

# Notfall + Rettungsmedizin

German Interdisciplinary Journal of Emergency Medicine

Organ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) | Organ des Deutschen Rates für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC)

Elektronischer Sonderdruck für

**A. Stauer**

Ein Service von Springer Medizin

Notfall Rettungsmed 2011 · 14:291–296 · DOI 10.1007/s10049-010-1384-x

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**A. Stauer · D. Mittelhammer**

## Der Verlegungsarzt in Bayern

## Redaktion

C. Jäkel, Lübben  
 H.-D. Lippert, Ulm  
 P.M. Lissel, München

A. Stauffer<sup>1</sup> · D. Mittelhammer<sup>1</sup> Finck Althaus Sigl & Partner, München

# Der Verlegungsarzt in Bayern

**Die Novellierung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) mit Wirkung zum 1.1.2009 integrieren den Verlegungsarzt in das System des arztbegleiteten Patiententransports. Bayern regelte damit als erstes Bundesland überhaupt gesetzlich die Verlegungsarztinsatzfahrzeuge (VEF) neben den bestehenden Intensivtransportwagen (ITW). Die mit Einführung des ersten VEF am Standort München einhergehenden Rechtsfragen werden nachfolgend erörtert; sie befassen sich unter anderem mit den rechtlichen Hintergründen, der Abgrenzung der Einsatzindikationen, der Fahrzeugausstattung, dem Medizinprodukte-recht, der Ladungssicherung sowie mit dem Einsatz von Sonderrechten im Straßenverkehr. Bis zum 1.4.2011 gingen bayernweit 7 weitere VEF in Betrieb.**

## Hintergrund

Der arztbegleitete Patiententransport ist eine Sonderform des Sekundärtransports, bei der aus medizinischen Gründen eine ärztliche Betreuung des Patienten auch während des Transports erforderlich ist. Überwiegend handelt es sich hierbei um die Verlegung von Patienten aus Krankenhäusern niedrigerer in Häuser mit höherer Versorgungsstufe, in Spezialkliniken oder Krankenhäuser der Maximalversorgung.

Praktisch durchgeführt wurden diese Transporte – teils notarztbegleitet – im

- Rettungstransportwagen (RTW),
- Krankentransportwagen (KTW),
- Notarztwagen (NAW),
- Intensivtransportwagen (ITW),

- Intensivtransporthubschrauber (ITH) oder durch
- anderweitige arztbegleitete Krankentransporte.

Ihnen gemeinsam war, dass sie sich in Bayern in einer rechtlichen Grauzone befanden; eine spezifische rechtliche Regelung fehlte. Art. 24 BayRDG alter Fassung (a. F.) beinhaltete lediglich Regelungen hinsichtlich der Standortfrage der *Krankenkraftwagen für die Verlegung von Notfallpatienten unter intensivmedizinischen Bedingungen*. Lücken ergaben sich vor allem dann, wenn ITW oder ITH nicht rechtzeitig verfügbar waren. In diesen Fällen begleiteten Klinikärzte bzw. Notärzte aus der Notfallrettung den Transport in einem RTW. Dies eröffnete mehrere Probleme: Längere Sekundärtransporte mit Notärzten strapazierten die Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten. Die Vergütung der Klinikärzte oder anderer Ärzte war nicht geregelt. Abgrenzungsschwierigkeiten ergaben sich bei der Einordnung der während des Transports intensivbehandlungspflichtigen Patienten als Notfallpatienten nach Art. 2 Abs. 3 BayRDG a. F.

Die mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragten Hilfsorganisationen und Unternehmen erbrachten damit einzelne Leistungen ohne oder jedenfalls ohne hinreichend konkreten Auftrag. Damit einher ging die Frage der Finanzierung dieser Dienste durch die Kostenträger.<sup>1</sup> Demgegenüber bedeuteten die Änderungen in den Klinikstrukturen (Verlagerung und Schließung von Abteilungen oder kleineren Häusern, Bildung von spezialisierten Kliniken und Gesundheits-

zentren) für die Leistungserbringer einen entsprechenden und finanziell abzuschließenden Aufwandszuwachs.<sup>2</sup>

Eine Fachanalyse des vom Bayerischen Innenministerium beauftragten Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) der Universität München diente als Grundlage der Novellierung.<sup>3</sup> Die darin erhobenen Daten stammten aus ganz Bayern und bildeten das Transportgeschehen im Jahr 2004 im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst und Krankentransport ab. 21.296 arztbegleitete Patiententransporte (1,4% aller Patiententransporte), davon 3797 Intensivtransporte (18%) führte der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst durch. Nicht erfasst waren arztbegleitete Krankentransporte der privaten Unternehmen.

Das INM entwickelte Szenarien, wie ein zusätzliches arztbesetztes Transportsystem für die 17.480 Einsätze *ohne ITW* in den Rettungsdienst integriert werden könnte. Diese Einsätze erfassten überwiegend dispo-nible Verlegungen und Intensivtransporte ohne ITW, einschließlich Neugeborenenverlegungen und Fehleinsätze.

Nach Ansicht des INM kamen dabei sowohl ein Kompaktsystem mit eigener Transporteinheit als auch ein Rendezvous-System mit einem Rettungswagen in Betracht. Ausgehend von der Prämisse, dass der Verlegungsarzt jede Klinik in Bayern *innerhalb 1 h* unter Inanspruchnahme von Sonderrechten erreichen soll-

Die Autoren sind beide Dozenten im Rettungsdienstrecht und aktiv im Rettungsdienst tätig.

<sup>2</sup> Bay. Lt. DS 15/10391 S. 1 f.

<sup>3</sup> Fachanalyse zum arztbegleiteten Patiententransport in Bayern, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, Klinikum der Universität München, 2006.

<sup>1</sup> Bay. Lt. DS 15/10391 S. 36 f.

te, waren 10 Verlegungsarzt-Standorte vorgesehen, nämlich jeweils 1 Einheit in:

- München und Traunstein (Oberbayern),
- Deggendorf (Niederbayern),
- Regensburg (Oberpfalz),
- Bayreuth (Oberfranken),
- Erlangen (Mittelfranken),
- Würzburg und Schweinfurt (Unterfranken) sowie
- Augsburg und Kempten (Schwaben).

Die VEF-Standorte sind mittlerweile in Betrieb: in München bereits seit dem 1.1.2009, in Traunstein seit dem 1.3.2011, in Deggendorf seit dem 3.5.2010, in Regensburg seit dem 10.1.2011, in Bayreuth seit dem 1.4.2011, in Erlangen seit dem 1.5.2010, in Würzburg seit dem 1.9.2010 und in Augsburg seit dem 1.3.2011. Schweinfurt und Kempten sind noch nicht vergeben.

### Arztbegleiteter Patiententransport in Bayern

Der Gesetzgeber entschied sich schließlich in Art. 15 BayRDG für ein Rendezvous-System zwischen Verlegungsarzt und RTW. Das bayerische System definiert den arztbegleiteten Patiententransport in Art. 2 Abs. 4 S. 1 BayRDG: Arztbegleiteter Patiententransport ist, *mit Ausnahme von Notfalltransporten*, die Beförderung von Patienten, die während der Beförderung aus medizinischen Gründen durch einen Verlegungsarzt oder durch einen geeigneten Krankenhausarzt zu betreuen oder überwachen sind. Der arztbegleitete Patiententransport ist damit Sekundärtransport.

### Der Gesetzgeber entschied sich für ein Rendezvous-System zwischen Verlegungsarzt und RTW

Der arztbegleitete Patiententransport schließt den Intensivtransport mit ein. Sowohl VEF als auch ITW und ITH sind mit einem Verlegungsarzt zu besetzen. ITW sind für den Transport intensivüberwachungspflichtiger und -behandlungsbedürftiger Patienten besonders eingerichtet, Art. 2 Abs. 6 S. 4 BayRDG. Das Verlegungsarzteinsetzfahrzeug dient dem gegenüber lediglich der Beförderung des

Verlegungsarztes zum Einsatzort, Art. 2 Abs. 7 S. 2 BayRDG; zum Transport des Patienten ist hier auf RTW der primären Notfallrettung zurückzugreifen, soweit die Patienten die besonderen Einrichtungen eines ITW nicht benötigen.

Verlegungsärzte benötigen *besondere* – allerdings gesetzlich unbestimmte – Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Art. 2 Abs. 4 S. 1, Art. 43 Abs. 5 S. 1 BayRDG. Die Bayerische Landesärztekammer kann allgemein oder für besondere Beförderungsfälle zusätzliche Qualifikationsanforderungen festlegen. Im Intensivtransport verlangt das Gesetz zudem *besondere* Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich der Überwachung und Behandlung der in diesem Einsatzspektrum zu befördernden Patienten, Art. 43 Abs. 5 S. 3 BayRDG. Die Qualifikation als Notarzt verlangt das Gesetz interessanterweise nur für den Einsatz auf dem VEF in Zusammenarbeit mit RTW – sowohl von dem Verlegungsarzt als auch von einem begleitenden Krankenhausarzt, Art. 43 Abs. 1 S. 1 BayRDG. Nur wenn der ITW in der Notfallrettung eingesetzt wird, ist auch hier eine Qualifikation als Notarzt erforderlich, Art. 43 Abs. 4 BayRDG. Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung beauftragt mit der Sicherstellung die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns. Ist diese hierzu nicht bereit oder in der Lage, beauftragt der Zweckverband Dritte oder stellt den Dienst selbst mit Verbandsmitgliedern sicher, Art. 15 Abs. 2 S. 4 BayRDG. Auch ein geeigneter Krankenhausarzt kann anstelle des Verlegungsarztes die Arztbegleitung im Sekundärtransport übernehmen, Art. 15 Abs. 2 BayRDG. Dabei stellte der Gesetzgeber hinsichtlich der Eignung des Krankenhausarztes ebenfalls auf eine Mindestqualifikation als Notarzt ab. Er war der Meinung, die Qualifikation impliziere eine Einweisung auf die im RTW mitgeführten Medizinprodukte. Zwingend ist dieser Rückschluss jedoch nicht; vielmehr dürfte zahlreichen Notärzten tatsächlich eine gesetzeskonforme Einweisung nach dem MPG auf die mitgeführten Medizinprodukte fehlen.

Für den Fahrer setzt das Gesetz die Qualifikation als Rettungssanitäter voraus, Art. 43 Abs. 2 S. 3 RDG. Nur in Aus-

nahmefällen ist von der Qualifikation des Fahrers abzuweichen, wenn sonst das Einsatzfahrzeug nicht zum Einsatz kommen könnte, Art. 43 Abs. 3 BayRDG.

### Im RTW ist der Patient während des Transports neben dem Verlegungsarzt stets durch einen Rettungsassistenten zu betreuen.

Im ITW muss das Personal gleichfalls über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich der Überwachung und Behandlung der in diesem Einsatzspektrum zu befördernden Patienten verfügen, jedoch kann diese Aufgabe auch ein Krankenpfleger anstelle des Rettungsassistenten übernehmen, Art. 2 Abs. 6 S. 4, Art. 43 Abs. 5 S. 4 BayRDG. Der arztbegleitete Patiententransport ist nach Art. 15 Abs. 1 S. 1 BayRDG bei der Bedarfsmessung für Rettungswagen zu berücksichtigen.

### Situation in München

Das erste bayerische VEF hat seinen Standort seit 2009 in München. Die Verlegungsärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) eingeteilt. Der Fahrer wird wochenweise von den 4 Münchener Hilfsorganisationen

- Arbeiter Samariter Bund (ASB),
- Bayerisches Rotes Kreuz (BRK),
- Johanniter Unfallhilfe (JUH) und
- Malteser Hilfsdienst (MHD)

gestellt.

Die 2 abwechselnd eingesetzten Fahrzeuge von ASB und BRK (letzteres auch für die Dienste der JUH und des MHD) weisen unterschiedliche medizinische Ausstattungen auf. Während der ASB sein Fahrzeug neben dem üblichen Notfallequipment zusätzlich mit einem Medtronic Lifepak 12 und einem Draeger Oxylog 3000 bestückt, ist das VEF des BRK mit einem Corpuls 3 und Oxylog 3000 ausgestattet. Auf die eingesetzten Medikamente, Perfusoren und Verbrauchsmaterialien soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

Beauftragt mit der Durchführung der 2 Münchener ITW ist der ASB. Die Berufsfeuerwehr München stellt Notarzt-einsatzfahrzeuge (NEF) und NAW.

## Einsatzindikationen

Unterschiedliche Auffassungen ergaben sich bereits hinsichtlich der Einsatzindikationen, vorrangig aus der Differenzierung zwischen arztbegleiteten und *notarztbegleiteten* Sekundärtransporten sowie aus dem Einsatz des VEF als Ersatz-NEF.

Arztbegleitete Sekundärtransporte sind grundsätzlich durch einen RTW der primären Notfallrettung zusammen mit einem Verlegungsarzt oder einem qualifizierten Krankenhausarzt durchzuführen. Das VEF befördert den Verlegungsarzt zum Rendezvous. Genügt die Ausstattung des RTW den besonderen medizinischen Bedürfnissen des Patienten nicht, ist ein ITW zu disponieren.

VEF und ITW sind als überregionale Komponenten des Rettungsdienstes konzipiert und können unabhängig von den Grenzen der Rettungsdienstbereiche eingesetzt werden.

Den umgangssprachlich als *Notarztverlegungen* bezeichneten Transporten hat sich das BayRDG demgegenüber nicht angenommen. Die Intention des Gesetzgebers war die, eine notärztliche Unterversorgung eines Gebiets zu vermeiden und Notärzte nicht mehr durch Verlegungen zu binden. Damit kann der Disponent bei arztbegleiteten Verlegungen nur in Ausnahmefällen auf einen Notarzt zurückgreifen, wenn ein Verlegungsarzt in adäquater Zeit nicht zur Verfügung steht. Zudem wird es dem *gewöhnlichen* Notarzt zuweilen an den *besonderen* Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die das BayRDG an die Qualifikation der Verlegungsärzte stellt, jedenfalls an der notwendigen Routine im Intensivtransport fehlen.

Fehl geht damit auch die zuweilen vertretene Auffassung, dass der Patient, wenn er in der Ausgangsklinik nicht die *erforderliche medizinische Versorgung* erhält, als Notfallpatient nach Art. 2 Abs. 2 S. 4 BayRDG zu kategorisieren sei. Das Kriterium der Dringlichkeit der Verlegung kann ebenso wenig das ausschlaggebende Kriterium für die Disposition eines NEF sein. Vielmehr hat die anfordernde Klinik Bedarf und Zeitfenster konkret gegenüber der Leitstelle zu kommunizieren. Diese hat die Anfahrtszeit des Verlegungsarztes ggf. auch unter Einsatz von Sonder-

rechten zu berücksichtigen. Eine saubere Differenzierung zwischen Notfall- und Verlegungspatienten lässt das novellierte BayRDG hier weiterhin vermissen.

## Die anfordernde Klinik hat konkret gegenüber der Leitstelle Bedarf und Zeitfenster zu kommunizieren

Die Vorhaltung eines ITW berechtigt zugleich zur Durchführung von Notfallrettung und Krankentransport (ohne Arztbesetzung), Art. 15 Abs. 4 S. 5 BayRDG. Eine entsprechende Regelung für das VEF fehlt. Da der Verlegungsarzt eine Qualifikation als Notarzt besitzt, ist jedoch in Ausnahmefällen der Einsatz des VEF als Ersatz-NEF nicht ausgeschlossen. Dies entspricht auch der Intention des Gesetzgebers: Er räumt der Notfallrettung grundsätzlich den Vorrang ein, Art. 15 Abs. 1 S. 2 BayRDG. Zugleich ist dies der einzige erkennbare Grund dafür, von dem Fahrer des VEF die Qualifikation als Rettungssanitäter zu fordern. Um die Vorhaltung nicht zu gefährden, ist die Disposition des ITW und VEF auf Notarzteinsätze auf wenige Ausnahmen zu beschränken; der Regeleinsatz verbietet sich, zumal beide Komponenten auch überörtlich zum Einsatz kommen. Die Integrierte Leitstelle soll ein VEF anstelle eines NEF in der Notfallrettung daher nur dann einsetzen, wenn dieses einsatzbereit über Funk gemeldet ist und ein deutlicher und im jeweiligen Einzelfall medizinisch relevanter Zeitvorteil gegenüber dem Einsatz eines NEFs zu erwarten ist, § 4 S. 2 AV-BayRDG.

## Ausstattung der Verlegungsarztinsatzfahrzeuge und Einweisung im Umgang mit Medizinprodukten

Weitere – von den Hilfsorganisationen und dem Gesetzgeber zum Teil nicht bedachte – rechtliche Probleme betreffen die auf dem VEF mitgeführten Medizinprodukte.

Der Gesetzgeber selbst geht lapidar davon aus, dass die Notarztqualifikation der Verlegungsärzte auch die für die Einhaltung des Medizinprodukterechts im Umgang mit der medizinisch-tech-

Notfall Rettungsmed 2011 · 159:291–296  
DOI 10.1007/s10049-010-1384-x  
© Springer-Verlag 2011

A. Stauffer · D. Mittelhammer  
**Der Verlegungsarzt in Bayern**

### Zusammenfassung

Die Novellierung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) mit Wirkung zum 1.1.2009 integrierte den Verlegungsarzt in das System des arztbegleiteten Patienten-transportes. Bayern regelte damit als erstes Bundesland überhaupt gesetzlich die Verlegungsarztinsatzfahrzeuge (VEF) neben den bestehenden Intensivtransportwagen (ITW). Die mit Einführung des ersten VEF am Standort München einhergehenden Rechtsfragen werden erörtert; sie befassen sich unter anderem mit der Abgrenzung der Einsatzindikationen, der Fahrzeugausstattung, dem Medizinprodukterecht und der Ladungssicherung sowie mit dem Einsatz von Sonderrechten im Straßenverkehr.

### Schlüsselwörter

Rettungsdienst · Recht · Verlegung · Krankenwagen · Bayern

### Ambulances with doctors

#### Abstract

With 1<sup>st</sup> of January 2009 the Bavarian legislation integrated a new kind of ambulance with doctors into his system of emergency medical service, first tested in Munich, Germany, past year. The authors discuss the legal background, including the indication for usage, equipment, medical devices and traffic law. The new service started at nine further sites last year.

#### Keywords

Emergency medical services · Law · Patient transfer · Ambulances · Bavaria

nischen Ausstattung des RTW notwendigen Kenntnisse vermittelt.<sup>4</sup> Doch nicht nur dem Notarzt, sondern auch der Besetzung der als Transportkomponente eingesetzten RTW fehlt zumeist eine entsprechende Unterweisung im Umgang mit den Geräten.

§ 2 Abs. 2 Medizinprodukte-Betriebsverordnung (MPBetreibV) schreibt vor, dass nur derjenige ein Medizinprodukt anwenden darf, der entsprechend § 5 Abs. 2 MPBetreibV in die sachgerechte Anwendung des Medizinproduktes eingewiesen worden ist. Die Verpflichtung zur Einweisung trifft den Anwender, der eine *Holpflicht*<sup>5</sup> dahin gehend hat, sich sachkundig zu machen.<sup>6</sup>

Regelmäßig hat der Betreiber nur den Fahrer des VEF, der den Transport allerdings nicht begleitet, im Umgang mit den mitgeführten Geräten eingewiesen. Der Verlegungsarzt oder Rettungsassistent, der ohne Einweisung ein vom VEF mitgebrachtes Gerät anwendet, begeht demgegenüber eine Ordnungswidrigkeit und im Falle der hierdurch verursachten Schädigung eines Patienten möglicherweise eine Straftat. Zwar genügt meist die Einweisung auf ein baugleiches Medizinprodukt; die verschiedenen herstellerseitig angebotenen Modifikationen der Geräte (z. B. Kapnometrie) schränken dies allerdings ebenso oft wieder ein. Ein rechtfertigender Notstand, der die Anwendung ohne Einweisung gestattet, liegt nur in sehr seltenen Ausnahmefällen vor. Eine Einweisung *vor Ort* verbietet sich nicht nur deshalb, weil in aller Kürze die erforderlichen Kenntnisse kaum vermittelt werden können. Dem *vor Ort* unterweisen den VEF-Fahrer fehlt meist auch die erforderliche Unterweisung durch den Hersteller; er ist damit nicht berechtigt, Dritte in der Bedienung der Geräte zu unterweisen, § 5 Abs. 2 MPBetreibV.

Die Anwender sollten sich der Problematik einer fehlenden Unterweisung bewusst sein. Sicherzustellen ist, dass der Verlegungsarzt im Umgang mit den eingesetzten Medizinprodukten eingewiesen

ist. Exotische Geräte sollten auf dem VEF ebenso außen vor bleiben; denn nicht nur der Anwender, sondern auch der Betreiber (Hilfsorganisation), setzt sich möglicherweise einer Ordnungswidrigkeit oder gar Straftat aus.

### Die Anwender sollten sich der Problematik einer fehlenden Unterweisung bewusst sein

Unberührt bleibt die haftungsrechtliche Problematik durch den Betrieb des Geräts durch einen vom Betreiber nicht autorisierten Anwender in der Person der fremden Fahrzeugbesatzung.

### Ausstattung des VEF

Hinsichtlich der einzusetzenden Ausrüstung selbst bestehen kaum gesetzliche Vorgaben. Art. 44 BayRDG sieht lediglich den Einsatz geeigneter Fahrzeuge mit geeigneter und dem maßgeblichen Stand der Technik entsprechender Ausstattung vor. Nach § 5 Abs. 2 AVBayRDG sind die VEF wie NEF auszustatten; anders als erwartet, enthält die Ausführungsverordnung darüber hinaus keine weiteren Anforderungen. Welche Anforderungen an ein VEF zu stellen sind, bleibt dem medizinischen Standard vorbehalten.

Die bisher bekannten Ausschreibungen zielen daher nur auf eine Ausstattung des VEF nach der Deutschen Industrienorm (DIN) 75079 (NEF) ab. Demgegenüber ist es auch nicht die gesetzliche Intention, aus der Kombination von Verlegungsarzt und RTW einen weiteren ITW zu entwickeln. Benötigt der Patient das zusätzliche Equipment des ITW, ist dieses Einsatzmittel vorrangig vor dem VEF zu entsenden.

Die Entscheider haben damit stets den wiederholt im BayRDG und § 133 Abs. 2 SGB V niedergelegten Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten; die Anforderungen an die weitere Ausstattung des VEF über die Ausstattung des NEF sind eher gering zu halten.

### Transportsicherung

Ein weiteres, bereits vom NEF bekanntes Problem, stellt die Transportsicherung der mitgeführten und vom VEF auf den RTW umzulagernden Medizinprodukte dar.

Die Ladung ist jedenfalls so zu verstauen, dass sie wechselnden Straßenverhältnissen, Ausweichmanövern und Vollbremsungen standhält. Sie darf nicht verrutschen, umfallen, hin- und herrollen, herabfallen oder vermeidbaren Lärm erzeugen. Nicht abzustellen ist darauf, was als Ladungssicherung üblich ist; vielmehr sind die anerkannten Regeln der Technik zu beachten.<sup>7</sup>

Nach DIN EN 1789 sind alle Personen und Gegenstände, die sich üblicherweise im Fahrzeug befinden, so zu haltern oder zu verstauen, dass sie sich bei einer Einwirkung von 10g in verschiedenen Richtungen nicht in ein Geschoss verwandeln. Die gesamte Ausrüstung muss so untergebracht und gesichert sein, dass sie während der Fahrt nicht beschädigt wird oder Personen verletzen kann. Ob die oft alternativ verwendeten mobilen Haltesysteme diesen Anforderungen genügen, ist zweifelhaft: Letztlich macht es kaum einen Unterschied, ob sich nur das Gerät oder zugleich dessen mobile Halterung bei unerwarteten Fahrmanövern lösen.

Sowohl Fahrer als auch Beifahrer sollten sich dies zu Herzen nehmen, denn sie können bei einer Verletzung Dritter durch ungesicherte Ladung straf- und zivilrechtlich haften.

### Nutzung von Sondersignalen

Das VEF genießt als Fahrzeug des Rettungsdienstes straßenverkehrsrechtliche Privilegien. Es kann Sonderrechte in Anspruch nehmen, wenn höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder gesundheitliche Schäden abzuwenden, § 35 Abs. 5a Straßenverkehrsordnung (StVO). Hierzu kann sich der Fahrer auch des Blaulichts und Martinshorns bedienen.

Schon das Fachgutachten des INM ging in seiner Bewertung der VEF-Standorte von der Vorgabe aus, dass die Fahrziele innerhalb Bayerns innerhalb 1 h *unter Inanspruchnahme von Sonderrechten* zu erreichen sind. Ein NEF ist daher nicht vorrangig zu disponieren, nur weil das VEF Sonderrechte in Anspruch zu nehmen hätte. Hätten sowohl NEF als auch VEF Sonderrechte in Anspruch zu

<sup>4</sup> Bay. Lt. DS 15/10391 S. 44.

<sup>5</sup> Anhalt, Dieners, Böckmann, Handbuch des Medizinprodukterechts, 2003, § 9 Rn. 34.

<sup>6</sup> Terbille-Pannenbecker Münchener Anwalts-handbuch Medizinrecht 2009 § 9 Rn. 315.

<sup>7</sup> Vgl. hierzu Crumm, SVR 2006, 328 f. m.w.N.

nehmen, ist das VEF zu alarmieren, wenn ansonsten keine zeitlichen Gründe für die Verlegung mit einem Notarzt sprechen. Selbst in letzterem Fall wäre jedoch der Verlegungsarzt aufgrund der höheren Qualifikation hinzuzuziehen. Die gesetzlichen Vorgaben sind im Übrigen zu beachten; allein die lange Anfahrtszeit des VEF begründet jedenfalls keine Inanspruchnahme von Sonderrechten.

Die Beurteilung, ob *höchste Eile* geboten ist, kann nur auf Grundlage einer medizinischen Diagnose erfolgen. Eine erste Diagnose erfolgt durch die Rettungsleitstellen bei der Auftragsannahme. Die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Sonderrechten muss der Fahrer auf Grundlage des Meldebildes und dessen Glaubwürdigkeit treffen.<sup>8</sup> Regelmäßig werden Verlegungsarzt und Fahrer unmittelbar Rücksprache mit dem anfordernden Krankenhaus halten.

Der Einsatz des VEF als Straßenräumer für den RTW, aber auch das Nachfahren hinter dem RTW unter Inanspruchnahmen von Sonderrechten verbietet sich. Eine Ausnahme besteht möglicherweise bei Lotsenfahrten durch das VEF; in Zeiten günstiger Navigationsgeräte sollte allerdings auch dieser Aspekt in den Hintergrund treten. Das VEF hat darüber hinaus kein Equipment, das kurzfristig im RTW benötigt werden könnte; die notwendigen Materialien können bei Fahrtantritt in den RTW verladen werden. Die mögliche Bedienung der Medizinprodukte durch den VEF-Fahrer rechtfertigt es ebenso wenig, dass dieser dem RTW mit Sondersignal folgt, um bei Bedarf umzusteigen; organisatorische Verfahrensabläufe und eine Einweisung jedenfalls des Notarztes im Umgang mit den eingesetzten Medizinprodukten müssen diesen Fall sicher ausschließen. Lediglich Folgeeinsätze können nach diesseitiger Rechtsauffassung den Einsatz von Sonderrechten durch das VEF während des Patiententransports begründen. Sich allein auf den Erhalt der Funktionsfähigkeit und Effektivität des Rettungsdienstes als staatliche Einrichtung der Daseinsvorsorge zu beru-

fen, ist angesichts der eher rigiden Rechtsprechung nicht empfehlenswert<sup>9</sup>.

## Haftung bei VEF-Einsätzen

Die Frage, ob der Rettungsdienst öffentlich-rechtlich organisiert ist und damit im Schadensfall die Grundsätze der Amtshaftung Anwendung finden, ist für Bayern geklärt.<sup>10</sup>

### ■ Da der arztbegleitete Patiententransport nach Art. 15 BayRDG öffentlich-rechtlich organisiert ist, kommen die Grundsätze der Amtshaftung im Haftpflichtfall zum Tragen.

Anderes kann sich bei Verlegungsfahrten durch Krankenhausärzte ergeben, da der begleitende Klinikarzt nicht Teil des öffentlich-rechtlichen Verlegungsarztdienstes ist.<sup>11</sup>

## Arztbegleiteter KTW

Umstritten ist, ob VEF und ITW andere Formen des arztbegleiteten Patiententransports ausschließen. Der Wortlaut des BayRDG lässt den weiteren Einsatz eines Verlegungsarztes in der Kompaktvariante abseits des ITW zu. Nach Art. 15 Abs. 1 S. 1 BayRDG ist eine arztbegleitete Verlegung mittels KTW durchaus vorstellbar; gerade Krankenhäuser könnten bei häufigerem Interhospitaltransfer auf diese Möglichkeit zurückgreifen. § 6 Abs. 3 AV-BayRDG lässt jedenfalls besonders qualifizierte Fachärzte als Alternativen zum Verlegungsarzt beispielsweise im Neugeborenenabholdienst und beim Transport von Patienten mit Infektionskrankheiten ausdrücklich zu; ein Einvernehmen mit der KVB und die Zustimmung der Sozialversicherungsträger vorausgesetzt. Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (BayVGH) hat diese Frage in einem einstweiligen Verfahren jedenfalls offen gelas-

sen<sup>12</sup>. Die Rechtsfrage ist Bestandteil eines noch anhängigen Rechtsstreits.

## Ausschreibung eines VEF-Standorts

Die Teilnehmer am arztbegleiteten Patiententransport sind nach Art. 13 Abs. 3 BayRDG zu beauftragen. Bei dem Auswahlverfahren hat der jeweils zuständige Zweckverband die Grundsätze der Transparenz und der Gleichbehandlung zu wahren. Eine heimliche Direktbeauftragung eines VEF-Standorts an eine willkürliche Hilfsorganisation ist daher nicht möglich.

Unter Beachtung von Art. 2 der Vergabekoordinierungsrichtlinie 2004/18/EG haben öffentliche Auftraggeber alle Wirtschaftsteilnehmer gleich und nicht diskriminierend zu behandeln und transparent zu verfahren. Regelmäßig besteht ein grenzüberschreitendes Interesse ausländischer Wirtschaftsteilnehmer an den Verfahren. Die Zweckverbände haben daher eine etwaige Veröffentlichungspflicht im elektronischen Amtsblatt der EU zu beachten.

Aktuell sind einige Verfahren noch nicht entschieden, die sowohl die Art und Weise der Auswahlverfahren als auch deren Reichweite betreffen. Das Hilfsorganisationenprivileg in Art. 13 Abs. 1 BayRDG ist Inhalt einer vor dem Bayerischen Verfassungsgerichtshof anhängigen Klage.

## Fazit für die Praxis

**Die gesetzliche Regelung des arztbegleiteten Patiententransports war längst überfällig, ist jedoch nicht in jedem Fall befriedigend gelöst. Wie sich die Praxis hierauf einstellen wird, bleibt weiter abzuwarten. Die besondere Qualifikation des Verlegungsarztes als Notarzt mit besonderen Fähigkeiten und Kenntnissen ist auf jeden Fall zu begrüßen. Das Anforderungsprofil ist zukünftig möglichst in der Weiterbildungsordnung näher zu konkretisieren.**

**Die gesetzliche Regelung des arztbegleiteten Patiententransports war längst überfällig**

<sup>9</sup> Umfassende Darstellung bei Nimis, NZV 2009, 582 ff.; Cimolino/Dickmann, NZV 2008, 118 ff.  
<sup>10</sup> Vgl. BGH MedR 2003, 455; 2005, 162; BeckOK-Reinert § 839 Rn. 21; Lissel 2006 Rn. 215 ff.

<sup>11</sup> Vgl. auch Bay. Lt. DS 15/10391 S. 36.

<sup>12</sup> BayVGH, Beschl. v. 25.3.09, Az. M 17 E 09.729.

<sup>8</sup> OVG Lüneburg, BeckRS 97, 22158.

Allein die lange Anfahrtszeit des VEF von bis zu 1 h oder darüber hinaus, rechtfertigt nicht per se den vorrangigen Einsatz eines NEF, zumal das VEF ebenfalls Sonderrechte nach § 35 Abs. 5a StVO in Anspruch nehmen kann. Der jeweilige Disponent tut gut daran, sich vorab bei dem anfordernden Krankenhaus über die Dringlichkeit des Transports zu erkundigen. Den Schwierigkeiten hinsichtlich der eingesetzten Medizinprodukte ist dadurch zu begegnen, jedenfalls die Unterweisung der Verlegungsärzte im Umgang mit dem eingesetzten Equipment zwingend sicherzustellen.

Der Vorteil des VEF liegt jedenfalls in seinen gegenüber dem Einsatz eines ITW oder ITH niedrigeren Kosten. Die entscheidenden Kliniken werden entlastet; sie müssen grundsätzlich keine Krankenhausärzte mehr für den Transport stellen. Notärzte sind nicht mehr durch lange Verlegungsfahrten gebunden. Ob der Verlegungsarzt im Rendezvous-System dennoch praktisch Sinn macht, wird sich noch zeigen. Der demographische Wandel und die schon jetzt schwindende Ärztezahl wird auch vor den Verlegungsärzten keinen Halt machen. Ob Verlegungsärzte ähnlich den Notärzten für diesen Dienst zu motivieren sind, wird wesentlich von der Attraktivität des Berufsbildes, des Standorts und der Vergütung abhängen. Wichtig ist, dass die Leitstellen sich ihrer Aufgabe bewusst werden und jeweils das geeignete Einsatzmittel entsenden: Dies ist bei Verlegungsfahrten nicht mehr der Notarzt. Nur so kann geprüft werden, ob zukünftig nicht weitere ITW- und NEF-Standorte dem Rendezvous-System mit Verlegungsarzt vorzuziehen sind.

### Korrespondenzadresse

**Dr. A. Staufer**

Finck Althaus Sigl & Partner  
Nußbaumstr. 12, 80336 München  
staufer@finck-partner.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Deutsches Reanimationsregister – Aktuelle Neuerungen

Das Deutsche Reanimationsregister, welches seit 2007 unter der Organisation der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) als Instrument zur Qualitätssicherung bei Reanimationsmaßnahmen allen Rettungsdiensten und Kliniken in Deutschland zur Verfügung steht, hat im April 2011 einige Aktualisierungen erfahren. Zentrale Elemente der Aktualisierung waren die Anpassung an neue Empfehlungen, die Rückmeldungen der Teilnehmer und Erweiterung der Thematik.

Das Deutsche Reanimationsregister erfasst demnach die Daten von Patienten nach:

1. plötzlichem Herztod außerhalb der Klinik,
2. nach außerklinischem Kreislaufstillstand anderer Ursachen,
3. nach innerklinischem Kreislaufstillstand, sowie zukünftig auch
4. die Daten der innerklinischen Notfallversorgung, zur Vermeidung eines Herz-Kreislaufstillstandes.

Die ab 2012 geltenden neuen Datensätze für die Erfassung der Erstversorgung, der innerklinischen Weiterversorgung und des Langzeitverlaufs nach Kreislaufstillstand wurden auf der Grundlage nationaler und internationaler Empfehlungen (MIND2 und MIND3, Utstein-Style-Protokoll, ILCOR-Reanimationsleitlinien, European Registry of Cardiac Arrest (EURECA)) entwickelt. Durch die Anpassung an die Vorgaben des neuen europäischen Reanimationsregisters (EuReCa) stehen den Teilnehmern des Deutschen Reanimationsregisters somit auch internationale Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung.

Weitere Informationen zum Reanimationsregister sowie Anmeldeunterlagen sind auf der Homepage [www.reanimationsregister.de](http://www.reanimationsregister.de) hinterlegt.

### Elektronische Patientenakte entwickelt

Die von der Ulmer Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in eigener Regie entwickelte elektronische Patientenakte (ePA) findet deutschlandweit lebhaftes Interesse bei Klinikverantwortlichen.

Die ePA-Software, entwickelt von Anwendern für Anwender, ist eng an den Anforderungen der Praxis ausgerichtet. Dabei dient die ePA als Klinik-Informationssystem nicht nur der Dokumentation, sondern auch der Organisation aller Abläufe. Bei der Entwicklung der Software wurden alle im Klinikbetrieb denkbaren Aspekte berücksichtigt, ebenso Schnittstellen zu anderen Bereichen, wie Pathologie oder Radiologie. Da viele Diagnostik-Geräte zudem digital angebunden sind, ist es auch möglich Ultraschall-Aufnahmen sofort in sehr guter Qualität am Bildschirm anzuschauen.

Die ePA stellt nicht nur Patientendaten wie Diagnosen, verabreichte Medikamente und bisherige Behandlung zur Verfügung, sondern darüber hinaus eine Vielzahl an Informationen für den Klinikbetrieb wie Bettenbelegung, Dienst- und OP-Pläne. Außerdem sind im System Hilfen für das ärztliche Personal wie Checklisten, Formulare und Routinevorgänge vom Riech- und Schmecktest bis zur kompletten Allergiediagnostik hinterlegt.

Quelle: Universitätsklinikum Ulm,  
[www.uniklinik-ulm.de](http://www.uniklinik-ulm.de)