

## **Konzeption für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario**

### **1. Grundsätzliches**

Die Länder haben in Anbetracht der aktuellen Corona-Krise erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Kapazitäten im Bereich der stationären Versorgung deutlich zu erhöhen. Dabei konnten durch vielfältige Maßnahmen sowohl die Zahl der Normal- als auch die der Intensivbetten (mit und ohne Beatmungsmöglichkeit), die auch für die Behandlung von Covid-19-Patienten bereitgestellt werden können, erheblich gesteigert werden.

Da bei einem starken Aufwachen der Lage gleichwohl eine Überforderung der Krankenhauskapazitäten insbesondere bei den Beatmungsplätzen, beispielsweise in Schwerpunktregionen oder bei einer zweiten Pandemiewelle, nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Erarbeitung einer abgestimmten Konzeption angezeigt, um im Bedarfsfall eine adäquate Patientenversorgung sicherzustellen.

Angesichts des Krankheitsbildes von Covid-19 ist im Rahmen der Lagebewältigung eine Umverteilung von insbesondere intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten sowohl im Nahbereich als auch länderübergreifend über ganz Deutschland hinweg denkbar. Das vorliegende Konzept beschreibt die hierfür vorgeplanten Maßnahmen.

### **2. Prozessbeschreibung unter Berücksichtigung der einzelnen Planungsstufen**

Der Anteil von intensivpflichtigen COVID-19 Fällen ist mit 7 bis 8 Prozent der Gesamtinfizierten relativ hoch; daher werden bei steigenden Fallzahlen die Kapazitätsgrenzen in der Intensivmedizin als erstes überschritten. Die strategische Patientenverlegung von nicht-intensivpflichtigen Fällen ist daher sekundär.

#### **Planungsstufen**

- Planungsstufe grün = Normalsituation; Regel-Verlegungsbedarf; KH sind aufnahmefähig
- Planungsstufe gelb = aufwachsende Inanspruchnahme; Verlegungen prüfen; KH sind nur bedingt aufnahmefähig
- Planungsstufe rot = abzeichnende Überlastsituation; Verlegungen sind zwingend notwendig; KH sind nicht aufnahmefähig

Unter Berücksichtigung dieser Planungsstufen stellt sich die Koordination und Durchführung des länderübergreifenden Patiententransportwie folgt dar:

- a) GRÜN: Normalsituation  
Landesinterner Patiententransport des Regelrettungsdienstes innerhalb der Regelorganisation

Die Länder halten ein flexibles, subsidiär ausgerichtetes System vor, das von bewährten Strukturen ausgeht und in einer sich zuspitzenden Lage aufwachsen kann.

Die Koordination und Steuerung der Intensivtransportmittel (inkl. der luftgebundenen Rettungsmittel) erfolgt dabei zunächst durch diejenigen Stellen, die dies auch im alltäglichen Einsatzgeschehen bewältigen. Dies schließt bereits auf dieser Stufe die überörtliche und länderübergreifende Unterstützung in Form geeigneter Rettungsmittel ein. Dies sind erprobte Strukturen, die auch in kritischen und außergewöhnlichen Einsatzlagen beibehalten werden sollen (beachte Anlage 1 mit einer Darstellung der Intensivmittel der Länder). Die Anforderung von Verlegungen erfolgt durch den abgebenden Arzt oder die abgebende Ärztin nach vorheriger Abklärung mit einem aufnehmenden Krankenhaus. Der Transport wird nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts regelhaft von derjenigen Leitstelle veranlasst, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zuständig ist. Hierbei bieten die landesspezifischen Leitstellensysteme und das bundesweite DIVI-Register oder andere IT-Lösungen Hilfestellung.

b) GELB: aufwachsende Inanspruchnahme

Um eine lokale Überlastung eines einzelnen oder mehrerer Krankenhäuser innerhalb einer Region durch einen außergewöhnlichen Patientenanstieg zu vermeiden, beobachten die Länder die Belegung ihrer Krankenhäuser. Ab einem landesspezifischen Schwellenwert entscheiden sie unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage, ob, wie viele und wohin Patientinnen und Patienten verlegt werden, um eine Überlastung zu vermeiden und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Die epidemiologische Lage auf Landes- und Bundesebene einschließlich der Entwicklungsprognose sind wesentliche Aspekte der Verlegungsstrategie. Die Länder erhalten zur bundesweiten Lageeinschätzung medizinisch/epidemiologische Lagebilder und Prognosen vom RKI selbst und der Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin am RKI. In dieser Stufe hat die landesinterne und die nachbarschaftliche Verlegung Priorität. Die Verlegung in direkte Nachbarländer erfolgt im direkten Kontakt der aufnehmenden und abgebenden Krankenhäuser; das DIVI-Register oder andere IT-Lösungen bieten hierzu notwendige Entscheidungskriterien. Der Transport wird nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts von derjenigen Leitstelle veranlasst, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zuständig ist.

Die Entscheidung welche Patientinnen und Patienten konkret zu verlegen sind, trifft die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt des abgebenden Krankenhauses. Als Grundvoraussetzungen müssen die Verlegungen immer mit einer medizinischen Indikation verknüpft und die Patienten transportstabil sein.

c) ROT: abzeichnende Überlastsituation

Deutschlandweite Verlegung bei Auslastung der lokalen und regionalen Strukturen und bundesweitem Anstieg der Infektionszahlen

Entwickelt sich eine Lage, die eine Verlegung über die Nachbarländer bzw. die angrenzenden Regionen hinaus erforderlich macht, findet ein so genanntes Kleeblatt-

prinzip Anwendung. Hierzu bilden je drei bis fünf Bundesländer ein Kleeblatt und bestimmen einen ihrer „single point of contact“ (SPOC) zu dem gemeinsamen Kleeblatt-SPOC. Die SPOCs, sollen den Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen in den Nachbarländern des Kleeblattes sowie zu den anderen Kleeblatt-SPOCs halten und operative Vorabsprachen vornehmen. Vergleiche hierzu Anlage 2 (Deutschlandkarte – Verlegungsradien). Die Aktivierung dieser Stufe ist dann notwendig, wenn mit einem regionalen oder bundesweiten Anstieg der Infektionszahlen gerechnet werden muss, welcher die vorhandenen Kapazitäten der stationären Versorgung lokal überfordert.

Die Klinikärztinnen und –ärzte werden in diesem Fall der Unterstützung im Finden aufnehmender Kliniken bedürfen. Die zuständigen Stellen und SPOCs der Länder werden im Prozess der überörtlichen Patientenverlegung durch die Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin am RKI beraten und unterstützen. Diese nutzt dabei die Informationen aus dem DIVI-Intensivregister sowie weiterer freier Quellen (bspw. Register auf Länderebene) und stellt Daten zu freien Intensivkapazitäten in anderen Regionen Deutschlands zur Verfügung, um die Identifikation möglicher Zielkliniken nach dem geschilderten Patientenzustand und anhand aktuell freier Kapazitäten zu unterstützen. Unter Einbeziehung eines Prognosetools wird die zu erwartende Auslastung in der Zielregion beurteilt, um eine Überlastung in der Zielregion zu vermeiden. Die Bereitschaft der Übernahme des Patienten / der Patientin wird bei der potentiell aufnehmenden Klinik eruiert. Diese Empfehlung wird an den verantwortlichen Arzt / die verantwortliche Ärztin der abgebenden Klinik zurückgesteuert, so dass von dort ein Arzt-Arzt-Gespräch erfolgen kann, auf dessen Grundlage über die tatsächliche Durchführung des Transports entschieden wird.

Die Transportabwicklung erfolgt über den Einsatz der SPOCs der Länder nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts von derjenigen Leistungstelle, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zuständig ist. Sofern ein entsprechender Koordinierungsbedarf auch über diese Struktur hinausgeht - dies könnte z. B. notwendig werden, wenn mehrere Patientinnen oder Patienten zeitgleich verlegt werden müssen und es hierfür auch der Einbindung von Komponenten des Bundes bedarf (vergleiche Anlage 3) - benennt der Bund das GMLZ als Kontaktstelle. Das GMLZ berät und unterstützt bei der Suche nach Transportkapazitäten entsprechend der Einbindung der Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin im Zuge der Identifikation möglicher Zielkliniken.

Wenn auch schon in den Phasen Grün und Gelb eine Koordination des Einsatzes von Ressourcen wie z. B. von Transportkapazitäten notwendig wird, können dafür die SPOCs der Länder und der Kleeblätter sowie das GMLZ als Kontaktstelle des Bundes aufgerufen und genutzt werden.

### **3. Schwellenwerte**

Schwellenwerte basieren auf epidemiologischen Daten, den belegbaren Betten basierend auf dem Intensivregister und einer Prognose der benötigten Intensivbetten mind. auf Länderebene. Die Schwellenwerte können nur Richtwerte abbilden und als Empfehlung dienen. Die

Länder sollten die konkreten Schwellenwerte unter Berücksichtigung der eigenen Gegebenheiten festlegen. Bereits ein überschrittener Schwellenwert kann das Erreichen der nächsten Planungsstufe bedingen, muss dies aber nicht. Die Entscheidung darüber, ob das Überschreiten eines Schwellenwertes tatsächlich überschritten das Erreichen der nächsten Planungsstufe indiziert, obliegt dem jeweiligen Land.

## Datengrundlage für die Schwellenwerte

- Epidemiologische Lage
  - o Dashboard zu COVID-19 mit Fallzahlen nach Bundesland und Landkreis (<https://corona.rki.de>)
  - o Täglicher Situationsbericht des RKI zu COVID-19 ([www.rki.de/covid-19](http://www.rki.de/covid-19))
- Tatsächlich betreibbare Intensivbetten mit fachärztlicher und pflegerischer Ausstattung
  - o Landesinterne Beobachtungssysteme
  - o DIVI-Intensivregister ([www.intensivregister.de](http://www.intensivregister.de))
- Prognose benötigter Intensivbetten
  - o Modellierung des RKI bis auf Landesebene; wird der AGI der AOLG und den Innenressorts zur Verfügung gestellt [Beispielmodellierung auf Bundeslandebene siehe Email RKI an AGI vom 03.04.2020]
  - o Zukünftig: über DIVI-Intensivregister bis auf Kreisebene mit täglich aktualisierter Prognose der COVID-19 Fallzahlen (Gruppe SPoCK der DIVI)

In allen 3 Planungsstufen dürfen die drei unten aufgeführten Variablen nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern nur im Zusammenhang und unter Berücksichtigung möglicher lokaler Ausbruchssituationen.

---

### - Planungsstufe 1: **Normale Ausbruchssituation – GRÜN**

- o **Epidemiologische Lage kontrollierbar**
  - Aktuelle Fallzahlen (landesweit bzw. in mehreren Kreisen < 25 Fälle/100.000 Einwohner) über 7 Tage
  - Besondere epidemiologische Ereignisse sind mit zu betrachten.
- o **Belegbare Intensivbetten ausreichend**
  - 15 % innerhalb von 24 Stunden (basierend mindestens auf DIVI-Register)
  - ITS-Aufwuchskapazität (=neu zu schaffende ITS Betten) von 10 % innerhalb von 7 Tagen
- o **Prognose benötigter Intensivbetten in den kommenden 7 Tagen**  
[Annahme 7 % - 8 % ITS pflichtig, mittlere Liegedauer von 16d, Neuerkrankungsrate]
  - modellierter Anstieg an ITS-Betten gleichbleibend oder leicht und linear steigend

---

### - Planungsstufe 2: **aufwachsende Inanspruchnahme –GELB**

- 
- **Epidemiologische Lage bedrohlich**
    - Aktuellen Fallzahlen (landesweit bzw. in mehreren Kreisen >25 Fälle /100.000 Einwohner <50 Fälle/100.000E) über 7 Tage
    - Besondere epidemiologische Ereignisse sind mit zu betrachten.
  
  - **Belegbare Intensivbetten begrenzt**
    - 10 % innerhalb von 24 Stunden (basierend auf DIVI-Register)
    - ITS-Aufwuchskapazität (=neu zu schaffende ITS Betten) von 10 % innerhalb von 7 Tagen als bisher stille Reserve
  
  - **Prognose benötigter Intensivbetten in den kommenden 7 Tagen**  
[Annahme 7 % - 8% ITS pflichtig, mittlere Liegedauer von 16d]
    - modellierter Anstieg an ITS-Betten leicht ansteigend [tendenziell linear]

---

### - Planungsstufe 3: **abzeichnende Überlastungssituation – ROT**

- **Epidemiologische Lage bedrohlich**
  - Aktuellen Fallzahlen (landesweit bzw. in mehreren Kreisen >50 Fälle/100.000E) über 7 Tage
  - Besondere epidemiologische Ereignisse sind mit zu betrachten.
  
- **Belegbare Intensivbetten zu gering**
  - 5 % innerhalb von 24 Stunden (basierend auf DIVI-Register)
  - ITS-Aufwuchskapazität (=neu zu schaffende ITS Betten) von 10 % innerhalb von 7 Tagen
  
- **Prognose benötigter Intensivbetten in den kommenden 7 Tagen**  
[Annahme 7 % - 8% ITS pflichtig, mittlere Liegedauer von 16d]
  - modellierter Anstieg an ITS-Betten stark ansteigend [tendenziell exponentiell]

## 4. Einrichtung eines Strategischen Steuerungsgremiums

Für die Bewertung der bundesweiten Gesamtlage wird ein strategische Steuerungsgremium eingerichtet. Neben den vier SPOCs gehören diesem die AOLG und der AK V mit Vertretungen aus deren Fachgremien an sowie je eine Vertreterinnen oder Vertreter des RKI, der Fachgruppe Intensivmedizin, des BMI, des BMG und BMVG an. Die AOLG und der AK V entscheiden über den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme des Strategischen Steuerungsgremiums. Neben diesen haben das BMI und das BMG hierzu ein Vorschlagsrecht.

Aus dem Strategisches Steuerungsgremium erfolgt die Bitte gegenüber dem Bund aus dem Kreise seiner Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin am RKI eine beratende Unterstützung der abgebenden Kliniken bereitzustellen und / oder mit seiner Kontaktstelle die SPOCs der Länder in der Transportabwicklung zu beraten und zu unterstützen. Auch wenn die konkrete Bitte um Amtshilfe gegenüber dem Bund grundsätzlich durch das einzelne Land abzugeben ist, kann die Abstimmung einer Einbindung der Sonderkomponenten des Bundes aus des Strategischen Steuerungsgremium empfohlen werden. Durch das Strategischen Steuerungsgremium erfolgt jedoch keine operative Steuerung. Ihm obliegt die übergeordnete strategische Steuerung.