/Ausschlusskriterien:
  - Kontakt NA via Handy
- Einsatzadresse?

**Auswahl Transportziel:**

- Identifikation nächstgelegenes geeignetes ECLS-Zentrum
  - und CAC (sofern näher gelegen)
- EZP Zielklinik(en) ermitteln

**Telefonische Vorab-Anmeldung:**

- Aufnahmebereitschaft abklären
- Pat.-Informationen aus IGNIS+ und ggf. RIKS nutzen
- Konkreten Übergabeort und Anfahrt erfragen

**Lagemeldung abgeben:**

- Transportziel(e) als Lagemeldung in IGNIS+ erfassen

**Spätestens zum Transportbeginn:**

**Aktive Kontaktaufnahme des NA zum TNA via Handy**

**TNA teilt mit:**

- Vorab-angemeldet Zentrum
- Genauer Übergabeort

**NA-Rettungsmittel teilt mit:**

- ROSC ja/nein
- Falls ROSC: STEMI? Beatmet?
- Voraussichtliche Eintreffzeit

**Transportziel gemeinsam durch TNA und NA-Rettungsmittel festlegen  
(Falls ROSC und keine eCPR → nächstgelegenes CAC erwägen)**

**Voranmeldung im Zentrum**

- Aktualisierte Patientendaten (aus IGNIS+ und RIKS)
- ROSC ja/nein
- Falls ROSC: STEMI? Beatmet?
- Voraussichtliche Eintreffzeit

**Dokumentation in RIKS**

**Einsatzabschluss**

**Aufgebot zu Stichwort eCPR**

- TNA
- OrgL RD (ELW-1 C)
- LHF

**Einschlusskriterien eCPR**

- Vermutlich kardiale Genese oder Hypothermie
- Alter < 75 Jahre
- Beobachteter Herzkreislaufstillstand mit Telefon-/Ersthelferanimation
- Mechanische CPR durchführbar

**Ausschlusskriterien eCPR**

- Trauma-Genese
- Erster Rhythmus Asystolie
- Multimorbidität oder Pflegebedürftigkeit
- Bekannte terminale Erkrankung
- Patientenverfügung mit Verzicht auf Maßnahmen wie Reanimation, endotracheale Intubation etc.

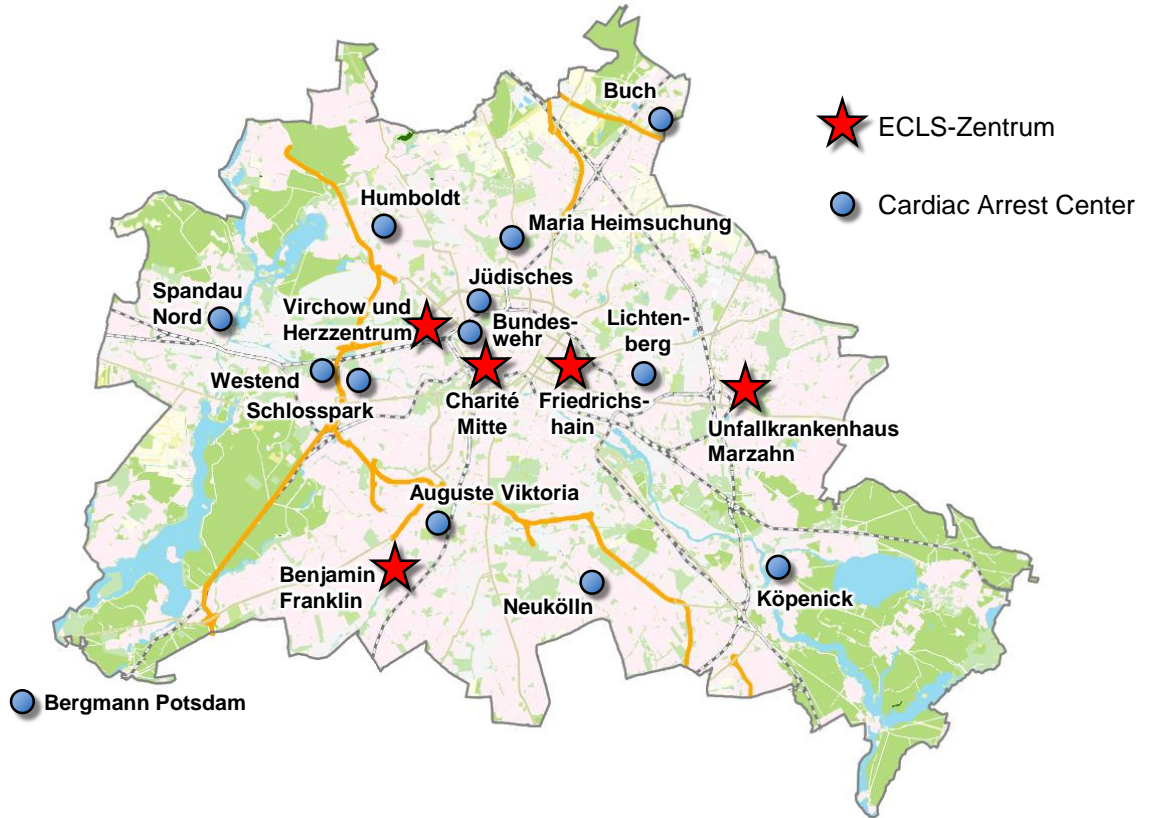
**Besondere Patientengruppen**

- **Kinder:** via Virchow, zusätzlich Alter + Gewicht abfragen (falls unbekannt: größer/kleiner 30kg)
- **Intoxikation/Hypothermie** o.ä.: immer gesondert dem Zentrum hinweisen



## ECLS-Zentren und Cardiac Arrest Center (CAC)

Stand 01.10.2022 - Immer die jeweils aktuelle Krankenhaus-Matrix beachten!



### Telefonnummern ECLS-Zentren in Berlin

Benjamin Franklin	0172 - 285 38 28	Stichwort: ECMO
Friedrichshain	030 - 130 23 11 00	Stichwort: ECMO
Herzzentrum	030 - 45 93 21 12	Stichwort: ECMO
Charité Mitte	030 - 450 53 00 00	Stichwort: ECMO
Unfallkrankenhaus Marzahn	030 - 568 13 64 5	Stichwort: ECMO
Virchow	030 - 450 66 55 66	Stichwort: ECMO (inkl. Kinder)

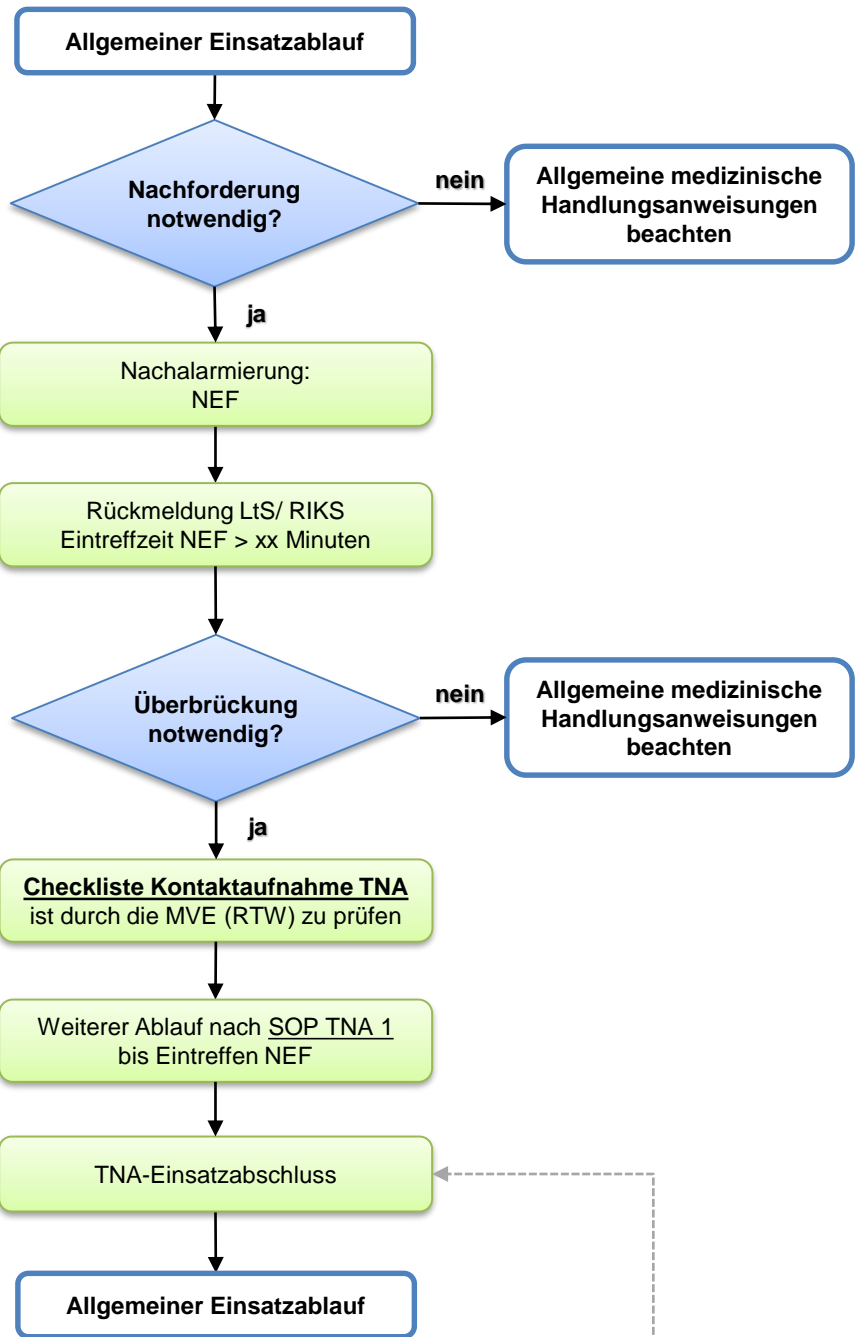




## **Abschnitt 2**

**Keine Freigabe für den Einsatzdienst**

**Nur für Schulungszwecke**



Checkliste Kontaktaufnahme TNA	
1	Patienteneinwilligung für die TNA-Kontaktaufnahme liegt vor
2	vollständiges Monitoring am Patienten liegt vor
3	Patientendaten vollständig dokumentiert
4	Anamnese & Maßnahmen vollständig dokumentiert
5	relevante Fotos/ Videos/ Dokumente sind im Protokoll integriert
6	Druckvorschau ist generiert

TNA-Einsatzabschluss	
1	Übergabe an NEF
2	Dokumentation abschließen
3	Dokumentation übertragen



Indikationen für Delegation BtM-Gabe via TNA	
1	Non-STE-ACS
2	-
3	-

SOP TNA 1



Keine Delegation durch TNA möglich, ggf. NEF nachalarmieren

Jeweilige SOP S der allg. Medizinischen Handlungsanweisungen beachten

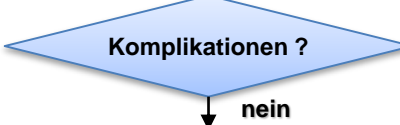
**Festlegung BtM-Substanz, Dosis und Applikationsweg durch TNA (Auswahlverantwortung), ggf. mit Begleitmedikation**

Gemeinsame Durchsprache **Checkliste BtM-Gabe** durch TNA und MVE RTW

Checkliste BtM-Gabe		
1	Sauerstoffgabe <u>vor</u> Medikamentengabe begonnen	CHECK
2	Vorbereitung Maskenbeatmung + Guedel-/Wendl-Tubus	CHECK
3	Absaugbereitschaft	CHECK
4	i.v.-Zugang mit laufender VEL-Infusion	CHECK
5	Monitoring etabliert mit SpO2 mit Systolenton, RR-Messung (Intervall 3 Minuten), EKG-Monitoring	CHECK
6	Medikament durch RTW-Besatzung im 4-Augen-Prinzip nach Vorgabe TNA aufgezogen und beschriftet	CHECK

**Applikation BtM durch MVE RTW (Durchführungsverantwortung)**

**Reevaluation Schmerzstärke und Vitalzeichen:**  
Nach initialer Medikamentengabe nach 2 Minuten, danach mindestens alle 5 Minuten



Nachalarm NEF

Etwilige BtM-Restmengen bei Einsatzende durch RTW-Besatzung im 4-Augen-Prinzip verwerfen

**Dokumentation:**  
BtM-Buch gemäß separater Verfahrensweisung

SOP TNA 1



# **Abschnitt 3**

## **Anlagen**

**0 – Anrufannahme**

Datum		Uhrzeit	
-------	--	---------	--

**6 – Einsatzanlage**

Angelegt unter Einsatznummer	
------------------------------	--

**1 – Abgebende Gesundheitseinrichtung**

Name des Krankenhauses, Adresse, Anfahrt	
Genauer Übergabepunkt im Krankenhaus	
Name und Rückrufnummer des abgebenden Arztes	

**2 – Aufnehmende Gesundheitseinrichtung**

Name des Krankenhauses, Adresse, Anfahrt	
Genauer Übergabepunkt im Krankenhaus	
Name und Rückrufnummer des aufnehmenden Arztes	

**3 – Hauptdiagnose**

Verlegungsindikation	
----------------------	--

**4 – Zeitfenster**

<i>Hilfsfragen:</i>	<i>Genauer Übergabezeitpunkt in abgebender Klinik?</i>	<i>Genauer Zeitpunkt der Intervention / Operation in aufnehmender Klinik?</i>
<input type="checkbox"/> Sofortige Verlegung ohne Verzug notwendig	<input type="checkbox"/> Innerhalb von bis zu 3 Std.	<input type="checkbox"/> Größer als 3 Std.

**5 – Detaillierte Transportmodalitäten***Patientendaten*

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Gewicht	
Isolationspflicht (multiresistente Keime)			
Infektiosität (Kontagiosität)			

*Gerätemanagement*

Atmung (Beatmungsgerät / Tracheostoma chirurgisch vs. dilatativ)	
Kreislauf (Katecholamine)	
Sonstige Spritzenpumpen	

*Personalqualifikation*

<input type="checkbox"/> Notarzt	<input type="checkbox"/> RettAss/NotSan mit RTW (siehe Checkliste RTW-Notverlegung)	<input type="checkbox"/> KTW
----------------------------------	---	------------------------------

**Kriterien Notverlegung gemäß §2 Absatz 2 Satz 3 Berliner Rettungsdienstgesetz**

1. Besteht eine medizinische Dringlichkeit kleiner 3 Stunden?
2. Handelt es sich um eine Aufwärtsverlegung zur höherwertigen Versorgung?
3. Dient der Patiententransport der Gefahrenabwehr im Rahmen der medizinischen Indikationsstellung? – Wenn ja, welche Versorgungskomplexität (Notarzt notwendig) entsteht für den Notfallpatienten?



Eine Notverlegung ohne notärztliche Begleitung ist grundsätzlich möglich bei Vorliegen einer der folgenden **Verlegungsindikationen**:

- Kardiale Krankheitsbilder
  - Z.n. ST-Hebungsinfarkt mit PTCA vor > 24 Std.
  - Non-ST-Hebungsinfarkt > 24 Std. nach Diagnosestellung und beschwerdefrei
- Neurologische Krankheitsbilder
  - Schlaganfall mit stabilen Symptomen ohne Bewusstseinsstörung
  - Z.n. unkompliziertem epileptischem Krampfanfall
- Stromunfall mit Niederspannung und unauffälligem EKG
- Leichtes SHT nach erfolgter Diagnostik

Weiterhin müssen **zusätzlich** zu den oben genannten Verlegungsindikationen folgende **Bedingungen im ABCDE-Schema** erfüllt sein:

#### **A – Atemweg**

- Keine Beatmungspatienten (Ausnahme Heimbeatmung)
- Keine drohende Atemwegsverlegung
- Trachealkanüle nur, sofern chirurgisches TS oder dilatativ > 10 Tage und erster Wechsel problemlos erfolgt

#### **B – Atmung**

- Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung (Atemfrequenz zwischen 8 und 24 / Minute)
- Sauerstoffsättigung > 90% mit moderater O<sub>2</sub>-Insulfation
- Thoraxdrainage nach erfolgter Kontrolle und ohne Sog
- Heimbeatmungsgerät ohne respiratorisches Defizit

#### **C – Zirkulation**

- Keine anhaltende oder schwere Blutung
- Kreislaufstabilität, aktuell keine medikamentöse Kreislaufunterstützung notwendig oder zu erwarten
- Keine schwerwiegende Arrhythmien seit > 24 Std.
- Keine arterielle Blutdruckmessung notwendig
- Kein passagerer Herzschrittmacher

#### **D – Neurologie**

- Aktuell keine neu aufgetretene Vigilanzminderung
- Keine fortschreitende Bewusstseinsstrübung
- Vorhandensein der Schutzreflexe
- Keine intrakranielle Druckmessung

#### **E – Umgebungsfaktoren**

- Beherrschte Schmerzsymptomatik (VAS ≤ 4)

Eine Notverlegung ohne Notarzt liegt in der Durchführungsverantwortung der RTW-Besatzung, die im Zweifelsfall einen Notarzt nachalarmieren kann.

Die Checkliste stellt somit eine Empfehlung für den Disponenten und die abgebende Klinik dar. Letztlich bleibt die Festgelgung über die Qualifikation des zur Transportbegleitung eingesetzten Personals eine ärztliche Entscheidung.



# ÄLRD-Info

Information für die Berliner Notfallrettung

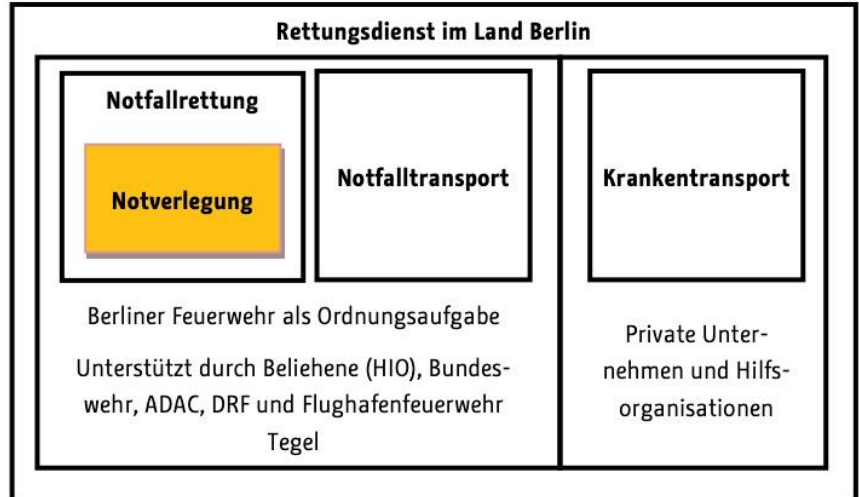
Ausgabe 03/2018 vom 12.04.2018

## Umsetzung der RDG-Änderung für Notverlegungen

Zum **24. April** werden neue Kriterien umgesetzt, die das Rettungsdienstgesetz (RDG) für Notverlegungseinsätze definiert. Einsätze der Notverlegung definieren sich durch einen Transport von einer Gesundheitseinrichtung in eine weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung und werden daher auch als Sekundäreinsätze bezeichnet. Notverlegungen sind Teil der Notfallrettung und fallen somit in unsere Zuständigkeit. Der Krankentransport hingegen wird weiterhin gesondert zur Notverlegung durch Private Unternehmen und Hilfsorganisationen wahrgenommen.

Für alle notärztlichen Transporte sollen vorrangig unsere vier ITW und der ITH präsenter eingesetzt werden. Ersatzweise werden weiterhin NEF und RTW fahren. Die Zuständigkeit zur Durchführung von Notverlegungen wird gegeben sein, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- 1. Es besteht eine medizinische Dringlichkeit kleiner 3 Stunden.**
- 2. Es handelt es sich um eine Aufwärtsverlegung zur höherwertigen Versorgung.**



### 3. Der Patiententransport dient der Gefahrenabwehr im Rahmen der medizinischen Indikationsstellung.

Einsätze, die nicht formal in unsere Zuständigkeit fallen, aber im Sinne der subsidiären Zuständigkeit bedient werden müssen, werden mit dem Stichwort **VERLEGUNG** geprägt. Hier soll sich zukünftig der sogenannte arztbegleitete Krankentransport etablieren.

Um die Leitstellenmitarbeiter in der Gesprächsführung mit der abgegeben Klinik zu unterstützen, werden wir einen Ruf-

dienst für einen Oberarzt vom Dienst (kurz: OAvD) einrichten. Dieser soll zu Einzelfallentscheidung und bei schwierigen Konfliktfällen konsultiert werden.

**Das Arzt-Arzt-Gespräch zwischen Notarzt und abgebender Klinik bleibt weiterhin obligat.**

Sollte im Vorfeld an die Alarmierung bereits eine OAvD-Entscheidung getroffen worden sein, so ist diese grundsätzlich durch den transportierenden Notarzt zu berücksichtigen.

Oberarzt Thomas Krautz, Stab OA 3  
Paul Brettschneider, Stab RD 15

Notverlegung		Komplexität	
		Ohne Notarzt	Mit Notarzt
Dringlichkeit	Kurz: NV		
	Bis zu 3 Std.	<b>NV. &gt; RTW</b> Transport eines Notfallpatienten ohne Notarztbegleitung einem Zeitraum von höchstens 3 Std.	<b>NV NA. &gt; ITW / ITH</b> Transport eines Notfallpatienten mit Notarztbegleitung in einem Zeitraum von höchstens 3 Std.
Unverzüglich	<b>NV AKUT. &gt; RTW</b> Transport eines Notfallpatienten mit höchster Dringlichkeit ohne Notarztbegleitung	<b>NV NA AKUT. &gt; ITW / ITH</b> Transport eines Notfallpatienten mit höchster Dringlichkeit mit Notarztbegleitung	

*Definition neuer Stichwörter zur Abbildung von Komplexität und Dringlichkeit der Notverlegung*

## ÄLRD-Info

Information für die Berliner Notfallrettung

Redaktion: Stab Rettungsdienst

Tel. 387 10 280

Stab-RD@berliner-feuerwehr.de

Berliner Feuerwehr · 10150 Berlin (Postanschrift)

SE EL L

### Zur Kenntnisnahme

Originalschreiben geht an alle Berliner Kliniken

#### **Bearbeiter**

Paul Brettschneider

#### **Geschäftszeichen**

Stab RD 15

(bei Antwort bitte angeben)

#### **Dienstgebäude**

DG Mitte

Voltairestr. 2, 10179 Berlin

Zimmer 305

#### **E-Mail**

paul.brettschneider@berliner-feuerwehr.de

**Internet:** www.berliner-feuerwehr.de

**Telefon (030) 387 10 226**

**Telefon intern (99410) 08 10 226**

**Datum 11.04.2018**

## Notverlegung - Umsetzung Rettungsdienstgesetz Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zuge der Umsetzung der Neufassung des Berliner Rettungsdienstgesetzes (RDG) vom 20.09.2016 kommt es ab dem **24.4.2018** zu einer **Änderung im Segment der Notverlegung** („Intensivverlegung“). Eine dementsprechende grundsätzliche Information hatten Sie bereits im Jahr 2017 über die Berliner Krankenhausgesellschaft erhalten. Ich werde nun diese geänderten Rechtsgrundlagen im operativen Betrieb umsetzen.

### 1. Gesetzesänderung

Bis 2016 waren arztbegleitete Verlegungseinsätze immer im Zuständigkeitsbereich der Notfallrettung angesiedelt, Einsätze aus diesem Bereich wurden von der Berliner Feuerwehr disponiert und durch die Feuerwehr selbst oder die beteiligten Organisationen in der Notfallrettung (insb. ITW von ASB, DRK, JUH und MHD) durchgeführt.

Mit der Neufassung des RDG 2016 wurde der Zuständigkeitsbereich der öffentlich-rechtlichen Notfallrettung nun enger definiert, nur noch Notverlegungen sind Teil der Notfallrettung. Notverlegungen sind definiert als zeitkritischer Patiententransport von einer Gesundheitseinrichtung in eine weiterführende („medizinisch höherwertige“) Versorgungseinrichtung. Entscheidend ist nicht die medizinische Komplexität, sondern der Aspekt der Abwehr einer drohenden oder bereits eingetretenen Gefahr.

In Abgrenzung dazu sind alle anderen Verlegungen dem privatwirtschaftlich organisierten Krankentransport zu zuordnen. Zukünftig ist somit hier auch ein arztbegleiteter Krankentransport möglich. Für diesen Sektor hat die Berliner Feuerwehr keine Zuständigkeit, die Auswahl eines geeigneten Unternehmens obliegt allein der abgebenden Gesundheitseinrichtung.



## 2. Umsetzung

Im RDG wird die Notverlegung unter § 2 Absatz 2 Satz 3 definiert. Diesem Gesetzesauszug ist in der folgenden Abbildung die entsprechende Interpretation zur operativen Umsetzung gegenübergestellt.

§2 Absatz 2 Satz 3 RDG	Interpretation
„Zur <b>Notfallrettung</b> gehört auch die <b>medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderung</b> von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten	<b>Medizinische Dringlichkeit</b> kleiner 3 Std.
aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer <b>besseren medizinischen Versorgung</b> verfügt	<b>Aufwärtsverlegung</b> Grundsätzlich nächstes dafür geeignetes KH
wenn die Beförderung zur <b>Abwehr einer Lebensgefahr</b>	<b>Medizinische Indikation</b> und die resultierende Reaktion auf die notwendige
oder	<b>Versorgungskomplexität mit oder ohne Notarzt</b> im Rettungsmittelaufgebot
zur <b>Abwendung von schweren unmittelbar drohenden gesundheitlichen Schäden unter fachgerechter ärztlicher Betreuung</b> einschließlich der Erhaltung und Überwachung der lebenswichtigen Körperfunktionen erfolgt (Notverlegung).“	

Für eine erfolgreiche Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Notverlegung, ist ein gemeinsames Verständnis der unterschiedlichen Begrifflichkeiten, Rettungsmittel und Priorisierungsstufen essentiell. Nachfolgend möchte ich Ihnen die zukünftige Vorgehensweise erläutern.

### 3.1 Vorgehen zur Anforderungen einer Notverlegung

#### Abfrage

Anforderungen von Notverlegungen werden auch zukünftig nur unter der bekannten Telefonnummer 19222 durch die Leitstelle der Berliner Feuerwehr angenommen, da die Anrufbearbeitung für Sekundäreinsätze eine detaillierte Abstimmung erfordert.

Für die Aufnahme Ihrer Verlegungsanforderungen werden wir ab dem 24.04.2018 eine vorgegebene Abfragestruktur etablieren. Diese soll relevante Informationen zu Verlegungsmodalitäten und Patientenzustand erfassen. Die speziell geschulten Disponenten im Segment der Notverlegung sind angehalten, diesem Abfrageschema genau zu folgen, um das jeweils optimal geeignete Einsatzmittel identifizieren und entsenden zu können. Die künftig anzuwendenden Abfragekriterien haben wir diesem Schreiben beigefügt (siehe Anhang 1). Ich möchte Sie deswegen darum bitten, bei einer Transportanforderung auf die Inhalte der strukturierten Abfrage vorbereitet zu sein, um zeitnah Ihrem Anliegen entsprechen zu können.

#### Einstufung

Anhand der Übersicht in der weiter unten folgenden Tabelle wird die künftige Einstufung von Notverlegungen verdeutlicht. Um die notärztlichen Ressourcen möglichst indikationsgenau einsetzen zu können, stehen auch Rettungswagen als nichtärztliche Verlegungsressource zur Verfügung. Kriterien, die eine Notverlegung auch ohne ärztliche Begleitung erlauben, habe ich anhand einer Auflistung zusammengefasst (siehe Anhang 2). Bitte beachten Sie, dass dies Empfehlungen sind und selbstverständlich individuell anhand des Patientenzustandes und der Transportstrecke eingeschätzt werden müssen. Die Einschätzung ist grundsätzlich durch die Ärztin/den Arzt in der abgebenden Gesundheitseinrichtung zu treffen.

Notverlegung – kurz: NV		Komplexität	
		Ohne Notarzt	Mit Notarzt
Dringlichkeit	Maximal 3 Std.	<b>Stichwort: NV</b> <b>Rettungsmittel: RTW</b> Transport eines Notfallpatienten mit qualifizierter Begleitung in einem Zeitraum von höchstens 3 Std.	<b>Stichwort: NV NA</b> <b>Rettungsmittel: ITW</b> Transport eines Notfallpatienten mit qualifizierter notärztlicher Begleitung in einem Zeitraum von höchstens 3 Std.
	Unverzüglich	<b>Stichwort: NV AKUT</b> <b>Rettungsmittel: RTW</b> Transport eines Notfallpatienten mit höchster Dringlichkeit ohne Notarzt	<b>Stichwort: NV NA AKUT</b> <b>Rettungsmittel: ITW</b> Transport eines Notfallpatienten mit höchster Dringlichkeit in Notarztbegleitung

Sollte eine Kategorisierung im Einzelfall nicht gelingen oder ein Konfliktfall entstehen, besteht zukünftig (zunächst werktags zwischen 08:00 und 16:00 Uhr) die Möglichkeit einer kollegialen Klärung des Sachverhaltes im Rahmen eines vorgelagerten klärenden Gespräches mit einem Oberarzt/ärztin der ärztlichen Leitung der Berliner Feuerwehr.

### Fahrzeugalarmierung

Für Notverlegungen, die eine ärztliche Begleitung erfordern, stehen gemäß der nachfolgenden Betriebszeiten bis zu vier Intensivtransportwagen (ITW) zur Verfügung:

Mo-Fr:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ein ITW von 8-16 Uhr</li> <li>- Je ein ITW von 9-17 Uhr</li> <li>- Je ein ITW von 14-22 Uhr</li> </ul>
Mo-Sa:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ein ITW von 10-18 Uhr</li> </ul>

Sollte ein ITW nicht im notwendigen Zeitfenster verfügbar sein, werden ersatzweise ein Notarzteinsetzfahrzeug und ein Rettungswagen aus dem Segment der primären Notfallrettung entsandt.

### 3.2 Umgang mit Transporten, die keine Notverlegungen sind

Verlegungen, die aus medizinischer Indikation nicht zeitkritisch sind oder der Verlegung in ein Krankenhaus in eine gleiche oder niedrige Versorgungsstufe dienen, sind als **Krankentransport** einzustufen und damit nicht Teil der Notfallrettung. Dies gilt auch bei notwendiger ärztlicher Begleitung (arztbegleiteter Krankentransport). Wie bereits beschrieben ist nicht die Komplexität des Transportes, sondern der Aspekt der gesundheitlichen Gefahrenabwehr ausschlaggebend.

Eine Zuständigkeit der Berliner Feuerwehr als Träger der Notfallrettung ist damit nicht gegeben. Daher bitte ich Sie darum, sich mit entsprechenden Transportanforderungen künftig an ein geeignetes Krankentransportunternehmen zu wenden. Aufsichtführende Stelle für die Krankentransportunternehmen ist das Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO).

### 3.3 Subsidiäre Transporte

Übergangsweise wird es notwendig sein, dass die Berliner Feuerwehr subsidiär Verlegungen aus dem Bereich des (arztbegleiteten) Krankentransportes durchführt.

Mir ist bewusst, dass sich gegenwärtig noch kein ausreichendes Angebot auf dem freien Markt ergeben hat. Aus diesem Grund gilt Folgendes:

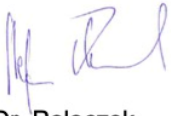
Die Feuerwehr übernimmt Krankentransporte nur, wenn private Unternehmen dazu nicht bereit oder in der Lage sind (subsidiäre Zuständigkeit gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 RDG). Die Notfallrettung hat Vorrang vor dem Krankentransport (§ 2 Absatz 4 Satz 2 RDG). Im Rahmen einer Übergangsphase verzichtet die Leitstelle der Berliner Feuerwehr auf einen Nachweis, dass die Klinik sich bemüht hat, einen privaten Unternehmer für arztbegleitete Krankentransporte zu finden und wird diese Transporte weiterhin nachrangig durchführen. Es kann jedoch zu Wartezeiten kommen, da nur eine begrenzte Anzahl von Fahrzeugen für den Krankentransport zu Verfügung stehen wird.

Ich möchte Sie bitten, sich mit Ihren (ggf. bereits bestehenden) Partnerunternehmen im Bereich des Krankentransportes abzustimmen, um den Bedarf an arztbegleiteten Verlegungen künftig sicherzustellen.

Bitte kommunizieren Sie die beschriebenen Neuerungen in den betreffenden Bereichen Ihres Krankenhauses. Für grundsätzliche Fragen wenden Sie sich bitte an meinen ärztlichen Kollegen, Oberarzt Thomas Krautz (Mail: [thomas.krautz@berliner-feuerwehr.de](mailto:thomas.krautz@berliner-feuerwehr.de)).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Poloczek

Anlage 1 – Strukturiertes Abfrageschema Notverlegung

Anlage 2 – Checkliste RTW Notverlegung