

# Anmerkungen und Empfehlungen zu Interhospitalverlegungen intensivmedizinischer Patienten

**In vielen Fällen müssen kritisch kranke Patienten während eines Krankenaufenthalts transportiert werden, dies geschieht meist innerhalb eines Krankenhauses als Intrahospitaltransport, beispielsweise von der Intensivstation zu einer diagnostischen Abteilung oder auch in den OP beziehungsweise zurück zur Intensivstation.**

**Auch intensivmedizinische Transporte zwischen Krankenhäusern bei einer Verlegung gehören heutzutage zum Standardrepertoire der modernen Medizin, diese Interhospitaltransporte werden auch als Sekundärtransporte intensivüberwachungs- und -behandlungspflichtiger Patienten definiert.**

## Transportrisiko

Intra- und Interhospitaltransporte weisen als vorrangiges gemeinsames Merkmal das sogenannte Transportrisiko auf, welches angemessen präventiert werden soll, hierzu gehört insbesondere eine Nutzen-Risiko-Beurteilung. In Anlehnung an Monning et al. (2020) kann das Transportrisiko als Summe aller während des Transports und der Umlagerung auf den Patienten einwirkenden, potenziell schädigenden Faktoren definiert werden. Dabei wird das Ausmaß des Transportrisikos und somit des daraus resultierenden Transporttraumas maßgeblich bestimmt durch unsichere Handlungen, inadäquate Transportbedingungen, Transportstress und den Spontanverlauf der Erkrankung.

Wilhelm & Wiegratz (2013) betonen zum Interhospitaltransport, dass jede Indikation eine Einzelfallentscheidung darstellt, bei der Nutzen und Risiken für den Patienten individuell sorgfältig abgewogen werden müssen. Dementsprechend sei es nahezu unmöglich, von einem „nichttransportfähigen“ Patienten zu sprechen, der erwartete Nutzen müsse aber in jedem Fall das eventuell hohe Risiko rechtfertigen.

Die Transportrisiken wurden in der Vergangenheit umfangreich untersucht und beschrieben (so beispielsweise Fan et al. 2006; Poloczek & Madler 2000; Sethi & Subramanian 2014), dabei wurden fünf Erfolgsfaktoren für risikominimierte Transporte herausgestellt: angemessene Indikationsstellung, angemessene Transportvorbereitung, konsequente Fortführung von Therapie und Monitoring, kompetente personelle Begleitung und ein organisatorisches Gesamtkonzept.

Auch haben verschiedene Autoren und Institutionen Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung sicherer Intra- und Interhospitaltransporte veröffentlicht (beispielsweise London Health 2014; Wallace & Ridley 1999; Warren et al. 2004 für das American College of Critical Care Medicine). Da der Kompetenz der personellen Begleitung durch spezialisierte Ärzte und Rettungsassistenten eine herausragende Bedeutung auch bei Interhospitaltransporten beizumessen ist, hat

die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) bereits 2004 bzw. 2010 Empfehlungen zur Qualifikation des ärztlichen und rettungsdienstlichen Personals formuliert.

## Verlegungsrichtung und Versorgungsqualität

Mehnert (2016) wertete 437 Interhospitaltransporte aus, die im Jahr 2011 in Hamburg durchgeführt wurden. In eine Klinik höherer Versorgungsstufe wurden dabei 72 Prozent und in eine Klinik niedrigerer Versorgungsstufe 11 Prozent der Patienten verlegt. Die verbleibenden Transporte (17 Prozent) wurden fast vollständig zwischen identischen Versorgungsstufen durchgeführt. Die festgestellte Verlegungsrate in eine niedrigere Versorgungsstufe steht mit 11 Prozent numerisch für die am wenigsten frequentierte „Verlegungsrichtung“, dabei sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung über zum Teil erhebliche Spezialisierungsgrade im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung und/oder des prolongierten Weanings verfügen können. So weist der Krankenhausplan 2019-2025 des Landes Rheinland-Pfalz auch in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sogenannte Weaningbetten aus.

Es kann also festgestellt werden, dass die Verlegung eines intensivmedizinischen Patienten von einem Krankenhaus höherer in ein Krankenhaus niedrigerer Versorgungsstufe dennoch eine Verlegung in Richtung einer angemessenen oder sogar höheren angebotenen Versorgungsqualität bedeuten kann.

Somit unterstützen solche spezialisierten Einheiten den Anspruch der Bevölkerung auf eine nach der Art und Schwere ihrer Erkrankung notwendige und qualitativ hochwertige Krankenhausleistung im bedarfsgerecht gegliederten System im Sinne des § 1 Abs. 1 und 3 Landeskrankenhausgesetz (LKG) Rheinland-Pfalz.

### Organisatorische und rechtliche Anforderungen

Bei einem intensivmedizinischen Interhospitaltransport wird ein Patient in einen anderen medizinischen und organisatorischen Verantwortungsbereich verlegt. Der Transport selbst ist dabei nur ein Teil des Verlegungsprozesses und daher führen wir nachfolgend zu (ergänzenden) übergeordneten organisatorischen und rechtlichen Anforderungen an die Interhospitalverlegung aus, die unserer Erfahrung nach noch nicht in allen Krankenhäusern angemessen berücksichtigt werden.

Da Interhospitalverlegungen in der Regel planbar sind, werden besondere Anforderungen an die Sorgfaltspflichten der Krankenhäuser zu stellen sein. Hierzu gehören beispielsweise Fragen bezüglich der Kooperation mit zuverlegenden Krankenhäusern und auch der transparenten Entscheidungsfindung inklusive ihrer Dokumentation zur Annahme beziehungsweise Ablehnung von Verlegungspatienten.

### Verlegungsgründe

Zunächst sollen die Gründe klassifiziert werden, die zur Verlegung eines Patienten von der Intensivstation eines Krankenhauses zur Intensivstation eines anderen Krankenhauses führen können. Neben der regelhaft genannten (heimatnahen) Rückverlegung ist aus unserer Sicht die Klassifikation von Duke & Green (2001) sinnvoll, da sie das formale Merkmal „Versorgungsstufe“ nicht berücksichtigt, sondern auf die erforderliche Struktur- und Prozessqualitäten abzielt und auch eine temporäre Ressourcenlimitierung berücksichtigt. Die Autoren nennen zwei Gründe:

Das abgebende Krankenhaus verfügt nicht über die erforderliche diagnostische und/oder therapeutische Expertise und/oder die dafür erforderlichen Voraussetzungen, die zur Behandlung eines Patienten erforderlich ist beziehungsweise sind.

Das abgebende Krankenhaus ist wegen Ressourcenlimitierung temporär nicht in der Lage, die für einen Intensivpatienten erforderliche Intensivtherapie zu erbringen.

Die Ressourcenlimitierung spielt als Grund für die „strategische Verlegung“ während der Coronapandemie aktuell eine besondere Rolle und daher wurden zur Senkung der Risiken für die Patienten Kriterien für eine Verlegung innerhalb Deutschlands als Empfehlungen formuliert, die den abgebenden und aufnehmenden Behandlungseinrichtungen als Anhaltspunkte für strategische Verlegungen dienen sollen (Gräsner et al. 2021; siehe dazu auch Pfenninger et al. 2021).

Doch auch schon vor der Coronapandemie spielte die Ressourcenlimitierung eine Rolle und es entspricht der Erfahrung, dass insbesondere hochspezialisierte Fachabteilungen limitierte intensivmedizinische Ressourcen bei der

Planung von Operationen in erheblichem Umfang berücksichtigen müssen. Hierzu würde dann auch die Konstellation gehören, dass beispielsweise in einer herzchirurgischen Klinik ein Patient trotz gegebener Indikation nicht operiert werden kann, weil die Intensivstation der herzchirurgischen Klinik längerfristig voll belegt ist und aus medizinischen Gründen kein Patient innerhalb des Krankenhauses verlegt werden kann (zum Beispiel auf eine andere Intensivstation, eine Intermediate Care Station oder auf eine Normalstation). Daher kann zur Sicherung der Aufnahmekapazität von Spezialversorgungseinheiten auch eine Verlegung in andere Krankenhäuser erwogen werden, sofern bestimmte Anforderungen erfüllt sind.

### Nutzen

Liegt mindestens einer der beiden vorab aufgeführten Gründe vor, so ergibt sich daraus der für den Patienten erwartete Nutzen durch die Verlegung in ein Krankenhaus, welches über erforderliche diagnostische und/oder therapeutische Expertise und/oder die dafür erforderlichen Voraussetzungen/Ressourcen verfügt. Wie bereits vorab dargestellt, stellt aber jeder Interhospitaltransport für den Patienten auch ein Risiko dar und daher ist bei jedem Patienten, für den an ein anderes Krankenhaus eine Anfrage zur Übernahme gestellt wird, eine systematische Nutzen-Risiko-Beurteilung durchzuführen, die auch die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (hier insbesondere: Risikomanagement) als sozialrechtlich verbindlichen Mindeststandard berücksichtigt.

Eine Übernahme erscheint aus Sicht des möglicherweise zu verlegenden Patienten nur dann gerechtfertigt, wenn der erwartete Nutzen das erwartete Risiko übersteigt.

Bei der Beurteilung des Nutzens bei der Nutzen-Risiko-Beurteilung sind beide Krankenhäuser gefragt: das anfragende Krankenhaus stellt die Indikation für die geplante Verlegung (also: fehlende Expertise und/oder erforderliche Voraussetzungen beziehungsweise Ressourcenlimitierung); das angefragte Krankenhaus prüft mindestens, ob es über die erforderliche Expertise und die dazu erforderlichen Voraussetzungen und Ressourcen verfügt.

Die Prüfung des potenziellen Nutzens ist also Aufgabe beider Krankenhäuser und es gibt aus unserer Sicht keine Rationale für die immer wieder anzutreffende Annahme, dass dies alleinige Aufgabe und Verantwortung des verlegenden Krankenhauses sei. Gegen diese Annahme sprechen bereits die Ausführungen von Martis & Winkhart-Martis 2018 (Rn. B 130 ff.) zum „Organisationsfehler“: „Ein Krankenhausträger muss organisatorisch gewährleisten, dass er mit dem vorhandenen ärztlichen Personal [...] seine Aufgaben nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse auch erfüllen kann.“

Die Verlegung intensivmedizinischer Patienten dient der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Zur Gewährleistung der gebotenen medizinischen Qualität und der Patientensicherheit sind dabei viele Anforderungen zu berücksichtigen.



Foto: Adobe Stock/thomaslerchphoto

Das „Qualitätsversprechen“, also die Erfüllung der für die Therapie erforderlichen Voraussetzungen, wird spätestens mit Abschluss des Krankenhausvertrags durch den Krankenhausträger des aufnehmenden Krankenhauses gegeben. Auch dieser Punkt spricht gegen die Annahme der einseitigen Verantwortung des verlegenden Krankenhauses.

### Risiko

Die Prüfung des Risikos der Verlegung ist in erster Linie eine Prüfung des Transportrisikos, zu der voran bereits ausgeführt wurde. Auch diese Prüfung sollte unserer Ansicht nach durch beide Krankenhäuser erfolgen, auch wenn die Verantwortung für die Transportentscheidung aus rechtlicher Sicht höchstwahrscheinlich bei dem verlegenden Krankenhaus liegen dürfte und die Verantwortung für die Durchführung des Transportes bei der durchführenden Organisation.

Dennoch sollte sich das (potenziell) annehmende Krankenhaus durch eigene Prüfung des Transportrisikos auch die Option zur Ablehnung der Übernahme vorbehalten. Dies kann der Fall sein, wenn das Transportrisiko an sich schon gegen den Transport spricht oder wenn das Transportrisiko den potenziellen Nutzen der Verlegung neutralisiert oder gar übersteigt.

### Aufklärung

Es dürfte dem Erwartungshorizont des Patienten entsprechen, dass das aufnehmende Krankenhaus bei Behandlungsbeginn über die für seine Behandlung erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen verfügt und als Vertragspartner seine Organisationsverpflichtungen erfüllt. Wird die Verlegung eines Intensivpatienten auf die Intensivstation eines anderen Krankenhauses geplant, so wäre zu erwarten, dass hierfür relevante und nachvollziehbare Gründe bestehen, die Verlegung in gegenseitigem Einverständnis geschieht (Warren et al. (2004) setzen „informed consent/family notification“ voraus) und dabei die Anforderungen des BGB erfüllt werden.

Die ärztliche Entscheidungsfindung hinsichtlich der Indikationsstellung zur Verlegung und auch die Auswahl eines geeigneten Zielkrankenhauses und Transportmittels sollten unter Abwägung von Risiken und geplantem Nutzen als Bestandteil der Behandlung „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards [...] erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ (§ 630a Abs. 2 BGB) Somit wäre der Behandelnde zur Aufklärung gemäß § 630c Abs. 2 S. 1 u. 2 BGB und § 630e Abs. 2 Nr. 2 und 3 BGB verpflichtet. Auch im Fall des



– beispielweise wegen einer invasiven Beatmungstherapie mit entsprechender Sedierung – einwilligungsunfähigen Patienten entfallen die aufgeführten Pflichten nicht, denn in diesem Fall „[...] ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.“ (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB)

Vom verlegenden Krankenhaus wird also eine angemessene Aufklärung unter Berücksichtigung der rechtlichen Anforderungen erwartet. In welchem Umfang das aufnehmende Krankenhaus vor der Verlegung eine Prüfung der Aufklärung durchführen muss, kann hier nicht abschließend geklärt werden, wird aber eher bezweifelt. Dem aufnehmenden Krankenhaus wird aber geraten, vor der Verlegung zumindest die Bestätigung der stattgefundenen Aufklärung vom verlegenden Krankenhaus unter Angabe des Datums, des Namens und der Funktion des aufklärenden Arztes und des Namens und ggf. der Funktion der aufgeklärten Person(en) einzufordern.

### **Exkurs: wirtschaftliches Risiko durch Verlegung?**

Ergänzend soll auf das Urteil des SG Duisburg vom 14.02.2020 (S 44 KR 379/17) eingegangen werden. Dass Verfahren, bei dem die Beteiligten über die Tragung der durch die Verlegung eines stationär behandelten Patienten verursachten Mehrkosten durch Transport und Behandlung im anderen Krankenhaus stritten, hebt auf die Indikationsstellung zur Verlegung und die Wirtschaftlichkeit ab.

Im vorliegenden Urteil wurde dem beklagten Krankenhaus nachteilig ausgelegt, dass keine kapazitiven beziehungsweise medizinischen Gründe für die Verlegung zur Weiterbehandlung festgestellt werden konnten. Interessanterweise führte das beklagte Krankenhaus die Formulierung „medizinische oder kapazitative Gründe“ ein, die somit den eingangs aufgeführten Indikationen von Duke & Green 2001 entsprechen. Aus Sicht des Gerichtes und unter Verweis auf das SGB V ist ein zugelassenes Plankrankenhaus bei seinem Versorgungsauftrag zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Gleichzeitig kann der Urteilsbegründung entnommen werden, dass es medizinische oder kapazitative Gründe für eine Verlegung durchaus geben kann, denn ansonsten würde das Fehlen eben solcher Gründe vom Gericht nicht so deutlich, wie geschehen, gewürdigt werden: „Da nicht auch nur im Ansatz ein sachlicher Grund für die Verlegung vorgetragen wurde noch sich sonst Anhaltspunkte dafür ergeben, ist der Beklagten der Entlastungsbeweis nicht gelungen. Medizinische Gründe für die Verlegung sind nicht geltend gemacht und es bestehen hierfür auch keine Anhaltspunkte. [...] Die Beklagte hat zum Fehlen von Kapazitäten jedoch weder substantiiert vorgetragen noch ergeben sich hierfür sonst Anhaltspunkte.“

Das vorliegende Urteil offenbart ein wirtschaftliches Risiko für verlegende Krankenhäuser und sollte Anlass sein, eine systematische, transparente und auf Fakten basierende

Entscheidungsfindung bezüglich der Verlegung von Patienten einzuführen beziehungsweise nachprüfbar aufrecht zu erhalten. Ein solches Verfahren kann dann auch Inhalte bezüglich der Prüfung der (potenziellen) Übernahme eines Patienten enthalten.

### **Empfehlungen**

In Ergänzung der bisherigen Ausführungen sprechen wir hinsichtlich der Übernahme intensivmedizinisch weiter zu behandelnden Patienten die folgenden Empfehlungen aus, die aus der Perspektive des angefragten – also potenziell einen Patienten übernehmenden – Krankenhauses formuliert werden:

- 1.** Gestaltung, Umsetzung und Aufrechterhaltung eines systematischen und transparenten Verfahrens zur Entscheidungsfindung inklusive einer Nutzen-Risiko-Beurteilung beim Eingang einer Anfrage zur Übernahme eines intensivmedizinischen Patienten aus einem anderen Krankenhaus.
- 2.** Das Verfahren soll alle relevanten prognostischen Faktoren berücksichtigen (Diagnose- und Therapieinformationen, aktuelle Medikation, Laborwerte etc.), die von dem anfragenden Krankenhaus zu übermitteln sind (Hinweis: dabei ist § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB zu berücksichtigen).
- 3.** Das Verfahren soll bei der internen Prüfung einer Verlegungsanfrage die pflegerische Expertise einbeziehen sowie die erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen prüfen.
- 4.** Das Verfahren soll eine Regelung hinsichtlich der Vergabe des „letzten Bettes“ der Intensivstation enthalten und auch die besonderen Anforderungen, die sich aus einer Pandemiesituation ergeben können, berücksichtigen.
- 5.** Das Verfahren soll die Angabe einer eindeutigen Verlegungsindikation unter Berücksichtigung der Gründe nach Duke & Green (2001) durch das anfragende Krankenhaus vorsehen.
- 6.** Das Verfahren soll die angemessene schriftliche Dokumentation des Entscheidungsprozesses inklusive der daran beteiligten ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und der im jeweiligen Fall formulierten Gründe für die Annahme oder Ablehnung eines Patienten vorsehen.
- 7.** Das Verfahren soll mindestens die Versicherung der schriftlichen Aufklärung des Patienten beziehungsweise seiner Angehörigen oder seines Bevollmächtigten durch das verlegende Krankenhaus vorsehen. Neben dem Datum der schriftlichen Aufklärung sind mindestens anzugeben: Datum der Aufklärung, Name und Funktion des aufklärenden Arztes sowie Name(n) und gegebenenfalls der Funktion der aufgeklärten Person(en).

**8.** Das Verfahren soll unter Einbeziehung der Krankenhausleitung beziehungsweise einer entsprechenden Stelle im Krankenhaus erstellt und als gelenktes Dokument in das Dokumentenmanagement des Krankenhauses aufgenommen werden.

**9.** Das Verfahren sollte Krankenhäusern, von denen in der Vergangenheit bereits Patienten übernommen wurden, zur Kenntnis gebracht und gegebenenfalls erläutert werden.

**10.** Das Verfahren soll eine Regelung zur Kommunikation mit dem verlegenden Krankenhaus im Falle der Non-Compliance enthalten.

**11.** Zur Förderung der Kooperation kann das Verfahren auch darlegen, welche intensivmedizinischen Qualitätsanforderungen das Krankenhaus erfüllt. Diese können beispielsweise auch durch eine entsprechende intensivmedizinische Zertifizierung dargelegt werden.

### Fazit

Die Verlegung intensivmedizinischer Patienten dient der Aufrechterhaltung und Fortsetzung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Zur Gewährleistung der gebotenen medizinischen Qualität unter Vermeidung einer Kompromittierung der Patientensicherheit sind dabei nicht nur medizinische, sondern auch organisatorische und rechtliche Anforderungen zu berücksichtigen. Hierzu empfehlen wir die Gestaltung, Umsetzung und Aufrechterhaltung eines systematischen und transparenten Verfahrens zur Entscheidungsfindung inklusive einer Nutzen-Risiko-Beurteilung bei der Anfrage zur Übernahme von Patienten aus anderen Krankenhäusern. Da ein solches Verfahren elementare Organisationspflichten des Krankenhausträgers berührt, sollte die Ausgestaltung unter Beteiligung der Krankenhausleitung erfolgen.

*Literatur bei den Autoren*

#### Die Autoren



**Prof. Dr. med. Andreas Becker**  
Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Qualitäts-, Informationssicherheits- und Risikomanagement in Krankenhäusern



Fotos: privat

**Edgar Gärtner**  
Rechtsanwalt,  
Fachanwalt für Strafrecht,  
Compliance Officer (Univ.),  
Zertifizierter Verteidiger für  
Wirtschafts- und Steuerstrafrecht (DSV)