

Zusammenfassung

PODCAST:

TRANSPORTVERZICHT
APRIL 2020



NORMALE
UMSTÄNDE

PANDEMIE

EXTREME
UMSTÄNDE



TRANSPORTVERZICHT

UNTER NORMALEN & BESONDEREN UMSTÄNDEN



Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass im Rettungsdienst eine sog. Transportpflicht besteht. Diese ergibt sich aus dem jeweils geltenden Rettungsdienstgesetz, für Niedersachsen ist dies exemplarisch § 2 I Nds.RDG. Außerdem ergibt sich im Übrigen eine Transportpflicht aus der Garantenstellung, §§ 13, 212ff, 223ff, 323c StGB.

Wann besteht so etwas wie eine Transportpflicht?

Eine Transportpflicht besteht immer (1),

- bei lebensbedrohlichen Verletzungen oder Erkrankungen, eine NACA V;
- bei Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erhalten, mind. eine NACA III;

NACA-Score: Vom National Advisory Committee for Aeronautics (2) entwickeltes Schema zur Klassifikation der Schwere von akuten Verletzungen oder Erkrankungen. Es empfiehlt sich unserer Meinung nach, bei der Beurteilung der NACA-Score, auf den sog. Münchener NACA-Score (3) zurückzugreifen. Hinsichtlich der Beurteilung der Vitalparameter bezieht er sich auf den Mainz Emergency Evaluation Score (MEES) (4) und zur Klassifikation der Verletzungsschwere auf den Utstein-Style (5). Das unserer Ansicht nach entscheidenste ist, dass hiernach der schlechteste Zustand des Patienten während der gesamten präklinischen Versorgung ausschlaggebend für die Einteilung auf dem NACA-Score ist.

- wenn eine ärztliche Einweisung bzw. eine ärztliche Verordnung zum Transport vorliegt. Hier besteht dann die Transportpflicht für einen qualifizierten Krankentransport (für sonstige Kranke oder Verletzte), oder aber für einen Intensivtransport (lebensbedrohlich Verletzte oder Erkrankte unter intensivmedizinischer Betreuung).

Wann besteht keine Transportpflicht?

Eine Transportpflicht besteht dann nicht, bzw. ein entsprechender Transport muss nicht durchgeführt werden, wenn

- keine ärztliche Verordnung zu einem qualifizierten Krankentransport oder Intensivtransport, oder keine ärztliche Einweisung vorliegt;
- die zuvor genannten Voraussetzungen (lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzungen, bzw. kein schwerer gesundheitlicher Schaden zu erwarten);
- die notwendige Sicherheit für das Personal und/oder den Patienten nicht gegeben ist.

Welches Transportziel muss gewählt werden?

Grundsätzlich muss ein Patient in eine geeignete Behandlungseinrichtung transportiert werden. Die Geeignetheit entscheidet sich dabei immer an dem Bild der führenden Erkrankung, oder der führenden Verletzung. Sind mehrere Verdachtsdiagnosen gegeben, so ist immer die Diagnose die führende, welche am lebensbedrohlichsten ist, sind dies wiederum mehrere und kommen von daher, unterschiedliche Zielpunkte in Betracht, ist ggf. in Rücksprache mit den unterschiedlichen Krankenhäusern, eine entsprechende Absprache zu treffen.

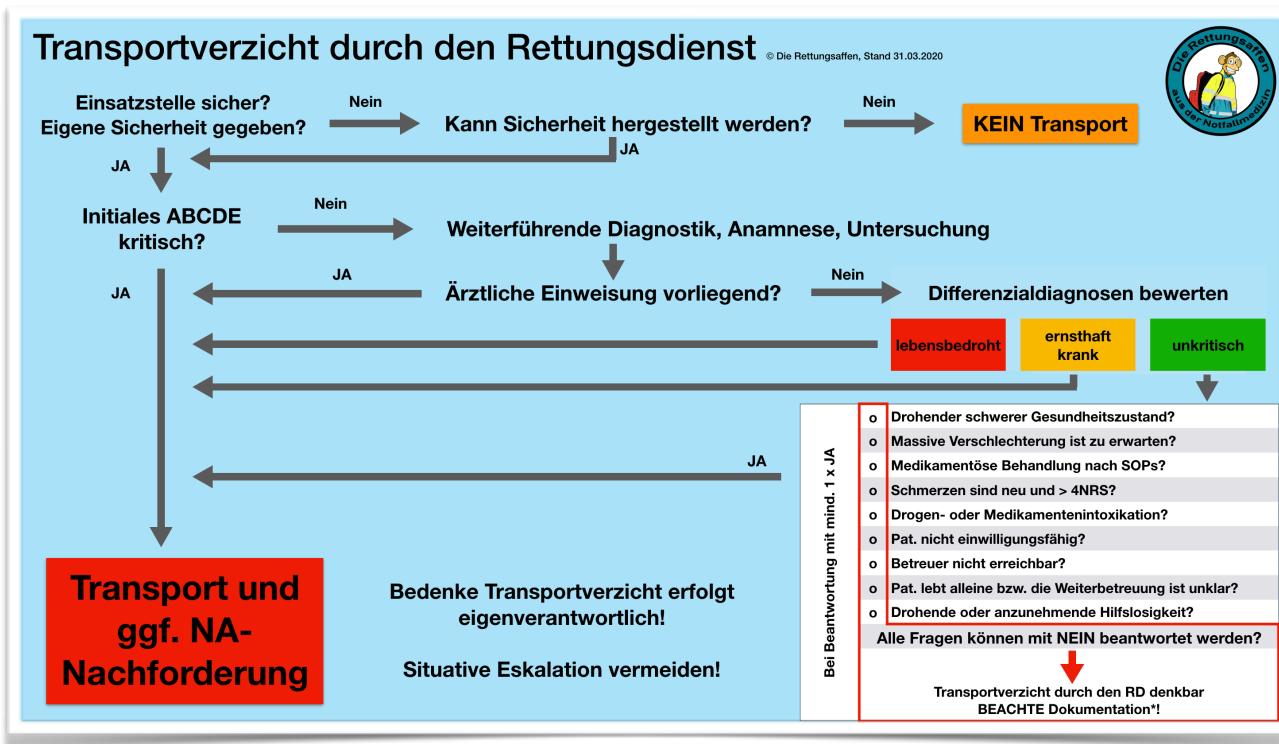
Das Transportziel im Fall einer ärztlichen Einweisung und einer dann damit u.U. verbundenen Transportanordnung, kann ärztlicherseits festgelegt werden. Dies ist jedoch nicht zwingend notwendig. Dann muss der Rettungsdienst das Ziel selbst wählen, entsprechend der erforderlichen Kriterien (Krankenhaus, andere Behandlungseinrichtung, wie z.B. Arztpraxen u.a.).

Der Patient selber hat dem Rettungsdienst im Fall des Notfalleinsatzes keine Befugnis, den Zielort zu bestimmen. Es bleibt ihm jedoch unbenommen, dann den Transport entsprechend zu verweigern, sollte er damit nicht einverstanden

Gleichwohl sollte Patient durchaus gehört und ggf. auf seine Bedürfnisse eingegangen werden.

Transportverzicht unter normalen Umständen?

Ein Taschenkarte als kleine Hilfestellung im Einsatz (6):



*Dokumentation

© Die Rettungsauffen, Stand 31.03.2020



Situationsbeschreibung

Untersuchungsergebnisse (inkl. aller erhobenen Werte)

Einschätzung

Getroffene Maßnahmen

Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit*1

Anwesende Personen (inkl. RD-Personal)

Darlegung Hilfsangebote (RD, Hausarzt, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Betreuer, Ämter, etc.)

Mit wem hatte der RD Kontakt? (Hausarzt, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Betreuer, Angehörige, etc.)

Aufklärung über Möglichkeit des jederzeitigen Wiederanrufs

Patientenzustand beim Verlassen

Uhrzeiten

*1Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit setzt ausreichende Urteils- und Entscheidungsfähigkeit voraus

Am Besten ist hierbei darauf zu achten, ob

- ein ausreichendes Informationsverständnis
- eine ausreichende Informationsverarbeitung
- eine ausreichende Bewertung erhaltenener Informationen
- eine genügende Bestimmbarkeit des eigenen Willen gegeben

Kann Urteils- und Entscheidungsfähigkeit nicht ausreichend festgestellt werden, ist im Zweifelsfall stets von der Unwirksamkeit einer Behandlungs- und Transportentscheidung auszugehen

Sicherheit:

- Die Sicherheit der Einsatzkräfte steht an oberster Stelle.
- Das Rettungspersonal darf sich zwar nicht aktiv gefährden, hat jedoch auch alles ihm Mögliche zu tun, die Sicherheit herzustellen (z.B. Anlage von Infektionsschutz, Beseitigung von Gefahrenquellen - nötigenfalls unter Zuhilfenahme von weiteren Kräften). Ist die Sicherheit gleichwohl nicht herzustellen, kann kein Transport durchgeführt werden. Das aber bedeutet, dass weitere Maßnahmen erfolgen müssen.

Primary und Secondary Survey

- Unabhängig von der Situation, ist in jedem Fall ein gründliches ABCDE durchzuführen.
- Sammeln von Differenzialdiagnosen
- Anamnese, Untersuchung und Monitoring sind ebenfalls wesentliche Bausteine, um am Ende die Differenzialdiagnosen vernünftig ausschließen zu können..
- Die Einteilung des Patientenzustandes in lebensbedroht, kritisch krank und unkritisch ist eine entscheidende Grundlage, um seitens des Rettungsdienstes über einen Transportverzicht nachdenken zu können

Lebensbedroht

- alles \geq IV NACA-Score
- hier wird sich vernünftigerweise für das nichtärztliche Fachpersonal niemals die Frage des Transportverzichts stellen.
- ggf. NA - Nachforderung

Ernsthaft krank

- alles \geq II NACA-Score, idR. wird man jedoch dazu kommen, dass \geq III NACA-Score eher anzunehmen ist
- unter normalen Umständen wird man als nichtärztliches Fachpersonal eher kaum auf den Gedanken kommen können, bei der Einteilung ernsthaft krank, dem Transportwunsch des Patienten nicht nachkommen zu wollen. Was anderes kann ist indes sein, wenn der Patient nicht möchte, das allerdings wäre dann eine Transportverweigerung.

Unkritisch

- alles \leq II NACA-Score
- Hier wird sich vernünftigerweise für das nichtärztliche Fachpersonal niemals die Frage des Transportverzichts stellen.
- ggf. NA - Nachforderung

Anmerkung: Grundsätzlich halten wir die Münchener NACA-Score für am effektivsten, hinsichtlich der Einteilung zuvor, ist jedoch angeraten, den Zustand des Patienten am Ende, also kurz bevor man wieder fahren würde, denn so sind durchaus Situationen/Einsätze denkbar, welche zwar insgesamt eine IV NACA-Score aufgewiesen haben, aber im Verlauf sich verbessert haben (z.B. die Unterzuckerung, welche durchaus eine IV, oder sogar eine V darstellen, aber durch Intervention zu einer I oder II sich verbessert haben kann; WICHTIG ist gerade hierbei jedoch, sofern über ein Transportverzicht nachgedacht werden sollte, dass gerade eine Suizidalität auszuschließen ist).

Wenn alle weiteren Fragen (siehe Taschenkarten 1. Seite) tatsächlich mit nein beantwortet werden konnten, kann über einen Transportverzicht nachgedacht werden

CAVE: Dies erfolgt aber idR. eigenverantwortlich.

Dh. es muss alles Mögliche ausgeschlossen worden sein, es darf auch kein vernünftiger Zweifel zurückbleiben.

Das grundsätzliche Ziel sollte jedoch sein, immer eine einvernehmliche Lösung mit dem Patienten zu finden.

Dokumentation:

- wie im Prinzip in jedem Einsatz, das A und O
- ebenso wie bei der Transportverweigerung ist auf eine genaue, ausführliche und vor nachvollziehbare Dokumentation zu achten.

Wer kann einen Transportverzicht erklären?

- ***Der Leitstellendisponent***
- ***Fahrzeugführer des Rettungswagens / Krankentransportwagen***

- bei ärztlichen Einweisungen und einer entsprechenden Transportverordnung kann weder der Disponent noch der Fahrzeugführer RTW/KTW einen Verzicht erklären

! Außer: Die Sicherheit ist nicht gegeben, das aber dürfte vermutlich nur in den seltensten Fällen bereits der Disponent abschließend beurteilen können.

• **Der Notarzt**

- Es gelten hinsichtlich der Anforderungen keine anderen Bedingungen.
- Ein Transportverzicht bei einer Einschätzung als „ernsthaft krank“, kann durch einen Notarzt ggf. erklärt werden. Allerdings sollte dies stets wohl und gründlich überlegt sein, da die Haftung für diesen ebenfalls gegeben ist. Unter normalen Umständen dürfte es auch nicht angezeigt erscheinen, in diesem Fällen eine erhöhte Haftungsrisiko einzugehen.

Ansonsten können alle drei Gruppen grundsätzlich den Transportverzicht erklären.

(CAVE) Richtigerweise jedoch nur dann, wenn mit hinreichender Sicherheit das Vorliegen eines „Notfallpatienten“ (im Unterschied zu sonstigen Kranken, Verletzten oder Hilfsbedürftigen) ausgeschlossen werden konnte.

- Beurteilungsmaßstab ist im Rettungsdienst in der Regel die grobe Fahrlässigkeit, zumindest hinsichtlich der zivilrechtlichen Haftung.

[Grobe Fahrlässigkeit = wenn die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde, also dann, wenn schon ganz naheliegende Überlegungen nicht angestellt wurden und das nicht beachtet wurde, was im gegebenen Fall jedem einleuchten musste (Palandt, § 277 BGB RdNr. 2); selbst im Gesetz nicht definiert, wird aber so zu sehen sein.]

Eine persönliche Haftung des Rettungsdienstpersonals tritt idR. nur dann ein, wenn der Dienstherr bei entsprechenden Forderungen, dem Mitarbeiter gegenüber Regress versucht zu nehmen, dies gilt zumindest überall dort, wo der RD als hoheitliche Aufgabe ausgeführt wird und dementsprechend Ansprüche gem. § 839 BGB iVm. Art. 34 GG geltend gemacht werden müssten.

- Strafrechtlich hat sich jeder Handelnde selbst zu verantworten. Eine solche Verantwortung setzt einen rechtswidrigen und schuldenhaften Fahrlässigkeitsvorwurf voraus. Dh. u.a., dass sowohl objektiv als auch subjektiv eine Sorgfaltspflichtverletzung, aber auch eine objektive Vorhersehbarkeit des eingetretenen Schadens gegeben sein muss, dies erscheint jedoch immer dann fraglich, wenn eine gründliche Untersuchung und Bewertung erfolgte und die Dokumentation insoweit schlüssig, vollständig und nachvollziehbar ist.

Das Land Schleswig-Holstein, der DBRD und der Bundesverband ÄLRD haben Checklisten zu der hier behandelten Fragestellung entwickelt (7), worauf im Übrigen auch im NOTARZT (8) verwiesen wurde.

Transportverzicht unter extremen Umständen (z.B. im Rahmen der COVID-19 Pandemie, u.U. auch im Zusammenhang mit angespannten Einsatzlagen)

Ein Transportverzicht im Rahmen der bestehenden COVID19 Pandemie kann unter weiteren Gesichtspunkten indiziert sein. Entweder, weil eine Krankenhausbehandlung dem Patienten nicht in erster Linie helfen würde (weil die Versorgung auch ambulant erfolgen könnte), oder aber eine unmittelbare Krankenhausversorgung, aufgrund fehlender Ressourcen, überhaupt erst nicht erfolgen würde.

Denkbare Konstellation:

Die klinische Versorgung eines Patienten in einem Krankenhaus, oder auch zeitlich in mehreren gleichzeitig, kann nicht mehr adäquat und in absehbarer Zeit erfolgen, da eine absolute Aus- und Überlastung aufgrund der COVID19-Pandemie gegeben ist.

- ! Es handelt sich absolut um Ausnahmesituationen.
- ! Es kann kein grundsätzliches RICHTIG oder kein grundsätzliches FALSCH geben.
- ! Es ist immer individuell und im Einzelfall zu betrachten.
- ! Die konkrete regionale Situation ist entscheidend, nicht die globale, oder nationale.

Unkritisch

- Da ein Transportverzicht auch unter „normalen“ Umständen möglich ist, ist dies erst recht in Ausnahmesituation möglich. Die Betrachtung ändert sich nicht.
- Gleichwohl wohl ist auch hier eine vollständige Arbeit erforderlich, welche eine gründliche Dokumentation inkludiert

Ernsthaft krank

- Selbst ein Notarzt sollte unter normalen Umständen einen Transportverzicht nicht erklären, wenn die Einschätzung des Patienten vor Ort „ernsthaft krank“ ergibt.
- Die regionale Situation und die regional erreichbare Kliniken- und Versorgungsstruktur ist immer miteinzubeziehen.
- Abwägung, was ist nötig, gegenüber dem was möglich ist.
- Andere Versorgungsmöglichkeiten prüfen (z.B. Versorgung durch anderen, u.U. niedergelassenen Arzt, KBD, Pflegedienst).
- Abfrage aller verfügbaren Krankenhauskapazitäten, ggf. über die Leitstelle.
- Aber auch den eigenen „Sicherstellungsauftrag“ nicht vollständig vernachlässigen (dh. längere Transportzeiten immer gegenüber der Tatsache abwägen, dass für diese Zeit das besetzte Rettungsmittel, im Rettungsdienstbereich nicht zur Verfügung steht).
- Die Anforderungen in diesen Fällen sind höher und es bedarf einer noch genaueren Prüfung, unter Umständen kann aber ein Transportverzicht auch in solchen Situationen wirksam erklärt werden.
- **CAVE:** hohes Haftungsrisiko.

Lebensbedroht

- Unter regulären Umständen ist es NIE angezeigt und müsste ggf. sogar als vorsätzliches Handeln kategorisiert werden, würde einem, als lebensbedroht eingestuften Patienten sein Transportwunsch versagt und ein Transportverzicht erklärt werden. Erhebliche zivil, aber strafrechtliche Konsequenzen würden drohen.
- Unter besonderen, der epidemischen Lage nationaler Tragweite geschuldeten Umständen, würde sich der straf- und zivilrechtliche Beurteilungsmaßstab nur bedingt ändern.
- Fraglich könnte sein, wenn eine akute, klinische Versorgung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit z.B. bei einem stabilen Herzinfarktpatienten (klarer STEMI, bei vitaler Stabilität), ausgeschlossen zu sein scheint (z.B. kein HKL, kein freies Bett auf IMC oder ICU), ob in diesem Fall auch andere Wege denk- und gangbar sein könnten.
- Vollständige Abfrage der „erreichbaren“ Kliniken, ggf. über die Leitstelle und intervallmäßiger Wiederholung, aber auch Hubschraubertransport in andere Kliniken erwägen.

Ideensammlung:

(Die Ideenfindung und -sammlung sollte, auch wenn der Notarzt aus medizinischen Gesichtspunkten die „Einsatzleitung- und -führung“ hat, immer im Team getroffen und ausreichend diskutiert werden. Dies erscheint gerade auch im Hinblick auf ethisch uU. schwierig zu entscheidende Situationen, im Rahmen der psychosozialen Bewältigung für vorteilhaft..)

Es handelt sich hierbei nur um eine Ideensammlung von uns. Die kann erstens unendlich erweitert werden. Zweitens muss aber klar sein, dass es sich nur um Ideen handelt, nicht um verbindliche Empfehlungen.

- Medikamentöse „Notbetreuung“ selbst oder delegiert durch einen Arzt.
- Versorgung durch anderen Arzt zuhause organisieren, oder sicherstellen.
- Versorgung durch KBD.
- ggf. Notunterbringung in einem Alten-und/oder Pflegeheim.
- Im Zweifelsfall ggf. einen Notfallsanitäter mit einem Satz Ausrüstung vor Ort zu belassen (da RTW und NEF vor Ort sind, sind mind. 3 Personen aus dem Rettungsdienst und ein Notarzt vor Ort), um zumindest erstens eine medizinische Betreuung des Patienten sicherstellen zu können (mit entsprechenden, ärztlichen Delegationen versehen, zB. entsprechende BTM-Gabe, oder auch anderer, nicht freigegebener Medikamente) und zweitens nicht zwei Rettungsmittel auf einmal „aus dem Rennen nehmen“ (Der Notarzt könnte beispielsweise dann auf dem RTW mitfahren, dann als NAW).
- Entscheidend dürfte jedoch auch in dieser Konstellation sein, dass unabhängig von der konkreten Situation, immer alles das getan wird, was tatsächlich möglich ist, um dem Patienten zu helfen, bzw. dafür Sorge zu tragen, dass jener nicht „unnötig“ und vor allem nicht „übermäßig“ leiden (Schmerzen, Angst, usw) muss.
- Die Grenze dürfte auch hier erreicht sein, wo die Handlung des Notarztes nicht mehr durch, in welcher Form auch immer, rechtfertigende oder entschuldigende Umstände „straffrei“ wäre. Dh., lässt der Notarzt physisch-real durchführbare Rettungsbemühungen sein, die Motivlage ist hier weitestgehend unbedeutsam, stellt dies in aller Regel jedoch eine Verletzung der Garantenpflicht dar. Entsprechende zivil- und strafrechtliche Konsequenzen wären die Folge.

In jedem Fall sind Entscheidungen in solch einer Situation gut zu bedenken und immer mit Alternativen in Vergleich zu setzen. Es sind Situationen, die schwierig sind und immer das gesamte Team fordern.

Leitfäden (9) zu den Thema Katastrophenmedizin freizugänglich, jedoch mindestens 10 Jahre alte. Die Grundsätze und Beurteilungsgrundlagen dürften sich jedoch nicht exorbitant verändert haben. Aber auch das können Leitfäden sein und insoweit nur als „Richtschnur“ dienen.

QUELLEN

(1) Blogbeitrag: „Transportpflicht im Rettungsdienst“ - ein Gastbeitrag bei den Pin-Up-Docs in der Folge vom Januar <https://dierettungsaffen.com/2020/01/18/transportpflicht-im-rettungsdienst-ein-gastbeitrag-bei-den-pin-up-docs-in-der-folge-vom-januar/>

"titriert" Vermischtes Januar 2020 - Pin-Up-docs <http://pin-up-docs.de/2020/01/16/titriert-vermisches-januar-2020/>

Handout zu „Transportpflicht bei Transportwunsch im Rettungsdienst?“
<https://dierettungsaffen.files.wordpress.com/2020/04/die-rettungsaffen-transportpflicht-bei-transportwunsch-im-rettungsdienst-handout-korr..pdf>

(2) About The National Advisory Committee for Aeronautics <https://www.nasa.gov/ames/the-national-advisory-committee-for-aeronautics>

(3) Der Münchner NACA-Score, Eine Modifikation des NACA-Score für die präklinische Notfallmedizin, Notfall und Rettungsdienst, 02/2005, <https://www.springermedizin.de/der-muenchener-naca-score/8707440>

(4) Mainz Emergency Evaluation Score (MEES) Notfall & Rettungsmedizin 2, 380-381 (1999).
<https://doi.org/10.1007/s100490050164>

(5) Utstein-Style 2015 Revised Utstein-Style Recommended Guidelines for Uniform Reporting of Data From Drowning-Related Resuscitation, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6168199/pdf/nihms-988969.pdf>

(6) Blogbeitrag: Transportverzicht durch den Rettungsdienst - eine Taschenkarte als Hilfestellung
<https://dierettungsaffen.com/2020/04/02/transportverzicht-durch-den-rettungsdienst-eine-taschenkarte-als-hilfestellung/>

Die Rettungsaffen - Taschenkarte - Transportverzicht durch den RD (pdf-Datei) Stand 30.03.2020
<https://dierettungsaffen.com/2020/04/02/transportverzicht-durch-den-rettungsdienst-eine-taschenkarte-als-hilfestellung/>

(7) Checkliste Transportverzicht und -ablehnung <https://www.aelrd-nrw.de/wp-content/uploads/2018/05/Checkliste-Transportverzicht-2017.pdf>

Checkliste: Beförderungsverzicht / Ablehnung durch NotSan, S. 68, Muster-Algorithmen 2020 zur Umsetzung des Pyramidenprozesses im Rahmen des NotSanG <https://www.dbrd.de/images/algorithmen/AlgoDBRDV5.0Update2020.pdf>

Checkliste 38 - Beförderungsverzicht/ -ablehnung durch Notfallsanitäteralgorithmen, Seite 109 aus Algorithmen für den Rettungsdienst im Land Schleswig-Holstein gemäß §12 Abs. 2 DVO-RDG Herausgegeben von den Trägern des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein https://www.skverlag.de/fileadmin/files_content/Gesetze_und_Verordnungen/Schleswig-Holstein_Algorithmen_fuer_den_Rettungsdienst_2019.pdf

(8) Der Notarzt 2018; 34(04): 176 - 176 DOI: 10.1055/a-0651-4718 https://eref.thieme.de/ejournals/1438-8693_2018_04#/10.1055/a-0651-4718

(9) Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall 4. Auflage, Stand 2006 http://www.dgkm.org/files/downloads/katastrophenmedizin/Leitfaden_Katastrophenmedizin.pdf
Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall 5. Auflage, Stand 2010 <http://www.nokrima.de/media/12d902584f786054ffff8c77fffff1.pdf>



Hinweis: Es dürfte zwar auf der Hand liegen, aber wir wollen der guten Ordnung zu liebe nochmals darauf hinweisen, dass wir hier immer nur unsere Meinung und unsere Sicht der Dinge kundgetan haben. Zitierung erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen, Fehler können jedoch nicht ausgeschlossen werden