

From: [COVRIIN <COVRIIN@rki.de>](mailto:COVRIIN@rki.de)

To: ["Eckmanns, Tim" <EckmannsT@rki.de>](mailto:EckmannsT@rki.de)

["Grabenhenrich, Linus" <GrabenhenrichL@rki.de>](mailto:GrabenhenrichL@rki.de)

[nCoV-Lage <nCoV-Lage@rki.de>](mailto:nCoV-Lage@rki.de)

Date: 7/22/2020 3:48:20 PM

Subject: Endabstimmung Kleeblattkonzept für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario

Attachments: Kleeblattkonzept\_Ablaufschema.pdf

Prozessablauf\_Phase rot.pdf

200626 Anlage 1 Intensivmittel der Länder.pdf

200626 Anlage 3 Bestand Bundesressourcen und private Anbieter.pdf

Kleeblattkonzept.pdf

---

Liebe Alle,

das von Vertretern aus AK V und AOLG entwickelte "Konzept für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario" befindet sich in der finalen Abstimmung.

Das RKI - explizit FG37, MF4, Abt.3 und IBBS - haben folgende Aufgaben:

- Bereitstellen von medizinischen/epidemiologischen Lagebildern und Prognosen durch RKI und die Fachgruppe COVRIIN (Intensivmedizin, Infektiologie, Notfallmedizin) am RKI

=> Dashboard und tägliche Situationsberichte wie etabliert

=> Prognosemodelle für ITS-Bedarf von FG37 (bis auf Landesebene) und MF4/DIVI-Register (zukünftig bis auf Kreisebene)

- DIVI-Intensivregister

=> Darstellung der Bettenkapazitäten wie vorhanden

- Beratung zur überörtlichen Patientenverlegung durch die Fachgruppe COVRIIN

=> Fachgruppe ist hierzu entscheidungsfähig

- Prognose-Tool zur erwarteten Auslastung von Zielregionen (deren KH)

=> s.o. Daten von FG37 und MF4/DIVI zum ITS-Bettenbedarf

- Beratung zu Transportkapazitäten durch die Fachgruppe COVRIIN

=> Fachgruppe ist hierzu entscheidungsfähig

- Mitwirken am Strategischen Steuerungsgremium

=> Teilnahme RKI (Vorschlag: FG37)

=> Teilnahme Fachgruppe COVRIIN (sichergestellt)

Ich werde den aktuellen Sachstand bei der nä Krisenstabsitzung erläutern.

@nCov-Lage: bitte auf Agenda setzen.

Viele Grüße

Christian

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Richardt, Peter (MI) [mailto:Peter.Richardt@mi.niedersachsen.de]

Gesendet: Mittwoch, 22. Juli 2020 14:12

An: FranzJosef.Hammerl@bmi.bund.de; 'Schröder, Hermann Prof. (IM)'; '614@bmg.bund.de';

Dirk.Rothenpieler@SenGPG.Berlin.de; silke.heinemann@bgv.hamburg.de;

akv.gsthb@inneres.bremen.de; 'Christoph.Hoepfner@SenGPG.Berlin.de'; Jan-

Thorsten.Graesner@uksh.de; Herzog, Christian; Sebastian.Petyrek@bmi.bund.de;

RolfvonUslar@bmv.g.bund.de; Korr Dr., Gerit Solveig -614 BMG; Schmidt-Jähn Brigitte (Soziales)

Cc: Birthe.Heins@inneres.bremen.de; Götz, Alexander (MI); 'GMK2020@SenGPG.Berlin.de'; MI - AKV-GST

Betreff: Endabstimmung Kleeblattkonzept

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

angefügt finden Sie die finale Version des Kleeblattkonzepts. Es wurden noch zwei inhaltliche Änderungen vorgenommen:

1. Punkt 2b letzter Absatz

Nach dem Satz „Welche Entscheidung welche Patientinnen und Patienten konkret zu verlegen sind, trifft die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt des abgebenden Krankenhauses.“ wird folgender Satz angefügt: „Als Grundvoraussetzungen müssen die Verlegungen immer mit einer medizinischen Indikation verknüpft und die Patienten transportstabil sein.“

2. Punkt 3, Datengrundlage für Schwellenwerte, Bindestrich „Tatsächliche betreibbare Intensivbetten mit fachärztlicher Ausstattung“ Zwischen den Worten „fachärztlicher“ und „Ausstattung“ sollen die Worte „und pflegerischer“ eingefügt werden.

Daneben wurde aus der Anlage 2 die Anlage 1 und umgekehrt. Anlage 2 wird aktuell noch grafisch aufbereitet und Ihnen übersandt, sobald sie vorliegt Die Einteilung der Kleeblätter wurde schon abschließend vorgenommen und stellt sich wie folgt dar:

Nord

Niedersachsen(Führung)

Bremen

Hamburg

Mecklenburg-Vorpommern

Schleswig-Holstein

Ost

Sachsen-Anhalt (Führung)

Berlin

Brandenburg

Sachsen

Thüringen

Süd

Bayern

Südwest

Rheinland-Pfalz(Führung)

Baden-Württemberg

Hessen

Saarland

West

Nordrhein-Westfalen

Sollten Sie noch Anmerkungen haben, bitte ich Sie diese bis zum T.: 27.07.2020 DS zu übermitteln. Im Anschluss daran soll das Konzept durch den AK V und im Anschluss daran durch die AOLG

beschlossen werden.

Mit besten Grüßen

Peter Richardt

Geschäftsstelle Arbeitskreis V „Feuerwehrangelegenheiten,  
Rettungswesen, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung“  
der Ständigen Konferenz der Innenminister und –senatoren der Länder

Nieders. Ministerium für Inneres und Sport

Referat 34 Brand- und Katastrophenschutz,

Kompetenzzentrum Großschadenslagen

Lavesallee 6

30169 Hannover

Tel. 0511 / 120 - 6485

Peter.Richardt@mi.niedersachsen.de <mailto:Peter.Richardt@mi.niedersachsen.de>

Von: Heins, Birthe (Senator für Inneres) <Birthe.Heins@inneres.bremen.de>

Gesendet: Dienstag, 14. Juli 2020 17:11

An: MI - AKV-GST <AKV-GST@mi.niedersachsen.de>; Richardt, Peter (MI)  
<Peter.Richardt@mi.niedersachsen.de>

Cc: Götz, Alexander (MI) <Alexander.Goetz@mi.niedersachsen.de>

Betreff: Endabstimmung Kleeblattkonzept

Guten Tag Herr Richardt,

beigefügt ist das mit den Kollegen des Institutes für Rettungs- und Notfallmedizin in Kiel abgestimmte Ablaufschema (Kleeblattkonzept\_Ablaufschema und Prozessablauf\_Phase rot).

Zu dem Kleeblattkonzept (als letzte Datei noch einmal beigefügt) sollen die Anlagen wie folgt beigefügt werden:

Anlage 1 Intensiveinsatzmittel der Länder (beigefügt)

Anlage 2 Kleeblattaufteilung (ist noch in der Abstimmung)

Anlage 3 Bestand Bundesressourcen und private Anbieter (beigefügt)

Nunmehr müsste folgendes veranlasst werden:

1. In dem Kleeblattkonzept ist an zwei Stellen redaktionell zu ändern:

- a. aus jetzt Anlage 2 wird die Anlage 1 (Seite 2)
- b. aus jetzt Anlage 1 wird die Anlage 2 (Seite 3)

2. NRW bittet noch um zwei inhaltliche Änderungen:

- a. Punkt 2b letzter Absatz

Nach dem Satz „Welche Entscheidung welche Patientinnen und Patienten konkret zu verlegen sind, trifft die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt des abgebenden Krankenhauses.“ wird folgender Satz angefügt:

„Als Grundvoraussetzungen müssen die Verlegungen immer mit einer medizinischen Indikation verknüpft und die Patienten transportstabil sein.“

b. Punkt 3, Datengrundlage für Schwellenwerte, Bindestrich „Tatsächliche betreibbare Intensivbetten mit fachärztlicher Ausstattung“

Zwischen den Worten „fachärztlicher“ und „Ausstattung“ sollen die Worte „und pflegerischer“ eingefügt werden.

3. Bezüglich der Erstellung der Anlage 2 hat sich Institut für Rettungs- und Notfallmedizin in Kiel bereit erklärt, diese Darstellung aufzubereiten. Sie benötigen dazu allerdings eine verbindliche Aussage zu den Ländern, die jeweils ein Kleeblatt darstellen werden. Würden Sie dies an folgende Adresse mit der Bitte um Erstellung der Anlage 2 senden: Marcel.Zill@uksh.de

4. Die Unterlagen sind dann an die Arbeitsgruppe (AK V, AOLG, BMI, BMG, BMVG, RKI) zu senden, damit wir die Unterlagen dann einmal abschließen können. Das Ergebnis kann dann durch AK V und AOLG beschlossen werden.

Ich bin jetzt erst einmal urlaubsbedingt abwesend. Sofern die Abstimmung im Rahmen einer TSK erfolgen soll, bitte ich möglichst um einen Termin ab 03.08.20.

Da ich meine dienstlichen Kommunikationsmittel nicht mit in den Urlaub nehmen werde, bin ich auch tatsächlich erst am 03.08.2020 wieder zu erreichen.

Mit freundlichem Gruß

Birthe Heins

---

Der Senator für Inneres

Contrescarpe 22/24, 28203 Bremen

Referat 33 – Brandschutz, Rettungswesen,

Katastrophen- und Zivilschutz

Tel: 0421/ 361-9066; Fax: 0421/496-9066

eMail: Birthe.Heins@Inneres.Bremen.de <mailto:Birthe.Heins@Inneres.Bremen.de>

## Strategisches Steuerungsgremium

AOLG, AK V mit Vertreter\*Innen aus den jeweiligen Fachgremien, Kleeblatt-SPOCs  
Vertreter\*In aus: BMI, BMG, BMVG, RKI, Fachgruppe COVRIIN (Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin)

Normal-  
situation

Aufwachsender  
Bedarf

Überlast-  
situation

Verlegungs-  
strategie

Keine spezielle

Gemäß  
Landeskonzept ab  
landesspezifischem  
Schwellenwert

Prognosen &  
Lagebilder  
durch RKI

Über Kleeblatt-SPOC

Prognosen &  
Lagebilder durch RKI;  
Beratung und Unterstützung  
durch COVRIIN

Medizinische  
Koordination

durch abgebendes  
& aufnehmendes  
Krankenhaus

durch abgebendes  
& aufnehmendes  
Krankenhaus

Unter  
Nutzung DIVI-  
Register und  
eigener IT-  
Lösungen

Empfehlung durch  
Kleeblatt-SPOC  
Entscheidung durch  
verantwortlichen  
abgebenden Arzt

Identifikation möglicher  
Zielkliniken unter Nutzung  
DIVI-Register und eigener IT-  
Lösungen; Beratung und  
Unterstützung durch COVRIIN

Transport-  
organisation

Regelverlegung  
nach Landesrecht

Regelverlegung  
nach Landesrecht

Einsatzmittelvorschlag  
durch Kleeblatt-SPOC  
Durchführung nach  
Landesrecht

Bei Bedarf Beratung und  
Unterstützung durch GMLZ  
des Bundes und COVRIIN

Operative Ebene

Strategische Ebene



# Planungsstufe 3: Abzeichnende Überlastsituation

## 1. Überregionaler Verlegebedarf wird an zuständige Leitstelle gemeldet & an Kleeblatt weitergeleitet

- Dringliche Verlegung (in max. 2 h)
- Vorgeplante Verlegung (z.B. Folgetag)
- Kapazitätsausgleich (strategische Verlegung)

Keine Notfallverlegung!

## 2. Kapazitätsabfrage gemäß Kleeblatt-SPOC

- Berücksichtigung landeseigener/regionaler Informationssysteme/  
DIVI-Intensivregister & DIVI-Prognosetool

- Unterstützung durch COVRIIN

## 3. Info an anforderndes Krankenhaus

- Zielkrankenhaus gefunden
- Kontaktaufnahme Zielkrankenhaus zu abgebendes Krankenhaus

## 4. Abklärung im Arzt-Arzt-Gespräch

- z.B. ECMO vorhanden und einsetzbar

- Bestätigung der Übernahme  
an Kleeblatt-SPOC

## 5. Einsatzmittel-Vorschlag durch Kleeblatt-SPOC an zuständige Leitstelle

- Möglichst zuständige Leitstelle des aufnehmenden Krankenhauses!
- ggf. Rücksprache mit Kontaktstelle des Bundes bzgl. Einsatz von Sonderkomponenten Bund  
& private Anbieter

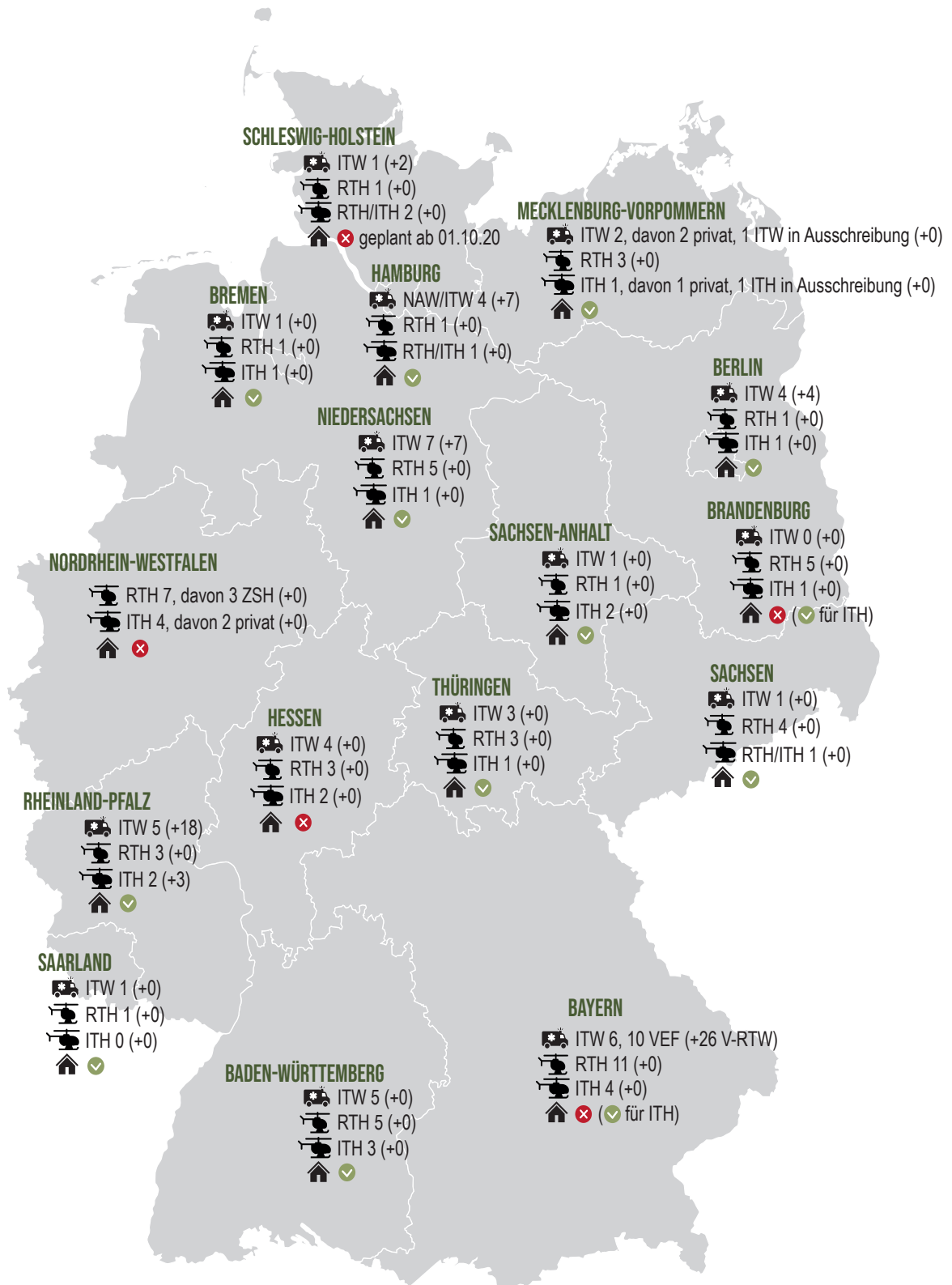
- Unterstützung durch COVRIIN

## 6. Einsatzmittel-Disposition

- Disposition des Einsatzmittels durch zuständige Leitstelle

## 7. Transportdurchführung

- ggfs. Arzt-Arzt Gespräch (abgebende – aufnehmende Klinik)
- Arzt-Arzt Gespräch (abgebende Klinik – Transportmittel)



- Anzahl Intensivtransportwagen (oder vergleichbar)
- Anzahl Rettungstransporthubschrauber (RTH)
- Anzahl Intensivtransporthubschrauber (ITH)
- landesweite Koordinierung ja nein



<sup>1</sup> die Inanspruchnahme der Ressourcen ist mit Einschränkungen (Zugausfälle usw.) verbunden

<sup>2</sup> nur in Amtshilfe, Anforderung muss über ein Bundesland erfolgen

<sup>3</sup> etwaige Einsätze bedürfen der vorherigen Abstimmung mit dem entsprechenden Anbieter

## **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 Aufwachsen 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.