

Aus dem Lehrbereich Allgemeinmedizin  
der Medizinischen Fakultät Homburg  
der Universität des Saarlandes

## **DISSERTATION**

# Die Schnittstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und Rettungsdienst - eine Querschnittstudie zu Status quo und Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät

2018

Vorgelegt der Medizinischen Fakultät Homburg  
der Universität des Saarlandes

von Jannis Raphael Fritz

geboren am 14.10.1992 in Villingen-Schwenningen

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Johannes Jäger

2. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Volk

# Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	1
2. Einleitung.....	2
2.1 Die allgemeinmedizinische Versorgung im betrachteten Raum.....	2
2.2 Notfallrettung.....	3
2.2.1 Die rettungsdienstliche Versorgung im betrachteten Raum.....	3
2.2.2 Die Neueinführung des Notfallsanitäters.....	5
2.3 Der Stellenwert der Notfallkompetenz bei Praxisnotfällen.....	6
2.4 Zieldefinition.....	7
3. Methoden.....	8
3.1 Der verwendete Studientyp und verwendete Fragebögen.....	8
3.2 Statistische Aufarbeitung.....	9
3.2.1 Interview mit je zwei Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen.....	9
3.2.2 Umfrage beim nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal.....	9
3.2.3 Umfrage beim ärztlichen Rettungsdienstpersonal.....	10
3.2.4 Umfrage bei hausärztlich tätigen Ärzten.....	11
3.2.5 Statistik.....	11
4. Ergebnisse.....	12
4.1 Beschreibung der Studienteilnehmer.....	12
4.1.1 Nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal.....	12
4.1.2 Ärztliches Rettungsdienstpersonal.....	13
4.1.3 Hausärztlich tätige Ärzte.....	13
4.2 Interviews mit den jeweiligen Vertretern der Berufsgruppen.....	15
4.3 Befragung des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals.....	15
4.4 Evaluation des ärztlichen Rettungsdienstpersonals.....	27
4.5 Evaluation der hausärztlich tätigen Ärzte.....	31
5. Diskussion der Ergebnisse.....	45
5.1 Diskussion der Methodik.....	45
5.2 Diskussion der Daten.....	46
5.3 Perspektive.....	49
Literaturverzeichnis.....	50
Abbildungsverzeichnis.....	53
Tabellenverzeichnis.....	54
Abkürzungsverzeichnis.....	55
Danksagung.....	57
Anhang.....	58

# 1. Zusammenfassung

Die Kooperation und Kommunikation zwischen Allgemeinmediziner, hausärztlich tätigen Internisten und Rettungsdiensten stellt einen der wichtigsten Bausteine einer unproblematischen präklinischen Versorgung von medizinischen Notfällen dar. Unter anderem aufgrund des derzeitigen Wandels in der Ausbildung von nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitern und deren Kompetenzen zeigte sich die dringende Notwendigkeit, den derzeitigen Status quo zu erfassen und möglicherweise auftretende Probleme zu beseitigen. Ziel dieser Arbeit war es deshalb, die jetzige Situation in Gänze zu erfassen und mit den jeweiligen Vertretern Lösungsstrategien für Missstände zu entwickeln.

Hierfür wurden sämtliche hausärztlich tätigen Ärzte und Rettungsdienstmitarbeiter in den Landkreisen Ortenaukreis, Freudenstadt und Rottweil zu der Thematik mittels Fragebogen befragt. Schwerpunkte des Fragebogens waren neben den demographischen Daten der Ist-Zustand von medizinischer und organisatorischer Kompetenz der jeweiligen Fachbereiche, die Einschätzung der Notwendigkeit von Veränderungen, sowie die Erfassung von Verbesserungsvorschlägen.

Es konnten insgesamt 419 Studienteilnehmer akquiriert werden. Es zeigte sich ein insgesamt positives Gesamtbild der derzeitigen Situation. Jedoch besteht vor allem im Bereich der interdisziplinären Kommunikation punktuell Verbesserungsbedarf. Als langfristige Maßnahme zur Verbesserung der derzeitigen Situation kristallisierten sich gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, ein verbessertes System für den Informationsaustausch sowie Aufklärungskampagnen über die Ressourcen des jeweils anderen Berufszweigs heraus. Diese Veränderungen sollen in enger Absprache zwischen Rettungsdienstleitern, den Ärztlichen Leitern der Rettungsdienste sowie Vertretern der Hausärzte stattfinden.

## 2. Einleitung

**„Nach unserer Überzeugung gibt es kein größeres und wirksameres Mittel zu wechselseitiger Bildung als das Zusammenarbeiten.“**

*Johann Wolfgang von Goethe*

Die enge berufliche Verbindung zwischen Rettungsdienst und Hausärzten besteht bereits seit Schaffung des modernen Rettungsdienstes in den späten 1950er Jahren. So war es in dieser Zeit ohne die heutzutage verfügbaren, in der präklinischen Versorgung geschulten Notärzte üblich, bei Notfällen Mediziner aus ihren Arztpraxen zu kritischen Einsätzen abzuholen. Eine gut funktionierende Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Rettungsdiensten bietet eine ideale Patientenversorgung und dem medizinischen Fachpersonal die Chance, fachlich voneinander zu profitieren. Die Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Rettungsdiensten ist in der Realität jedoch häufig von Spannungen geprägt<sup>1</sup>. Unterschiede in der medizinischen Ausbildung und den rechtlich zugestandenen Kompetenzen präsentieren sich oft als Reizthema. Besonders im ländlichen Raum ist der Übergang der Zuständigkeitsbereiche fließend. Umso wichtiger erscheint es, diese beiden Sektoren des Gesundheitssystems näher zu beleuchten, eventuell bestehenden Konfliktstoff zu beseitigen, die interdisziplinäre Kommunikation auszubauen und das Potential der Zusammenarbeit zu nutzen. Im Folgenden wird die Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten der hausärztlichen Grundversorgung und Rettungsdiensten in den Landkreisen Ortenaukreis, Freudenstadt und Rottweil (zusammen erweitertes Kinzigtal) näher betrachtet. Dazu wurden eine Querschnittstudie durchgeführt und Verbesserungsvorschläge der derzeitigen Situation ausgearbeitet.

### 2.1 Die allgemeinmedizinische Versorgung im betrachteten Raum

In den Landkreisen Ortenaukreis, Freudenstadt und Rottweil sind laut Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg derzeit 442 Ärzte niedergelassen (Stand 2017), welche die hausärztliche Betreuung der Patienten gewährleisten<sup>2</sup>. Davon sind 284 Ärzte im Ortenaukreis niedergelassen, 71 im Landkreis Freudenstadt und 87 im Landkreis Rottweil. Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von insgesamt etwa 662.000 Einwohnern<sup>3 4 5</sup> einem Verhältnis von etwa einem Hausarzt auf etwa 1500 Einwohner. Etwa 20 Prozent

der Bevölkerung sind 65 Jahre alt oder älter, was in etwa dem Bundesdurchschnitt von 21% entspricht<sup>6</sup>. Die Hausärzte im betrachteten Raum weisen eine ähnliche Altersverteilung auf; 241 von insgesamt 442 Ärzten sind 55 Jahre alt oder älter<sup>7</sup>, das entspricht 54,52 Prozent. Eine große Herausforderung für die hausärztliche Versorgung stellt hier die Ländlichkeit des betrachteten Gebiets dar. Lange Wegstrecken und im Winter teilweise schwer zu erreichende, entlegene Gehöfte kosten niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten wie auch Rettungsdienste viel Zeit für die Anfahrt zu den Patienten. In dringenden medizinischen Angelegenheiten außerhalb der regulären Praxiszeiten steht ein ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung. Dieser wird im Ortenaukreis seit dem 01.07.2013 zentral von Offenburg aus organisiert und setzt sich zusammen aus allgemeinmedizinisch geschulten Ärzten aus der Region, welche Hausbesuche ausführen, und insgesamt fünf Notfallpraxen, zu denen Patienten ohne Termin erscheinen können<sup>8</sup>. Die Standorte befinden sich in Achern, Lahr, Offenburg (eine Notfallpraxis für Kinder und eine für Erwachsene) und in Wolfach. Im Landkreis Freudenstadt stehen zwei Notfallpraxen zur Verfügung. Am Standort Freudenstadt selbst befindet sich eine Notfallpraxis für Kinder sowie eine Notfallpraxis für Erwachsene. Im Landkreis Rottweil stehen die Standorte Oberndorf und Rottweil selbst zur Verfügung.

Auch im Katastrophenschutz sind viele niedergelassenen Ärzte engagiert und stehen so bei Großschadensereignissen als Erstversorger zur Verfügung. Hier sieht man den hohen Stellenwert, den die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Medizinern und Rettungsdienst besitzt. Für schwere Verletzungen und lebensbedrohliche Situationen steht rund um die Uhr der Rettungsdienst zur Verfügung. Da die Integrierten Leitstellen Ortenau, Rottweil und Freudenstadt für die gesamte nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr zuständig sind, laufen hier die Notrufe für den Rettungsdienst und die Notrufe für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zusammen. Der zuständige Disponent kann durch diese Gegebenheiten das geeignete Rettungsmittel alarmieren.

## **2.2 Notfallrettung**

### **2.2.1 Die rettungsdienstliche Versorgung im betrachteten Raum**

Im betrachteten Gebiet der Landkreise Rottweil, Freudenstadt und Ortenaukreis wird die Aufgabe der Notfallrettung des Regelrettungsdienstes hauptsächlich von der Hilfsorganisation „Deutsches Rotes Kreuz“ gewährleistet. In Freudenstadt gibt es außerdem

eine Rettungswache des „Malteser Hilfsdienstes Stuttgart“. Der private Anbieter „gem. Gesellschaft für Mobile Medizinische Dienste mbH, momeD“ stellt in Lahr (Ortenaukreis) zwei Rettungs- bzw. Intensivtransportwagen (RTW/ITW) für Interhospitaltransfers sowie zwei Krankentransportwagen (KTW) für den qualifizierten Krankentransport von Nichtnotfall-Patienten. Die ebenfalls private MEDIE Ambulanz GbR ist am Standort Sasbach (Ortenaukreis) mit drei Krankentransportwagen ebenfalls am qualifizierten Krankentransport beteiligt. In Abbildung 1 sind sämtliche Rettungswachen des Deutschen Roten Kreuzes auf der Übersichtskarte markiert<sup>9 10 11</sup>. Mehrere Rettungswachen im selben Ort sind auf der Karte der Übersichtlichkeit halber als eine Rettungswache dargestellt.

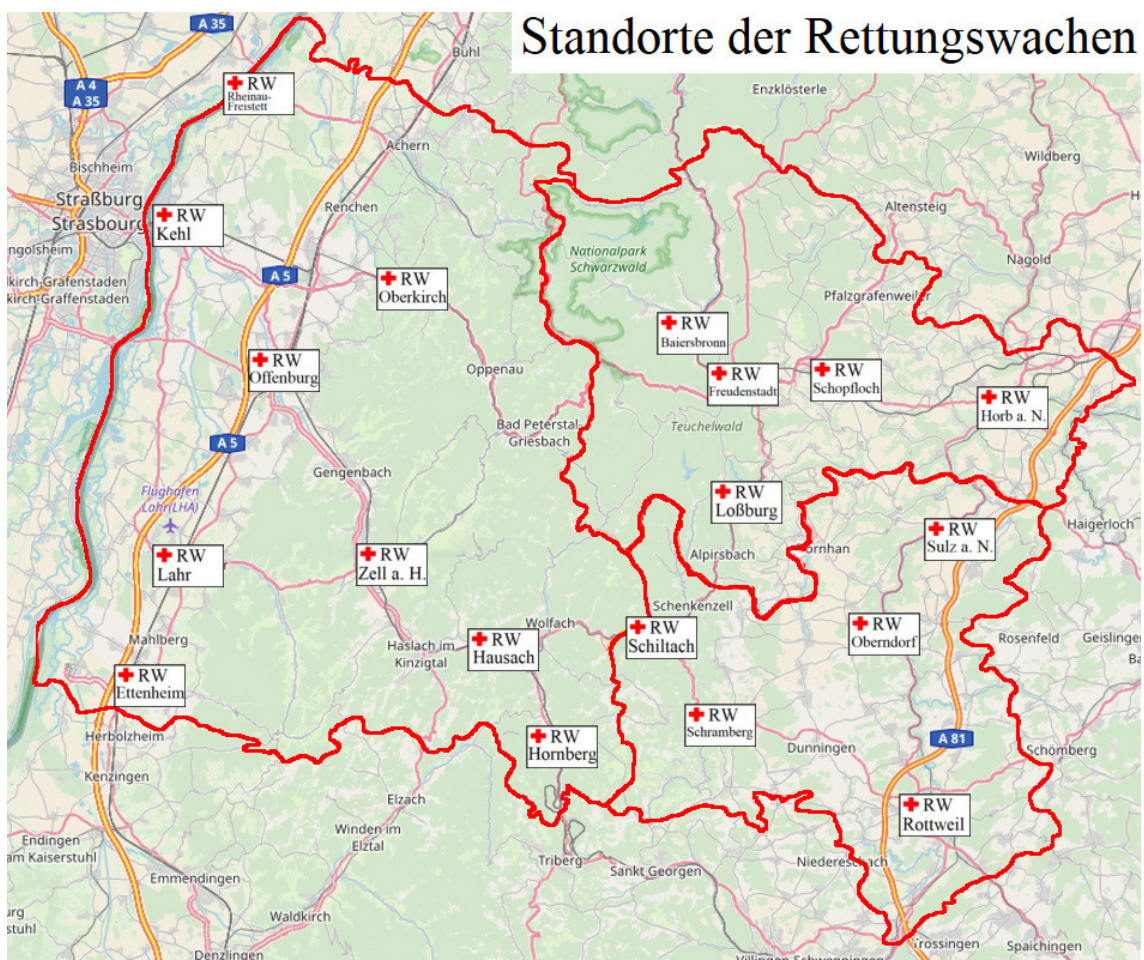


Abbildung 1: Standorte der Rettungswachen; in Baiersbronn, Lahr und Loßburg gibt es je zwei Standorte

### 2.2.2 Die Neueinführung des Notfallsanitäters

Die Notfallmedizin wird derzeit grundlegend reformiert. Das Einsatzspektrum des Rettungsdienstes hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Immer häufiger wird der Rettungsdienst beispielsweise zu nicht lebensbedrohlichen Einsätzen gerufen und fungiert hier des Öfteren als Vermittler zwischen Klinik und behandelnden Hausärzten<sup>12</sup>. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen liegt vor allem an Feiertagen sowie zu Nachtzeiten eine mangelhafte allgemeinmedizinische Grundversorgung im ländlichen Raum vor. Des Weiteren ist in der Allgemeinbevölkerung eine gewisse Unkenntnis über die genauen Ressourcen und Aufgaben des Rettungsdienstes vor Ort erkennbar. Ein weiteres Problem stellt vor allem im betrachteten Raum die Schließung einiger kommunaler Krankenhäuser dar, welche bisher als primäre Anlaufstelle bei Erkrankungen galt, welche nicht akut lebensbedrohlich, jedoch relativ zeitnah einer medizinischen Abklärung bedürfen. Auf die neuen Aufgabenbereiche zugeschnitten und mit mehr Eigenkompetenz ausgestattet wurde nun die dreijährige Berufsausbildung zum Notfallsanitäter neu eingeführt. Die Ausbildung zum Notfallsanitäter ist in dem am 01. Januar 2014 in Kraft getretenen Notfallsanitätergesetz (NotSanG) geregelt<sup>13</sup> und die Berufsbezeichnung Notfallsanitäter ersetzt nach einer 7-jährigen Übergangsfrist die Berufsbezeichnung Rettungsassistent, dessen Ausbildung im Rettungsassistentengesetz (RettAssG) geregelt war. Fraglich ist zum jetzigen Zeitpunkt, inwiefern die in §4 NotSanG Absatz 2, Satz 2c zugestandene Kompetenz zum **„Durchführen medizinischer Maßnahmen** der Erstversorgung [...] und **dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen**, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes **oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen**, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt **oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind“** auch im rettungsdienstlichen Arbeitsalltag Anwendung findet und inwiefern damit die Versorgung durch niedergelassene Allgemeinmediziner entlastet werden kann. Zumindest wird hiermit der Einsatz invasiver medizinischer Maßnahmen nicht mehr zwingend an die Nachforderung eines Notarztes gebunden und schafft so Freiraum für die Ausübung der eigenen Heilkundequalifikation. Denkbar wäre beispielsweise das Legen eines transurethralen Blasendauerkatheters bei akutem Harnverhalt, wenn die betreffende Landesrettungsschule diese Maßnahme unterrichtet hat oder aber die medizinische Abklärung eines verschlechterten Allgemeinzustands. Juristisch fragwürdig ist allerdings, inwiefern ein



Berufsausbildungsgesetz die Art und Weise der Ausübung dieses Berufs vorschreiben kann. Von vielen Juristen wird „dem NotSanG [...] jegliche Relevanz in Bezug auf rechtliche Zulässigkeit von medizinischen Maßnahmen abgesprochen“<sup>14</sup>, diese Aussage wird aber kontrovers diskutiert. Im Großen und Ganzen ergibt sich durch die Schaffung dieses neuen Ausbildungsberufs eine größere Rechtssicherheit, als das noch mit dem RettAssG der Fall war. Die Gesetzgebung auf Landesebene (Baden-Württemberg), welche unter anderem auch die Ausbildung selbst genau spezifizieren soll, steht allerdings noch aus (Stand Dezember 2017). Angestrebt ist es, alle Rettungsassistenten bis zum 31. Dezember 2020 durch Notfallsanitäter zu ersetzen. Eine 5-jährige Verlängerung der Frist bleibt im begründeten Ausnahmefall möglich.<sup>15</sup> Die letztendlich freigegebenen Maßnahmen legt die jeweilige Trägerorganisation bzw. deren Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) fest und die meisten Kompetenzen sind in strikten Leitlinien vorgegeben, so dass in vielen Notfallsituationen kaum Ermessensspielraum besteht. Somit ist je nach Freigabe von Seiten des ÄLRD eine deutliche Entlastung der niedergelassenen Allgemeinmediziner vorstellbar, was eventuell aber mit einer weiteren Belastung der Notfallrettung einhergehen könnte. Ziel ist es deshalb, eine bestmögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit zu schaffen und die Ressourcen beider Systeme zusammen zu nutzen, um beide zu entlasten und einen gegenseitigen Kompetenzgewinn anzustreben.

### **2.3 Der Stellenwert der Notfallkompetenz bei Praxisnotfällen**

Interessant an der Neueinführung der Ausbildung zum Notfallsanitäter ist nun das neue Selbst- und Fremdbild der nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter. Juristisch gesehen sind die niedergelassenen Allgemeinmediziner dem nicht-ärztlichem Fachpersonal gegenüber nach wie vor weisungsbefugt, auch wenn keine funktionelle oder organisatorische Zusammengehörigkeit besteht. Die Weisungsbefugnis des Arztes ergibt sich vielmehr aus der höheren beruflichen Qualifikation und dem Arztvorbehalt für Heileingriffe.<sup>16</sup>

Dabei spielt es keine Rolle, ob der betreffende Allgemeinmediziner notfallmedizinisch geschult ist oder nicht. Eine Ausnahme besteht allerdings, wenn der behandelnde Arzt bei der Anordnung von medizinischen Maßnahmen grob fahrlässig handelt oder das nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal die angeordnete Maßnahme nicht beherrscht. Bei diesen Konstellationen ist das nicht-ärztliche Personal juristisch angehalten, die Anord-

nung abzulehnen und den Grund für die Nichtdurchführung zu nennen. Mit der Übergabe des Patienten an die Besatzung des Rettungswagens wird auch die medizinische Verantwortung für den Patienten übergeben. Wenn sich das nicht-ärztliche Personal fachlich nicht in der Lage sieht, den Transport zu verantworten, so muss der niedergelassene Arzt den Transport begleiten oder, sollte diesem, aus welchem Grund auch immer, die Begleitung des Transports nicht möglich sein, ein Notarzt nachalarmiert werden. Im Idealfall fungieren niedergelassener Arzt und Rettungsdienst als eine symbiotische Einheit und nicht als Konkurrenten.

## **2.4 Zieldefinition**

In der vorliegenden Arbeit soll zunächst der Status quo der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation in den Landkreisen Freudenstadt, Ortenaukreis und Rottweil erfasst werden. Hierzu werden umfassende Evaluationen durch ärztliches und nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal sowie durch die Hausärzte im beschriebenen Gebiet durchgeführt. Die so erarbeiteten Daten werden ausgewertet und die Ergebnisse den jeweiligen Berufszweigen präsentiert. Im Gespräch mit den Rettungsdienstleitern soll nach Verbesserungsmöglichkeiten gesucht und diese dann in die Tat umgesetzt werden. Das erklärte Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Verbesserungen in der interdisziplinären präklinischen Versorgung im betrachteten Raum zu erarbeiten, welche den Patienten und darüber hinaus auch dem Rettungsdienst und den Hausärzten zugute kommen soll.

## **3. Methoden**

### **3.1 Der verwendete Studientyp und verwendete Fragebögen**

Um herauszufinden, wie gut die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Allgemeinmediziner und Rettungsdiensten zur Zeit funktioniert und wie man die Situation eventuell verbessern könnte, wurde eine deskriptive regionale Querschnittstudie mit Hilfe selbst erstellter Evaluationsbögen durchgeführt. Dabei wurden ein Fragebogen zur Befragung der niedergelassenen Mediziner und zwei Fragebögen für das Rettungsdienstpersonal (nicht-ärztlich und ärztliches Personal) erstellt. Es wurden alle 486 Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten) im Betrachtungsraum angeschrieben sowie alle nicht-ärztlichen und alle ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter des Deutschen Roten Kreuzes befragt. Sämtliche Studienteilnehmer wurden schriftlich über die Ziele der Studie sowie das Studiendesign informiert. Zusätzlich zu den jeweiligen Fragebögen wurde mit je zwei Vertretern jeder Berufsgruppe ein ausführliches Interview zum Thema geführt und ausgewertet. Die Interviews befinden sich im Anhang.

Aufgrund der Thematik bestehen die Fragebögen aus verschiedenen Fragetypen. Um einen guten Überblick über die jeweils subjektive Einschätzung der ausfüllenden Probanden zu bekommen, wurden Fragen mit einer Ordinalskala genutzt. Da aber besonders auch Verbesserungsvorschläge von Interesse waren, wurden auch Freitextfragen genutzt. Dabei wurde versucht, die Befragten nicht durch tendenziöse Fragen zu beeinflussen. Hierfür wurden bei den ordinal skalierten Fragen zusätzlich zur neutralen Fragestellung wechselnde Skalenrichtungen genutzt. Im Fragebogen wurden Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- Eigene berufliche Qualifikation, Altersgruppe, Beschäftigungsverhältnis
- Einschätzung der fachlichen Kompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe
- Einschätzung des Status quo der interdisziplinären Kommunikation
- Einschätzung der gegenseitigen Wertschätzung
- Frage nach der Sinnhaftigkeit von einer Einführung zusätzlicher Fortbildungen
- Einsatzindikation von Rettungsmitteln und deren Verordnung

Um mögliche negative Auswirkungen auf eine ehrliche Meinungsabgabe zu verhindern, wurden sämtliche Fragebögen anonymisiert und auch der Herkunftsort des Befragten entfernt. Am Ende des Fragebogens wurde die Möglichkeit geboten, über den Fragebo-

gen hinausgehende Hinweise abzugeben sowie Lob und Kritik vorzubringen. Um redundante oder schwer verständliche Fragen ausfindig machen zu können, wurde ein Pretest durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde der Fragebogen einer hausärztlich tätigen Internistin sowie zwei nicht-ärztlichen Rettungsdienstangestellten vorgelegt und mit ihnen die jeweiligen Fragen durchgesprochen. Hierdurch kam es zu einigen Verbesserungsvorschlägen, welche im Fragebogen berücksichtigt wurden.

## **3.2 Statistische Aufarbeitung**

### **3.2.1 Interviews mit je zwei Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen**

Um den Bedarf einer groß angelegten Befragung zu bestätigen, wurden Interviews mit zwei ausgewählten Hausärzten, zwei nicht-ärztlichen Angestellten des Rettungsdiensts sowie mit zwei Notärzten durchgeführt. Im Einzelnen wurden hierfür Herr Marcus Auel, hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin in Hausach (Kinzigtal) und Herr Dr. med. Martin Keßler, Facharzt für Allgemeinmedizin in Haslach (Kinzigtal) als Vertreter der Hausärzte im Betrachtungsraum befragt. Das nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal war durch Herrn Patrick Hug, Rettungsassistent in Hausach (Kinzigtal) und Herrn Dominik Rapp, ebenfalls Rettungsassistent in Hausach (Kinzigtal) repräsentiert. Herr Dr. Matthias Mörsdorf, nebenberuflicher Notarzt in Hausach (Kinzigtal) und Frau Dr. Bettina Siepe, ebenfalls nebenberufliche Notärztin in Hausach (Kinzigtal) vertraten die ärztliche Seite des Rettungsdiensts. Hierfür wurde ein Fragenkatalog erstellt und dieser dann mündlich mit den Interviewpartnern durchgesprochen. Das Interview wurde mit Einverständnis der Interviewten teilweise als Tondatei aufgenommen und im Anschluss in Textform transkribiert. Die Interviews wurden mehrfach auf Verständlichkeit und Rechtschreibung geprüft. Die fertigen Transkripte wurden den Interviewten dann zur Freigabe vorgelegt. Kleinere Änderungen wurden vorgenommen und die Endfassungen von den Beteiligten freigegeben.

### **3.2.2 Umfrage beim nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal**

Zur Befragung des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals wurde auf allen Rettungswachen in den Landkreisen Freudenstadt und Ortenaukreis bei den jährlichen Fortbildungszyklen ein Fragebogen (siehe Anhang) ausgeteilt mit der Bitte, diesen anonymi-

siert auszufüllen. Im Landkreis Freudenstadt wurde der Fragebogen zusätzlich noch auf den Rettungswachen ausgelegt, um auch jenen Mitarbeitern die Teilnahme zu ermöglichen, die nicht an der Teilnehmer-begrenzten Fortbildung teilnehmen konnten. Im Landkreis Rottweil wurde der Fragebogen auf den Rettungswachen zur Verfügung gestellt. Der Befragungszeitraum zog sich bedingt durch die unterschiedlichen Zeitpunkte der Jahresfortbildungen der jeweiligen Rettungsdienstbetreiber vom 01.08.2016 bis zum 05.12.2016.. Aus Gründen der Anonymisierung wurde auf eine Angabe der Zugehörigkeit zum jeweiligen Kreisverband bewusst verzichtet. Insgesamt nahmen 143 nicht-ärztliche Mitarbeiter der Rettungsdienste bei der Befragung teil. Wie viel Prozent der Mitarbeiter das entspricht, lässt sich nicht genau feststellen, da der Personalpool der Rettungsdienste auch in unregelmäßigem Abstand tätige nebenamtliche Kräfte umfasst. Die Liste aller teilgenommenen Rettungswachen im Einzelnen befindet sich im Anhang.

### **3.2.3 Umfrage beim ärztlichen Rettungsdienstpersonal**

Für die Umfrage beim ärztlichen Personal im Rettungsdienst wurde der Fragebogen des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals als Basis für den Fragebogen für das ärztliche Personal genommen. Dieser wurde jedoch aufgrund der abweichenden Anforderung an die statistische Aufschlüsselung modifiziert. Beteiligt haben sich 22 ärztliche Mitarbeiter. Es lässt sich nicht feststellen, welchen Prozentsatz die teilnehmenden Ärzte an der Gesamtheit der Notärzte ausmachen, da die Notärzte auch von Krankenhäusern für diese Aufgabe zur Verfügung gestellt werden und somit keine definitive Zahl vorzulegen ist. Der Fragebogen befindet sich im Anhang. Das Formular wurde auf den Notarztstandorten im Landkreis Rottweil ausgelegt. In den Landkreisen Ortenaukreis und Freudenstadt wurde nach Rücksprache mit den Verantwortlichen eine Online-Befragung durchgeführt. Hierzu wurden die GrafStat-Fragebögen als HTML-Formulare über den Server der Universität Münster zur Verfügung gestellt. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 01.08.2016 bis zum 01.05.2017.

### **3.2.4 Umfrage bei hausärztlich tätigen Ärzten**

Für die Befragung der niedergelassenen Allgemeinmediziner (und hausärztlich tätigen Internisten) wurde am 22.08.2016 ein eigener, ebenfalls anonymisierter, Fragebogen erstellt und zusammen mit frankierten Rückumschlägen an alle 486 potentiellen Studienteilnehmer versandt (Hausärzte + bei der KVBW als Hausarzt gelistete Kinder- und Jugendmediziner). Von den angeschriebenen Hausärzten und laut KVBW hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendmediziner sind 317 im Ortenaukreis niedergelassen, 76 im Landkreis Freudenstadt und 93 im Landkreis Rottweil. Hierzu wurde die offizielle Liste der niedergelassenen Hausärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg genutzt (siehe Anhang). Zur statistischen Aufarbeitung wurde um Angabe von beruflicher Qualifikation (z.B. Facharzt für Allgemeinmedizin) und der jeweiligen Altersgruppe gebeten. Auf eine Auswertung nach Landkreisen wurde auch hier aus Gründen der Anonymität bewusst verzichtet. Der Fragebogen ist im Anhang zu finden. Im Zeitraum vom 24.08.2016 bis zum 01.04.2017 nahmen 252 Ärzte an der Befragung teil, 10 weitere Ärzte gaben Rückmeldung, dass sie an der Studie aus diversen Gründen nicht teilnehmen konnten. Dies ergibt eine Teilnahme-Quote von 51,85 Prozent.

### **3.2.5 Statistik**

Die Fragebögen wurden mit GrafStat Version 4.357 Bildungslizenz Ausgabe 2017 erstellt. Die Daten wurden mit GrafStat und LibreOffice Version 5.3.6.1 verarbeitet und graphisch ausgewertet. Die deskriptive Statistik wurde ebenfalls mit GrafStat durchgeführt. Die Tabellen wurden mit LibreOffice erstellt.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Beschreibung der Studienteilnehmer

#### 4.1.1 Nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal

Insgesamt nahmen 143 Angestellte der vier teilnehmenden Rettungsdienste an der Studie teil. Im Folgenden sind die teilnehmenden nicht-ärztlichen Probanden der Rettungsdienste nach Qualifikation aufgeführt (Tabelle 1):

<b>Teilnehmendes Rettungsdienstpersonal</b>		
Rettungshelfer	0	0,00%
Rettungsassistent	36	25,17%
Rettungsassistent	88	61,54%
Notfallsanitäter	16	11,19%
Rettungsassistent oder Notfallsanitäter in Ausbildung	3	2,10%
<b>[N] =</b>	<b>143</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 1: An der Studie teilnehmendes Rettungsdienstpersonal nach Qualifikation

Da in den Fragebögen auch explizit Problematiken mit bestimmten Altersgruppen abgefragt wurden, wurden die Studienteilnehmer um die Angabe ihrer jeweiligen Altersgruppe gebeten. Tabelle 2 zeigt das teilnehmende Personal aufgeschlüsselt nach dem Alter. Es handelt sich bei den Befragten um ein relativ junges Kollektiv. 46,16 Prozent der Probanden waren zum Befragungszeitpunkt 29 Jahre alt oder jünger.

<b>Teilnehmendes Rettungsdienstpersonal</b>		
24 Jahre und jünger	35	24,48%
25 – 29 Jahre	31	21,68%
30 – 34 Jahre	13	9,09%
35 – 39 Jahre	14	9,79%
40 – 44 Jahre	19	13,29%
45 – 49 Jahre	14	9,79%
50 – 54 Jahre	12	8,39%
55 – 59 Jahre	5	3,50%
60 Jahre und älter	0	0,00%
<b>[N] =</b>	<b>143</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 2: An der Studie teilnehmendes Rettungsdienstpersonal nach Altersgruppe

Ein Großteil der Probanden war zum abgefragten Zeitraum in einem hauptamtlichen Beschäftigungsverhältnis tätig (88,73%). Neben- beziehungsweise ehrenamtliche Kräfte (9,15%), sowie Auszubildende (1,59%) machten lediglich kleinere Anteile an den Befragten aus. Ein Befragter gab an, in einem sonstigen Beschäftigungsverhältnis zu stehen (0,70%).

#### 4.2.1 Ärztliches Rettungsdienstpersonal

Insgesamt nahmen 24 Notärzte der Notarztstandorte und der jeweils versorgenden Krankenhäuser teil. Im Folgenden sind die teilnehmenden Ärzte nach Qualifikation sortiert aufgeführt (Tabelle 3):

<b>Teilnehmende Notärzte</b>		
Facharzt für Anästhesie	9	37,50%
Facharzt für Innere Medizin	7	29,17%
Facharzt für Chirurgie	2	8,33%
Facharzt für Allgemeinmedizin	2	8,33%
Sonstige	4	16,67%
<b>[N] =</b>	<b>24</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 3: An der Studie teilnehmende Notärzte nach Qualifikation

Drei Notärzte gaben ihre Altersgruppe nicht an. Die Altersverteilung der verbleibenden Notärzte zeigt Tabelle 4:

<b>Teilnehmende Notärzte</b>		
24 Jahre und jünger	0	0,00%
25 – 29 Jahre	0	0,00%
30 – 34 Jahre	3	14,29%
35 – 39 Jahre	4	19,05%
40 – 44 Jahre	4	19,05%
45 – 49 Jahre	3	14,29%
50 – 54 Jahre	3	14,29%
55 – 59 Jahre	4	19,05%
60 Jahre und älter	0	0,00%
<b>[N] =</b>	<b>21</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 4: An der Studie teilnehmende Notärzte nach Altersgruppe

#### 4.1.3 Hausärztlich tätige Ärzte

Die Beteiligung an der Umfrage bei den hausärztlich tätigen Ärzten lag mit 51,85 Prozent in einem sehr guten Bereich. Insgesamt nahmen 252 hausärztlich tätige Mediziner an der Befragung teil. In Tabelle 5 sind die teilnehmenden Ärzte nach Qualifikation sortiert aufgeführt. Bei Ärzten mit mehreren Facharzttiteln wurden die jeweiligen Facharzttitel-Kombinationen in Gruppen eingeteilt. Die größte Gruppe der Befragten stellen die Fachärzte für Allgemeinmedizin ohne weiteren Facharzttitel (57,54%). Es folgen die Fachärzte für Innere Medizin ohne weiteren Facharzttitel (14,29%) und die Fachärzte für Allgemeinmedizin mit zusätzlicher Qualifikation (11,11%). Die genaue Aufschlüsselung zeigt Tabelle 5.



<b>Teilnehmende Ärzte</b>		
Facharzt für Allgemeinmedizin	145	57,54%
Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin	3	1,19%
Facharzt für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin	2	0,79%
Facharzt für Allgemeinmedizin und sonstige Qualifikation	28	11,11%
Facharzt für Innere Medizin	36	14,29%
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie	3	1,19%
Facharzt für Innere Medizin und sonstige Qualifikation	7	2,78%
Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Kinder- und Jugendmed.	1	0,40%
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	20	7,94%
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und sonstige Qualifik.	1	0,40%
Praktischer Arzt	5	1,98%
Sonstige Qualifikation	1	0,40%
<b>[N] =</b>	<b>252</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 5: An der Studie teilnehmende Hausärzte nach Qualifikation

Das Altersprofil der teilnehmenden Ärzte entspricht weitestgehend dem Altersprofil der niedergelassenen Hausärzte im betrachteten Gebiet in der Gesamtheit. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 51 Prozent der teilnehmenden Hausärzte 55 Jahre alt oder älter. Alle Hausärzte im betrachteten Raum zusammen genommen wiesen bei der Gruppe der über 55-Jährigen einen Prozentsatz von 54,65 Prozent auf (siehe auch Abschnitt 2.1). Die detaillierte Aufschlüsselung der teilnehmenden Ärzte nach Altersgruppen zeigt Tabelle 6.

<b>Teilnehmende Hausärzte</b>		
24 Jahre und jünger	0	0,00%
25 – 29 Jahre	0	0,00%
30 – 34 Jahre	1	0,40%
35 – 39 Jahre	16	6,37%
40 – 44 Jahre	15	5,98%
45 – 49 Jahre	34	13,55%
50 – 54 Jahre	57	22,71%
55 – 59 Jahre	31	12,35%
60 Jahre und älter	97	38,65%
<b>[N] =</b>	<b>251</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 6: An der Studie teilnehmende Hausärzte nach Altersgruppe

## **4.2 Interviews mit den jeweiligen Vertretern der Berufsgruppen**

Bei den geführten Interviews zeigte sich, dass bei den befragten Hausärzten im Großen und Ganzen eine Zufriedenheit über den Status quo der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst herrscht. Probleme seien danach meist individueller Natur. Die wichtigsten Angriffspunkte für eine Verbesserung der Kommunikation wurden in einer verbesserten Triage und gemeinsamen Fortbildungen gesehen.

Die Befragung des Rettungsdienstpersonals zeigte, dass die Qualität der Zusammenarbeit individuell sehr unterschiedlich ist. Mit einigen Hausärzten funktioniere die Kooperation und Kommunikation gut, mit anderen jedoch weniger gut. Vor allem mit Hausärzten, die selbst im Rettungsdienst tätig sind, gebe es bei der Zusammenarbeit keine Schwierigkeiten. Auch sei eine leichte Tendenz dahingehend zu sehen, dass junge Hausärzte oft engagierter seien, was die notfallmedizinische Fortbildung betreffe. Ein Hauptproblem sei der Einsatz von Rettungswägen bei Krankentransporten. Dies liege auf der einen Seite daran, dass zu wenige Krankentransportwagen zur Verfügung stünden und zum anderen daran, dass bei den Hausärzten Aufklärungsbedarf über die Einsatzindikation bestehe. Schulungen für Hausärzte wurden von allen begrüßt. Ein Hauptaugenmerk lag auf der Verbesserung der Kommunikation durch gegenseitiges Kennenlernen.

## **4.3 Befragung des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals**

Bei der Frage nach der medizinischen Kompetenz der hausärztlich tätigen Ärzte im Betrachtungsraum ergab sich ein Median von 3 (befriedigend). Viele Rettungsdienstfachkräfte gaben jedoch an, dass die medizinische Kompetenz der Hausärzte sehr stark schwanke. Keiner der Befragten schätzte die medizinische Kompetenz bei medizinischen Notfällen als sehr gut ein. Abbildung 2 zeigt die Bewertung im Einzelnen.

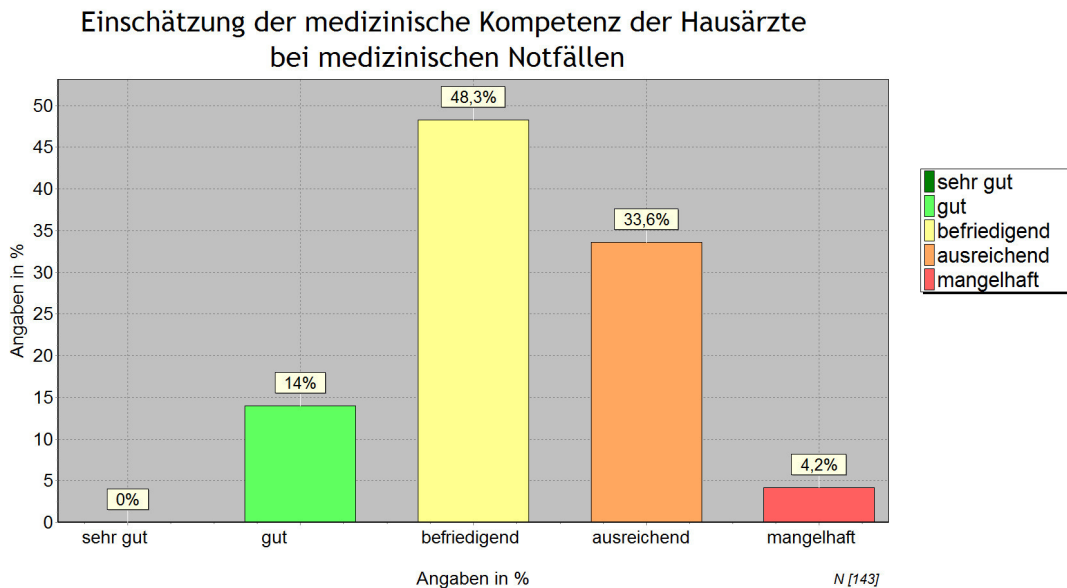


Abbildung 2: Einschätzung der medizinischen Kompetenz der Hausärzte

Bei den Freitextfragen, bei denen nach besonders positiv oder negativ hervortretenden Merkmalen gefragt wurde, sagten sechs Befragte, dass es sowohl sehr gut geschulte als auch sehr schlecht ausgebildete Ärzte gebe (u. a. Fragebögen Nummer <1/3>, <77/80>). Interessanterweise gaben neun Befragte an, dass es mit Hausärzten mit rettungsdienstlicher Erfahrung kaum zu Problemen komme (u.a. <40/43>, <41/44>, <77/80>, <135/138>). Gelobt wird vor allem, dass die Hausärzte bei Notfällen sehr zügig den Rettungsdienst alarmieren (<11/14>, <13/16>) und dass oft eine angenehme Arbeitsatmosphäre herrsche (<35/38>). Ein weiterer Punkt, der vielen Befragten wichtig zu sein scheint, ist, dass die Hausärzte ihre Patienten oft schon über einen langen Zeitraum kennen und somit der Rettungsdienst im Notfall von der erlebten Anamnese profitieren könne (u.a. <48/51>, <50/53>). Es sind viele der Befragten der Meinung, dass die medizinische Kompetenz bei einigen Hausärzten sehr gut sei und dass auch die Übergaben von hoher Qualität seien (u.a. <16/19>, <54/57>, <66/69>). Andererseits sagten 12 Befragte, dass die Qualität der Übergaben mangelhaft sei oder sogar gar keine ärztlichen Übergaben durchgeführt wurden (u.a. <13/16>, <31/34>, <45/48>). Die Wahrnehmung, welches Verhalten im medizinischen Notfall angebracht ist, scheint zu differieren. Immerhin zwei Befragte gaben an, dass sie es schätzten, dass die Hausärzte sich bei der Versorgung der Patienten weitestgehend im Hintergrund halten (<53/56>, <133/136>), wohingegen andere Befragte es zu schätzen gewusst hätten, wenn der Hausarzt auch bei der Behandlung anwesend und mitbeteiligt gewesen wäre. Vor allem

bei telefonischen Einweisungen wurde diesbezüglich kritisiert, dass sich die behandelnden Hausärzte zu oft keinen persönlichen Eindruck vom Patienten verschafft hätten (u.a. <40/43>, <53/56>, <54/57>). Ein weiterer Kritikpunkt war die als mangelhaft wahrgenommene Leitlinienkenntnis und -einhaltung, dies nahmen insgesamt 13 Rettungsdienstfachkräfte in den Freitextfragen so wahr (<48/51>, <56/59>, <104/107>). Einen generellen Kompetenzmangel in Notfallsituationen bescheinigten den Hausärzten 46 Befragte. Auch war es der Wunsch vieler Befragten, dass die Hausärzte schon vor dem Eintreffen der Einsatzkräfte Erstmaßnahmen ergreifen. Dies war laut den gegebenen Antworten bisher eher selten der Fall (<83/86>, <126/129>). Die organisatorische Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen wurde ähnlich wie die medizinische Kompetenz bei Notfällen bewertet. Auch hier ergab sich ein Median von 3 (befriedigend). Hier vergab ebenfalls keiner der Befragten den Hausärzten die Schulnote 1 (sehr gut). Abbildung 3 zeigt die Einschätzung im Einzelnen.

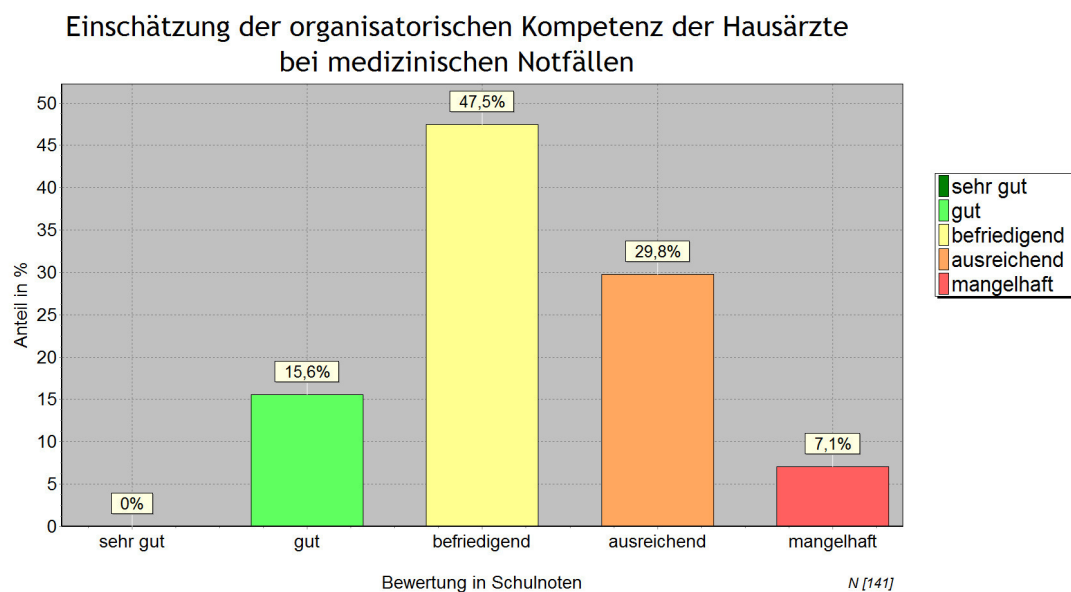


Abbildung 3: Einschätzung der organisatorischen Kompetenz der Hausärzte

Als besonders positiv wurde vor allem hervorgehoben, dass beim Eintreffen der Rettungskräfte in den meisten Fällen bereits alle notwendigen Unterlagen, also Verordnung einer Krankenförderung, aktueller Medikamentenplan und Arztbriefe, unaufgefordert gerichtet wurden und direkt mitgenommen werden konnten. Dies gaben 15 Befragte an (u.a. <52/55>, <87/90>, <130/133>). Auch die frühzeitige Alarmierung des Rettungsdienstes sowie die korrekte Anmeldung im jeweils geeigneten Krankenhaus wurde von

einigen Rettungsdienstfachkräften gelobt (<45/48>, <121/124>, <130/133>). Dagegen gaben 16 Befragten an, die Wahl des richtigen Krankenhauses würde selten erfolgen und die Patienten wären nicht angemeldet worden. Die apparate-technische Ausstattung vieler Praxen wurde darüber hinaus als sehr positiv empfunden (<81/84>, <90/93>). Die Wahl des jeweils geeigneten Rettungsmittels scheint manchen Ärzten sehr gut zu gelingen (<69/72>), anderen jedoch nicht (<30/33>, <78/81>). Hier wird vor allem beanstandet, dass zu oft bei medizinisch unkritischen Patienten ein Rettungswagen angefordert werde, obwohl laut der Aussage der Befragten ein Krankentransportwagen ausreichen würde. Auch die medizinische Kompetenz der jeweiligen Rettungsdienstqualifikationen wird als oft unbekannt wahrgenommen (<4/7>). Einige der Befragten gaben an, sie würden sich nicht wertgeschätzt und teilweise „als Mensch niederer Klasse“ (<121/124>) fühlen. Hin und wieder komme es laut Befragten auch zu einer Unterschätzung der Einsatzbrisanz, so wurde beispielsweise bei einigen Einsätzen lediglich ein Rettungswagen und kein Notarzt alarmiert, obwohl dies dringend indiziert gewesen wäre (<60/63>). Einer der Hauptkritikpunkte des Rettungsdienstfachpersonals war, dass die Hausärzte im Betrachtungsraum bei medizinischen Notfällen im heimischen Bereich der Patienten entweder gar nicht zum Patienten gefahren seien oder wenn doch, den Einsatzort noch vor Eintreffen des Rettungsdienstes wieder verlassen hätten (u.a. <41/44>, <58/61>, <120/123>).

Etwas besser als die Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen wurde die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Hausärzten bei medizinischen Notfällen eingeschätzt. Immerhin zwei Befragte (1,4%) bewerteten diese als sehr gut. Die relative Mehrheit bewertete die interdisziplinäre Kommunikation mit befriedigend. Der Median liegt bei der Schulnote 3 (befriedigend). Es wurde oft hervorgehoben, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation gut funktioniere und ein Teamgefühl vorhanden sei (<126/129>). Das sei vor allem dann der Fall, wenn der Hausarzt über rettungsdienstliche Erfahrung verfüge.

Im Regelbetrieb der hausärztlichen Praxen, also bei geplanten Krankentransporten, sieht die Bewertung etwas schlechter aus. Hier liegt der Median nur bei der Schulnote 4 (ausreichend). Abbildung 4 zeigt die Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation im Notfall im Vergleich zur interdisziplinären Kommunikation im Regelbetrieb.

## Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienst

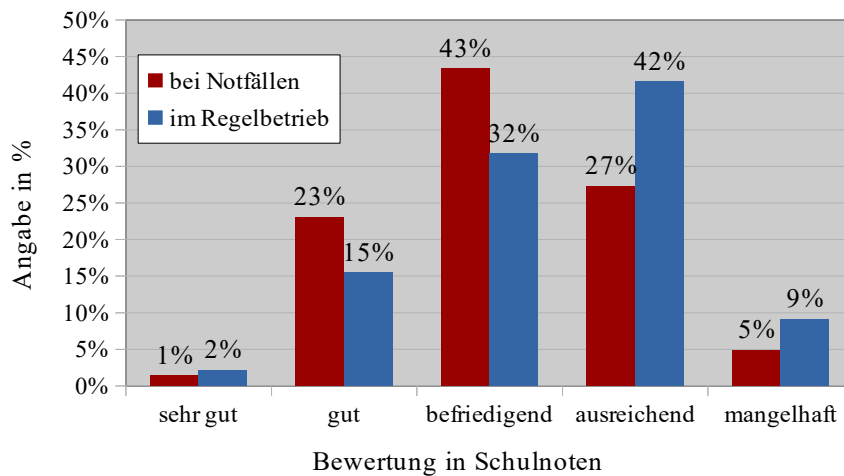


Abbildung 4: Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation im Vergleich

In den Freitexten wird vor allem bemängelt, dass das Rettungsdienstfachpersonal nicht seiner Qualifikation entsprechend behandelt würde (<121/124>). Der Rettungsdienst würde oft lediglich „als Sanka-Fahrer eingestuft“ (<53/56>). Dies spiegelt sich auch in der Analyse der Frage nach dem Gefühl der Wertschätzung wider. Acht der Befragten (5,63%) fühlten sich von den Hausärzten überhaupt nicht wertgeschätzt. Andererseits fühlten sich aber auch 31 Befragte eher oder sogar sehr wertgeschätzt (19,72% bzw. 2,11%). Die relative Mehrheit gibt an, dass kein Ausschlag in eine Richtung zu vermerken sei. In den Freitexten war hierzu zu lesen, dass die Anerkennung des Rettungsdienstpersonals je nach Hausarzt sehr unterschiedlich sei. Auch hier wurde angegeben, dass diese besonders groß sei, wenn der Hausarzt rettungsdienstliche Erfahrung vorweisen kann und bei jüngeren Ärzten (<120/123>, <90/93>). Tabelle 7 führt die Wahrnehmung der Wertschätzung im Einzelnen auf.

Wahrnehmung der hausärztlichen Wertschätzung des Rettungsdienstpersonals		
sehr wertgeschätzt	3	2,11%
eher wertgeschätzt	28	19,72%
teils-teils	55	38,73%
eher nicht wertgeschätzt	48	33,80%
überhaupt nicht wertgeschätzt	8	5,63%
[N] =	142	100,00%

Tabelle 7: Gefühl der Wertschätzung des Rettungsdienstpersonals

Von den Befragten gaben 78 Prozent an, dass es bei Einsätzen bereits zu Spannungen gekommen sei, da der Arzt dem Rettungsdienstpersonal gegenüber weisungsbefugt war. 22 Prozent dagegen hatten aus diesen Gründen bisher keine Probleme. Mit zunehmendem Alter sinkt der Prozentsatz derer, die noch keine Spannungen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis bei Einsätzen erlebt haben. Abbildung 5 zeigt dies im Detail.

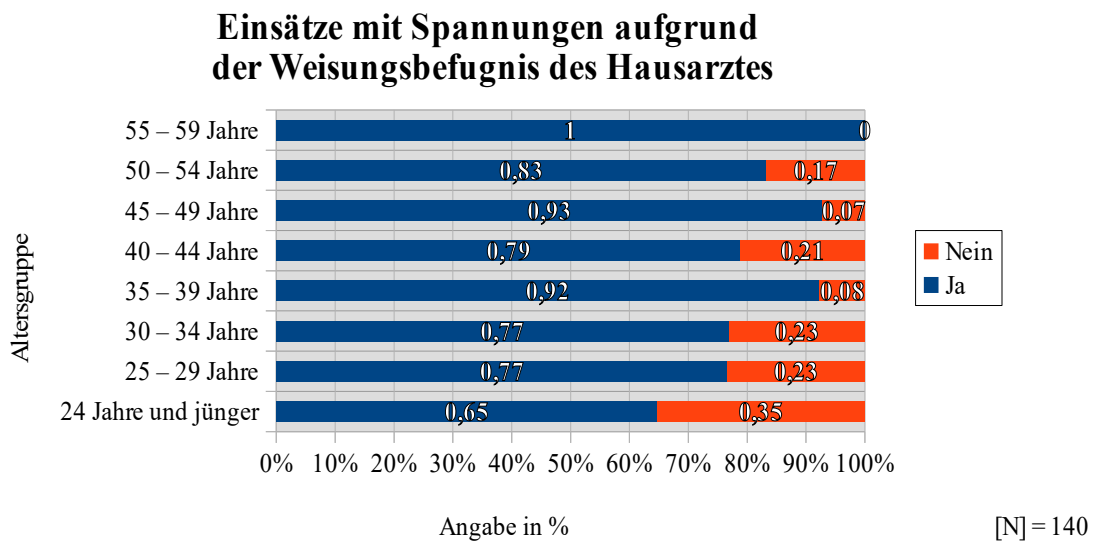


Abbildung 5: Spannungen bei Einsätzen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis nach Alter

Auffällig war auch, dass mit zunehmender Qualifikation auch zunehmend häufig Spannungen auftraten. Am wenigsten Probleme aufgrund der Weisungsbefugnis ergaben sich bei der Gruppe der Rettungsassistenten, welche auch gleichzeitig die Gruppe mit dem niedrigsten Altersschnitt darstellt. Die Auftrennung der Häufigkeit an durch Weisungsbefugnis bedingte Spannungen nach beruflicher Qualifikation zeigt Abbildung 6.

### Einsätze mit Spannungen aufgrund der Weisungsbefugnis des Hausarztes

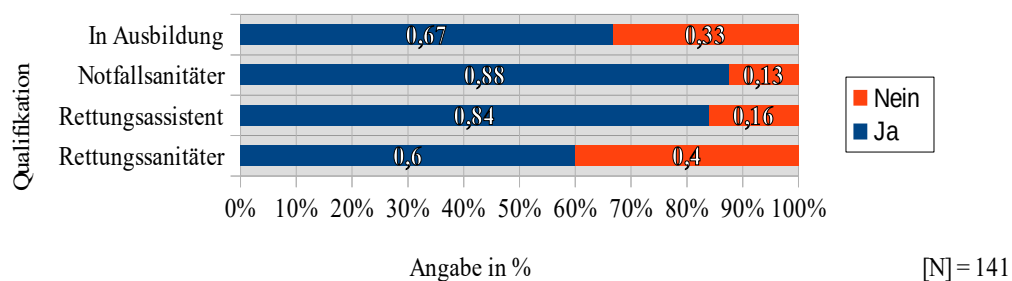


Abbildung 6: Spannungen bei Einsätzen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis nach Qualifikation

Auf die Frage, inwiefern medizinische Notfälle von den Hausärzten auch als solche erkannt werden, gaben 33,57 Prozent der Befragten an, dass dies eher oder sogar auf alle Fälle zutreffe. Etwas mehr als die Hälfte (51,05%) gab an, dass dies teilweise zutreffe, aber auch gelegentlich nicht. Keiner der Befragten gab an, dass Hausärzte medizinische Notfälle niemals erkennen würden. Der Median lag bei der Aussage „teils-teils“. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Frage im Detail.

<b>Werden medizinische Notfälle als solche erkannt?</b>		
niemals	0	0,00%
eher nein	22	15,38%
teils-teils	73	51,05%
eher ja	45	31,47%
auf alle Fälle	3	2,10%
<b>[N] =</b>	<b>143</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 8: Bewertung der hausärztlichen Fähigkeit, medizinische Notfälle als solche zu erkennen

Bei der Gegenfrage, ob Hausärzte im Betrachtungsraum medizinisch unkritische Patienten häufig als zu dramatisch einschätzen, gaben 10,56 Prozent der Befragten an, dass das auf alle Fälle zutreffe. Etwas mehr als ein Viertel (26,76%) waren der Meinung, dass dies eher zutreffe. Keiner der Befragten gab an, dass dies überhaupt nicht der Fall sei. Eine Person traf zu dieser Frage keine Aussage. Der Median lag bei der Aussage „teils-teils“. Tabelle 9 gliedert die Antworten der Frage auf.

<b>Werden medizinisch unkritische Patienten als zu dramatisch eingeschätzt?</b>		
niemals	0	0,00%
eher nein	36	25,35%
teils-teils	53	37,32%
eher ja	38	26,76%
auf alle Fälle	15	10,56%
<b>[N] =</b>	<b>142</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 9: Bewertung der hausärztlichen Fähigkeit, medizinisch unkritische Patienten als solche zu erkennen

Der Anteil der Befragten, der angab, sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdiensten sehr stark zu wünschen, lag bei 41,96 Prozent. Zusammen mit den Befragten, die sich eine bessere Kommunikation eher wünschen würden, ergibt das eine deutliche Mehrheit von 84,62 Prozent, die sich eine Verbesserung wünschen würde. Lediglich 2,10 Prozent gaben an, dass sie eine Verbesserung eher nicht für nötig befinden. Niemand war der Meinung, dass dies überhaupt nicht erstrebenswert wäre. Eine Übersicht über die genauen Häufigkeitsverhältnisse bietet Abbildung 7.



### Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?

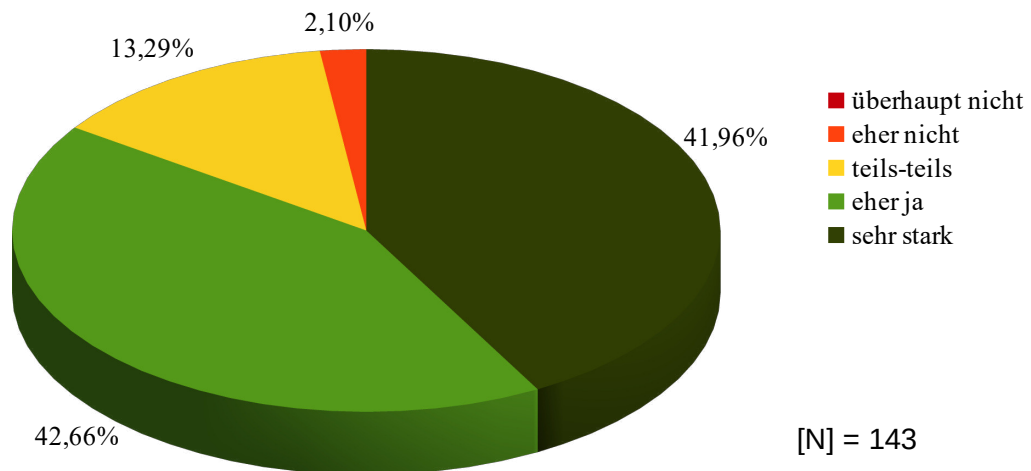


Abbildung 7: Wunsch nach Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation

Die Frage, ob es als sinnvoll eingeschätzt werden würde, Hausärzten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten, wurde zu 70,63 Prozent mit „sehr sinnvoll“ beantwortet. Weitere 26,57 Prozent teilten mit, dass sie dies für eher sinnvoll erachteten. Lediglich eine Person (0,70%) gab an, dass sie regelmäßige Schulungen für eher nicht sinnvoll halte. Niemand würde es für überhaupt nicht sinnvoll halten, regelmäßig fortzubilden. Eine detaillierte Aufschlüsselung zeigt Abbildung 8.

### Würden Sie es für sinnvoll halten, regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?

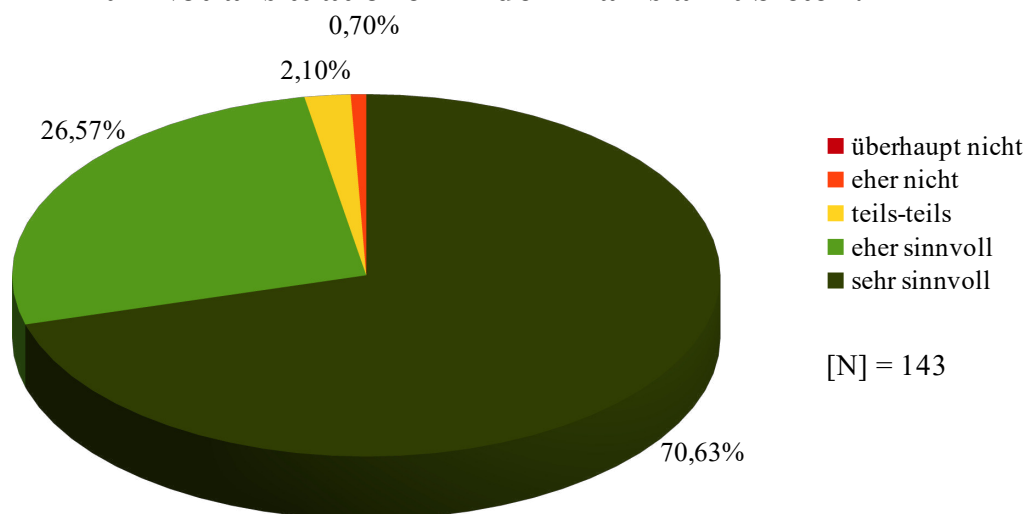


Abbildung 8: Wunsch nach regelmäßigen Notfall-Schulungen

Auf die Frage, wie das Rettungsdienstpersonal die Fähigkeit der Hausärzte, leitliniengetreu zu reanimieren, einschätze, antworteten lediglich 0,7 Prozent der Befragten mit „sehr gut“. Weitere 6,6 Prozent bewerteten die Kompetenzen der Hausärzte bei der Reanimation mit „gut“. Die restlichen 93 Prozent empfanden diese jedoch lediglich als befriedigend (19,0%), ausreichend (35,8%) oder gar mangelhaft (38,0%). Die Fähigkeit der Hausärzte bei der Reanimation wurde von der Altersgruppe der unter 25-Jährigen am besten bewertet (Median „befriedigend“) und von den Altersgruppen der 30- bis 34-Jährigen, der 40- bis 44-Jährigen und der 50- bis 54-Jährigen am schlechtesten eingeschätzt (Median „mangelhaft“). Die genauen Werte kann man Tabelle 10 entnehmen.

<b>Wie schätzen Sie die Fähigkeit der Hausärzte im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?</b>						
	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>befriedigend</i>	<i>ausreichend</i>	<i>mangelhaft</i>	<b>Anteil</b>
<i>24 Jahre und jünger</i>	3,13%	15,63%	37,50%	25,00%	18,75%	<b>100%</b>
<i>25 - 29 Jahre</i>	0,00%	9,68%	19,35%	45,16%	25,81%	<b>100%</b>
<i>30 - 34 Jahre</i>	0,00%	7,69%	0,00%	23,08%	69,23%	<b>100%</b>
<i>35 - 39 Jahre</i>	0,00%	0,00%	23,08%	53,85%	23,08%	<b>100%</b>
<i>40 - 44 Jahre</i>	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	66,67%	<b>100%</b>
<i>45 - 49 Jahre</i>	0,00%	0,00%	21,43%	35,71%	42,86%	<b>100%</b>
<i>50 - 54 Jahre</i>	0,00%	0,00%	18,18%	18,18%	63,64%	<b>100%</b>
<i>55 - 59 Jahre</i>	0,00%	0,00%	0,00%	80,00%	20,00%	<b>100%</b>
<i>60 Jahre und älter</i>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-
<b>Anteil</b>	<b>0,73%</b>	<b>6,57%</b>	<b>18,98%</b>	<b>35,77%</b>	<b>37,96%</b>	<b>100%</b>
<b>[N] = 137</b>						

Tabelle 10: Einschätzung der Fähigkeit der Hausärzte zu reanimieren (nach Altersgruppe)

Die Aufschlüsselung nach der beruflichen Qualifikation ergab, dass die Fähigkeit der Hausärzte, leitliniengetreu zu reanimieren, mit zunehmender beruflicher Qualifikation der Befragten schlechter bewertet wurde. So gaben als Median Rettungssanitäter und Auszubildende die Note „befriedigend, Rettungsassistenten die Note „ausreichend“ und Notfallsanitäter die Note „mangelhaft“.

Laut den Befragten hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 5 Jahren durchschnittlich (laut Median) weder verbessert noch verschlechtert. Dies gaben 49,61 Prozent auch als Antwort an. Dagegen gaben 33,07 Prozent an, dass die Kommunikation sich eher verbessert habe. Es gab jedoch niemand an, dass sie sich stark verbessert habe. Auf der anderen Seite gaben 13,39 Prozent an, dass die Kommunikation sich eher verschlechtert habe und 3,94 Prozent waren der Meinung, dass sie sich stark verschlechtert habe.

Bei der Frage danach, mit welcher Altersgruppe von Hausärzten am häufigsten Probleme bei medizinischen Notfällen in der Praxis und bei Hausbesuchen auftreten, wurden überwiegend die Altersgruppen des höheren Alters angegeben. Eine große Mehrheit von 74,44 Prozent der Nennungen machten die Hausärzte über 50 Jahren als größte Problemquelle aus. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass Mehrfachnennungen möglich waren. Lediglich 5,64 Prozent der Nennungen fielen auf die Altersgruppe der unter 40-Jährigen. Tabelle 11 zeigt die prozentuale Aufschlüsselung im Detail.

<b>Mit welcher Altersgruppe von Hausärzten treten am häufigsten Probleme auf?</b>		
20 - 30 Jahre	6	2,26%
30 - 40 Jahre	9	3,38%
40 - 50 Jahre	53	19,92%
50 - 60 Jahre	111	41,73%
über 60 Jahre	87	32,71%
<b>[N] =</b>	<b>266</b>	<b>100,00%</b>

(Mehrfachnennung war möglich)

Tabelle 11: Problemhäufigkeit bei der Arbeit mit Hausärzten nach Altersgruppen

Eine absolute Mehrheit von 113 Befragten (79,58%) war der Meinung, dass bei den Hausärzten „auf jeden Fall“ Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren Einsatzindikationen bestehe. Weitere 12,68 Prozent waren der Meinung, dass „eher“ Aufklärungsbedarf bestehe, lediglich 7,04 Prozent konnten dies nicht einem Extrem zuordnen. Ausschließlich eine Person glaubte, dass die Notwendigkeit der Aufklärung in dieser Frage „eher nicht“ bestehe. „Überhaupt nicht“ der Meinung war kein Proband. Die Ergebnisse zu dieser Frage zeigt Tabelle 12.

<b>Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Hausärzten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren Indikation besteht?</b>		
überhaupt nicht	0	
eher nicht	1	0,70%
teils-teils	10	7,04%
eher ja	18	12,68%
auf alle Fälle	113	79,58%
<b>[N] =</b>	<b>142</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 12: Notwendigkeit der Aufklärung über Rettungsmittel

Probleme beim Ausstellen der Verordnung einer Krankenförderung, landläufig auch als Transportschein bekannt, gab es laut 41,55 Prozent der Befragten Probleme häufiger als acht Mal pro Quartal. Lediglich sechs bis acht Mal pro Quartal traten sie laut weiteren 40 Befragten (28,17%) auf. Fünf Mal pro Quartal oder seltener kam es nach Meinung der restlichen 30,27 Prozent der Befragten zu Schwierigkeiten beim Ausstellen dieses Dokuments. Die vollständigen Zahlen führt Tabelle 13 auf.

<b>Wie häufig gibt es Probleme beim Ausstellen der Verordnung einer Krankenförderung (Transportschein)?</b>		
niemals	1	0,70%
selten (1-2 x / Quartal)	13	9,15%
gelegentlich (3-5x / Quartal)	29	20,42%
häufig (6-8x / Quartal)	40	28,17%
sehr häufig (häufiger als 8x / Quartal)	59	41,55%
<b>[N] =</b>	<b>142</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 13: Häufigkeit der Probleme mit dem Ausstellen einer Krankentransport-Verordnung

Bei der Auswertung der Freitextantworten fiel auf, dass 36 Befragte von sich aus anregten, den Hausärzten vermehrt Fortbildungsangebote zur Verfügung zu stellen. Genau die Hälfte derer, die vermehrte Fortbildungen befürworteten, waren außerdem der Meinung, dass diese Weiterbildungen am besten gemeinsam mit den Rettungsdiensten (u.a. <25/28>, <42/45>, <86/89>) und/oder unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen (<76/79>) stattfinden sollten, damit ein gegenseitiges Profitieren vom Fachwissen der jeweils anderen Berufsgruppe möglich wäre. Hierfür wäre es sinnvoll, auch das nicht-ärztliche Praxispersonal mit einzubinden (<86/89>). Weitere 15 Personen gaben an, dass sie sich wünschten, man würde die Hausärzte in die rettungsdienstliche Struktur einführen und erklären, mit welcher beruflichen Qualifikation man auf welchem Rettungsmittel rechnen könne (<54/57>). Hierzu gehört laut Befragten auch die Aufklärung darüber dazu, „welche Konsequenzen [ein] „permanenter Missbrauch ergibt“ (<30/33>). Auch wurde gewünscht, den Hausärzten den genauen Ablauf in den Integrierten Leitstellen darzustellen (<30/33>) und insbesondere die Kompetenzen des neu eingeführten Berufsbilds des Notfallsanitäters hervorzuheben (<63/66>). So könne man auch ein besser strukturiertes Miteinander ermöglichen. Ein Weg, den vier Befragte als den richtigen erachten, besteht in gegenseitiger Hospitation (<69/72>). Ein gemeinsamer Leitfaden, was den genauen Ablauf zwischen den regionalen Rettungsdiensten und den Hausärzten angeht, wurde ebenfalls von einigen befürwortet. Hierfür sollen in den Arztpraxen Aushänge angebracht werden, wie beispielsweise „ein T-Schein richtig“ (<44/47>) ausgefüllt werden sollte. Auch zu verschiedenen Notfällen könne man so Fließschemata entwickeln, beziehungsweise bereits etablierte Vorgehensweisen, wie etwas das SAMPLER- und/oder das ABCDE-Schema bei Übergaben nutzen (<87/90>). Dies gelte aber nicht nur für medizinische, sondern auch für organisatorische Vorgehensweisen (<131/134>), wie beispielsweise die Information an die Hausärzte, welches Krankenhaus welches Behandlungsspektrum anbietet (<81/84>). Um die

allgemeine Aufklärung über die jeweils andere Berufsgruppe zu fördern, machen sich einige Befragte stark dafür, jährliche Treffen an einem runden Tisch mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Rettungsdienstleitern und den Hausärzten abzuhalten (<37/40>), bei denen der gegenseitige Informationsaustausch im Vordergrund stehen solle. Dies würde auch eine gute Gelegenheit bieten, schwierige Einsätze nach zu besprechen und aus Fehlern zu lernen (<69/72>). Dies wünschten sich neun Befragte. 10,56 Prozent der Befragten beklagten außerdem ausbaufähige Kommunikationsformen. Vor allem Arroganz (<121/124>) und mangelnde Wertschätzung (<130/133>) wurden angeführt. Insbesondere eine aus Fehlkommunikation entstandene Infragestellung der Kompetenzen auf beiden Seiten (<60/63>) gelte es zu vermeiden. Interessanterweise führte auch ein Befragter selbstkritisch an, dass die Arroganz des Rettungsdienst-Personals ein Problem darstelle (<53/56>). Außerdem wurde angemerkt, dass bei Einsätzen in der Praxis oft keine Patientenübergabe durch den Arzt stattfindet (<41/44>, <74/77>). Die bereits erwähnte Problematik bei telefonischen Einweisungen betreffend wurde mehrfach angeregt, dass die Ärzte am Einsatzort bleiben sollen, bis die Rettungskräfte eintreffen (<120/123>). Für Kritik, aber auch für Lob, solle es zu einer Einführung „eines einheitlichen Formulars [kommen], um eventuelle Vorkommnisse in geregelter Umfang zu klären“ (<105/108>). Hierfür würde es sich anbieten, das Verbesserungs- beziehungsweise Vorschlagswesen auszubauen und dabei die Rettungsdienstleitung als Vermittlungsposten mit einzubeziehen. Einige Befragte sprechen sich auch für teambildende Maßnahmen aus, wie beispielsweise ein jährlich stattfindendes gemeinsames Grillfest, um sich besser kennen zu lernen (<37/40>). Des Weiteren wurde angeregt, die notfallmedizinische Ausrüstung der Praxen und der Rettungsdienste aufeinander abzustimmen, um eine möglichst große Kompatibilität herzustellen (<81/84>).

In dem Teil des Fragebogens, in dem vollkommen frei geantwortet werden konnte, war das Hauptthema erneut die fehlerhafte Anforderung des jeweils höheren Rettungsmittels, ohne dass dieses medizinisch indiziert gewesen wäre. Des Weiteren wünschte sich ein Befragter nach den Einsätzen Informationen darüber, wie sich die Patientengesundheit im weiteren Verlauf entwickelt habe (<69/72>). Außerdem wurde angemerkt, dass es sinnvoll sein könnte, die Telefonnummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Bevölkerung bekannter zu machen (<82/85>). Es wurde von einem Befragten angemerkt, dass er die nicht immer optimale Notfallversorgung in

den Praxen teilweise der Niedrig-Prävalenz bestimmter Krankheitsbilder zuschreibe (<119/122>).

#### 4.4 Evaluation des ärztlichen Rettungsdienstpersonals

Die befragten Notärzte schätzten die medizinische Kompetenz bei Notfällen in der Praxis im Median als „befriedigend“ ein. Als „mangelhaft“ oder „sehr gut“ bewertete keiner der Befragten die hausärztlichen Kollegen. Die genauen Angaben der Notärzte zeigt Tabelle 14.

<b>Einschätzung der medizinischen Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen</b>		
sehr gut	0	
gut	2	9,52%
befriedigend	14	66,67%
ausreichend	5	23,81%
mangelhaft	0	
<b>[N] =</b>	<b>21</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 14: Einschätzung der medizinischen Kompetenz der Hausärzte

Bei den Einzelantworten ergibt sich ein heterogenes Stimmungsbild. Ein Gros der Befragten gibt an, dass viele medizinischen Notfälle als solche erkannt würden und dass bis zum Eintreffen des Notarztes auch bereits suffiziente Erstmaßnahmen getroffen würden (u.a <4/24>, <5/25>). Auch wurde es von den Notärzten als sehr positiv bewertet, dass Hausärzte aufgrund ihrer erlebten Anamnese ihre Patienten gut kennen und dies zur Patientenversorgung nutzen (<11/37>). Teilweise wurde außerdem die gute Kenntnis der Hausärzte in der Ausübung der Reanimation gelobt (<10/36>). Auf der anderen Seite wird eben diese Reanimationsfähigkeit in einigen Fällen angezweifelt (<5/25>). Der größte Kritikpunkt ist jedoch, dass Patienten mit medizinischen Notfällen von Hausärzten oft ohne Überwachung bis zum Eintreffen des Notarztes in Behandlungsräumen alleine gelassen würden (<1/21>, <21/47>). Auch von den Notärzten wird darüber hinaus kritisiert, dass oft telefonische Einweisungen stattfänden, ohne den Patienten gesehen zu haben (<7/33>, <10/36>). Einigen Hausärzten wird eine generelle oder partielle Inkompetenz bei medizinischen Notfällen attestiert (u.a <6/32>, <10/36>, <14/40>).

Bei der Einschätzung der organisatorischen Kompetenz der Hausärzte von Seiten der Notärzte ergibt sich ein positiveres Bild. Zwar ergibt sich auch hier ein Median von „befriedigend“, allerdings waren 90,47 Prozent der Befragten Notärzte der Meinung,

dass die Kompetenz befriedigend oder besser sei. Kein Notarzt schätzt die Kompetenz als „mangelhaft“ ein. Die genauen Angaben zeigt Tabelle 15.

<b>Einschätzung der organisatorischen Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen</b>		
sehr gut	1	4,76%
gut	6	28,57%
befriedigend	12	57,14%
ausreichend	2	9,52%
mangelhaft	0	
<b>[N] =</b>	<b>21</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 15: Einschätzung der organisatorischen Kompetenz der Hausärzte

Drei der Befragten gaben an, dass die Alarmierung des Notarztes zur richtigen Zeit stattfinde (<4/24>, <5/25>, <14/40>). Darüber hinaus wurde gelobt, dass bei Eintreffen des Rettungsdienstes die nötigen Unterlagen meist bereits gerichtet wären (<7/33>). Auch die Art und Weise der Übergaben wurde positiv hervorgehoben. Als negativ wurde dagegen eingeschätzt, dass oft das falsche Rettungsmittel bei der Leitstelle angefordert werde (<18/44>) und dass Patienten oft noch nicht in einer Zielklinik angemeldet seien (<1/21>). Die interdisziplinäre Kommunikation zwischen hausärztlichen Praxen und dem Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen wurde im Median als „befriedigend“ eingeschätzt. Kein Notarzt schätze diese als „sehr gut“ oder „mangelhaft“ ein. Dreißig Prozent waren der Meinung, dass die Kompetenz gut sei. Die Zahlen verdeutlicht Tabelle 16.

<b>Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation zwischen hausärztlichen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen</b>		
sehr gut	0	
gut	6	30,00%
befriedigend	10	50,00%
ausreichend	4	20,00%
mangelhaft	0	
<b>[N] =</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 16: Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation

Eine absolute Mehrheit von 90 Prozent der Notärzte fühlt sich von den Hausärzten „eher“ oder sogar „sehr“ wertgeschätzt. Lediglich je ein Notarzt fühlt sich lediglich „teils-teils“ oder „eher nicht“ wertgeschätzt. Kein Befragter gab an, sich „überhaupt nicht“ wertgeschätzt zu fühlen.

Auf die Frage, ob die Hausärzte im untersuchten Gebiet medizinische Notfälle richtig erkennen, gaben zwei Notärzte an, dass dies „auf jeden Fall“ so sei. Weitere dreizehn waren der Meinung, dass dies „eher“ der Fall sei und fünf sahen dies „teils-teils“ erfüllt.

Niemand ordnete der Frage die Antwortmöglichkeiten „eher nicht“ und „auf keinen Fall“ zu.

Bei der umgekehrten Frage danach, ob medizinisch unkritische Patienten im Durchschnitt als zu dramatisch eingeschätzt werden würden, gab ein Notarzt an, dass dies „nie“ zutreffe, zehn weitere schätzten dies als „eher nicht“ zutreffend ein, während zwei beziehungsweise sieben die Einschätzung der Symptome als „eher“ zutreffend beziehungsweise „auf alle Fälle“ zutreffend bewerteten.

Sechzig Prozent der Notärzte würden sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdiensten „eher“ oder „auf alle Fälle“ wünschen. Weitere dreißig Prozent sind diesbezüglich unentschlossen und zehn Prozent denken eher nicht, dass dies notwendig sei. Die genauen Zahlen schlüsselt Tabelle 17 auf.

<b>Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?</b>		
überhaupt nicht	0	
eher nicht	2	10,00%
teils-teils	6	30,00%
eher ja	5	25,00%
auf alle Fälle	7	35,00%
<b>[N] =</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 17: Wunsch nach besserer interdisziplinärer Kommunikation

Das Angebot an Hausärzten, Notfallsituationen regelmäßig zu üben, erachten 80 Prozent der Notärzte für „sehr sinnvoll“. Kein Befragter gab an, dies „überhaupt nicht“ sinnvoll zu finden. 10 Prozent gaben an, dies für „eher nicht“ sinnvoll zu halten. Je 5 Prozent fielen auf die Antworten, dass die Befragten es als „teils-teils“ sowie „eher“ sinnvoll einschätzten.

Die Fähigkeit der Hausärzte, leitliniengetreu zu reanimieren, wurde im Median mit 4 („ausreichend“) bewertet, immerhin vier Notärzte vergaben die Note „mangelhaft“. Die genauen Zahlen zeigt Tabelle 18 auf.

<b>Wie schätzen Sie die Fähigkeit der Hausärzte ein, leitliniengetreu zu reanimieren?</b>		
sehr gut	1	5,00%
gut	1	5,00%
befriedigend	7	35,00%
ausreichend	7	35,00%
mangelhaft	4	20,00%
<b>[N] =</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 18: Fähigkeit, leitliniengetreu zu reanimieren



Auch die Notärzte sehen, genauso wie die nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter, in gemeinsamen Fortbildungen und gemeinsamen Treffen eine gute Chance, die interdisziplinäre Kommunikation zu verbessern (<10/36>, <11/37>). Ein weiterer Verbesserungsvorschlag war, dass man relevante Patientendaten auf den elektronischen Speicher der Krankenkassenkarte speichern könnte, damit diese im medizinischen Notfall direkt zur Verfügung stünden(<6/32>). Als teilweise verbesserungswürdig erschien den Notärzten auch der Vorgang der Übergabe. Ein Verbesserungsvorschlag bestand darin, die Übergabe zu standardisieren (<5/25>).

Auf die Frage, ob sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert haben, antworteten alle befragten Notärzte, dass diese sich gar nicht verändert (42,11 Prozent) oder sogar eher verbessert (57,89 Prozent) habe. Eine Verschlechterung konnte kein Notarzt feststellen. Am häufigsten komme es laut Befragten zu Problemen mit Hausärzten, die 50 Jahre alt oder älter sind. Auf diese Altersgruppe fielen 88,89 Prozent aller Nennungen (Mehrfachnennungen waren möglich). Die genauen Zahlen zeigt Tabelle 19.

<b>Mit welcher Altersgruppe von Hausärzten treten am häufigsten Probleme auf?</b>		
20 - 30 Jahre	2	7,41%
30 - 40 Jahre	0	
40 - 50 Jahre	1	3,70%
50 - 60 Jahre	10	37,04%
über 60 Jahre	14	51,85%
<b>[N]</b>	<b>27</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 19: Problemhäufigkeit mit Hausärzten nach Altersgruppen

Einen Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel sehen 75 Prozent der Befragten als „eher“ (20 Prozent) oder „auf alle Fälle“ (55 Prozent) gegeben. Weitere 15 Prozent denken, dass dies „eher nicht“ zutrefte, und 10 Prozent denken, dass dies teils teils zutrefte. Bei den Freitextfragen bietet sich ein ähnliches Bild wie beim nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal. Es wird für sinnvoll gehalten, regelmäßig gemeinsame Fortbildungen anzubieten (<5/25>, <11/37>). Des Weiteren wurde vorgeschlagen, jährliche Treffen abzuhalten, um Probleme ansprechen und lösen zu können, und auch, um die Struktur des Rettungsdienstes allen Hausärzten verständlich zu machen (<10/36>). Ein Austausch über Probleme könne auch über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen (<21/47>). Ferner sieht ein Notarzt auch die mangelnde Aufklärung der Patienten über die Indikation des jeweiligen Rettungsmittels als ein Problem an und erbittet sich deshalb die Aufklärung der Bevölkerung (<10/36>).

## 4.5 Evaluation der hausärztlich tätigen Ärzte

Bei der Frage nach der Kompetenz des Rettungsdienstpersonals schätzten diese 59,04 Prozent der an der Studie teilnehmenden Ärzte als „gut“ und 31,73 Prozent als „sehr gut“ ein. Dies ergibt insgesamt 90,76 Prozent. Niemand gab an, dass die Kompetenz „mangelhaft sei. Dies ergibt einen Median von 2 („gut“). Erwartungsgemäß wurde aber auch von den Hausärzten geäußert, dass die Kompetenz individuell stark variiert (u.a. <48/286>, <49/287>). Die genaue Aufschlüsselung der Bewertung zeigt Abbildung 9.

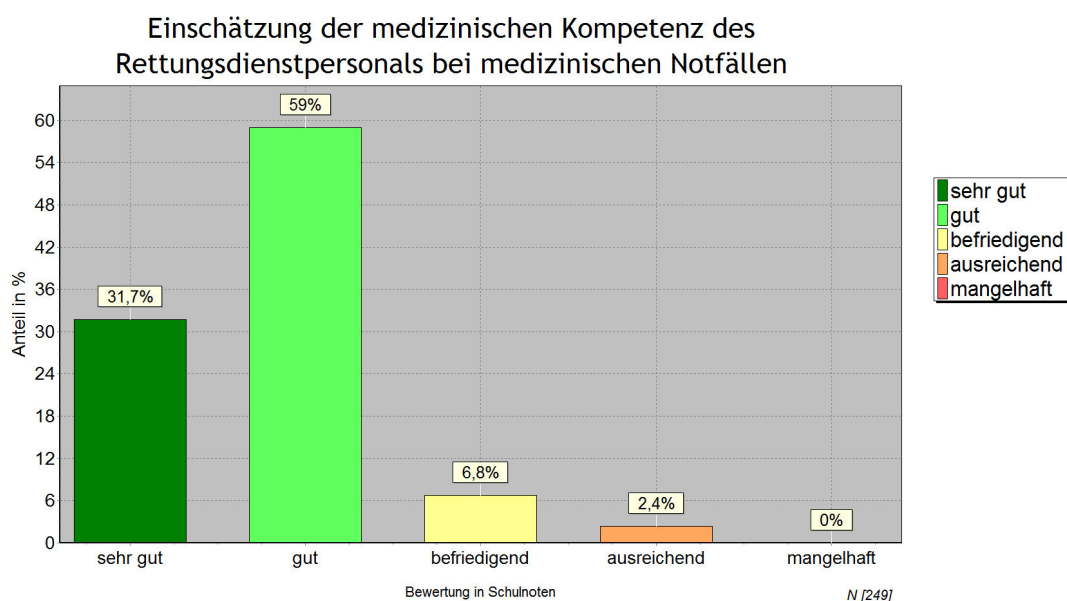


Abbildung 9: Einschätzung der medizinischen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals

Wenn man sich die Einschätzungen nach Altersgruppen aufgeschlüsselt anschaut, zeigt sich, dass es keine drastischen Bewertungsunterschiede gibt. Lediglich sechs über 50-jährige Ärzte vergaben die Note „ausreichend“. Die Aufschlüsselung der Benotung nach Altersgruppen zeigt Tabelle 20.

Wie schätzen Sie die medizinische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals bei medizinischen Notfällen ein?						
	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>befriedigend</i>	<i>ausreichend</i>	<i>mangelhaft</i>	<b>Anteil</b>
<i>24 Jahre und jünger</i>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-
<i>25 - 29 Jahre</i>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-
<i>30 - 34 Jahre</i>	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	<b>100%</b>
<i>35 - 39 Jahre</i>	31,25%	62,50%	6,25%	0,00%	0,00%	<b>100%</b>
<i>40 - 44 Jahre</i>	35,71%	64,29%	0,00%	0,00%	0,00%	<b>100%</b>
<i>45 - 49 Jahre</i>	39,39%	54,55%	6,06%	0,00%	0,00%	<b>100%</b>
<i>50 - 54 Jahre</i>	32,14%	51,79%	12,50%	3,57%	0,00%	<b>100%</b>
<i>55 - 59 Jahre</i>	29,03%	58,06%	6,45%	6,45%	0,00%	<b>100%</b>
<i>60 Jahre und älter</i>	28,87%	63,92%	5,15%	2,06%	0,00%	<b>100%</b>
<b>Anteil</b>	<b>31,85%</b>	<b>58,87%</b>	<b>6,85%</b>	<b>2,42%</b>		<b>100%</b>

[N] = 248

Tabelle 20: Einschätzung der medizinischen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals nach Altersgruppen

Auch bei der Aufschlüsselung der Bewertung nach beruflicher Qualifikation ergaben sich keine Median-Verschiebungen.

Bei den Freitextfragen kristallisierte sich heraus, dass viele Hausärzte vor allem die gute interdisziplinäre Kommunikation, die Freundlichkeit und die Hilfsbereitschaft des Rettungsdienstpersonals schätzten (u.a. <2/240>, <17/255>, <85/323>). Dies äußerten 48 Befragte explizit. Eine insgesamt gute Kooperation bescheinigten 38 Ärzte. Weitere 47 Hausärzte gaben an, dass ihnen die Professionalität und ausgestrahlte Ruhe des Rettungsdienstes besonders positiv aufgefallen seien (u.a. <8/246>, <46/284>, <117/355>). Ein weiterer lobender Punkt war die dem Rettungsdienst attestierte Kompetenz. Immerhin 50 Hausärzte erwähnten dies ausdrücklich in den Freitext-Antworten (u.a. <4/242>, <72/310>, <87/325>). Damit einhergehend erwähnten einige der Befragten auch die lobenswerte technische Ausstattung der Rettungsdienste (<141/379>, <150/388>, <194/432>). Auch auf empathischer Ebene wurde dem Rettungsdienstpersonal von 25 Befragten ein gutes Zeugnis ausgestellt. Dies beziehe sich sowohl auf die Kommunikation mit den Patienten selbst (<11/249>, <133/371>), als auch mit deren Angehörigen (<224/462>). Des Weiteren wurde auch das Engagement des Personals positiv hervorgehoben (u.a. <34/272>, <157/395>, <218/456>). Die Schnelligkeit vom Anruf bei der Leitstelle bis zum Eintreffen der Rettungsfachkräfte wurde von 26 Hausärzten betont (u.a. <12/250>, <38/276>, <89/327>). Darüber hinaus wurde auch die hohe Selbstständigkeit des Rettungsdienstpersonals hervorgehoben (u.a. <1/70>, <98/336>, <230/468>). Zwei Hausärzte gaben überdies an, von der Form der Übergabe von Patienten an den Rettungsdienst angetan gewesen zu sein (<81/319>, <107/345>).

Auf der anderen Seite wird als größter Kritikpunkt angeführt, dass Teile des Rettungsdienstpersonals ein arrogantes und „hypertrophes“ Auftreten an den Tag legen (u.a. <11/249>, <73/311>, <85/323>). Dies sei dennoch eher die Ausnahme. Bei Einsätzen sei dann ein immer wieder auftretendes Problem, dass die hausärztlichen Entscheidungen hin und wieder angezweifelt und teilweise auch ignoriert würden (<1/70>, <165/403>). Auch bereits durchgeführte diagnostische Maßnahmen würden wiederholt, wodurch es zu Zeitverlusten komme (<165/403>). Durch dieses Auftreten komme es auch zu Situationen, in denen der Hausarzt neben dem Behandlungsschauplatz stehe und nicht in die Behandlung integriert werde (<59/297>). Überhebliches Verhalten von Seiten des Rettungsdienstes trete vor allem in jüngeren Altersgruppen auf (<60/298>, <88/326>). Auch bei den Notärzten komme es laut Befragten immer wieder zu arrogan-

tem Auftreten (<77/315>, <83/321>). Probleme mit den Umgangsformen des Rettungsdienstpersonals hatten insgesamt, wenn auch oft nur mit einzelnen Rettungsdienstfachkräften, 68 Hausärzte. Damit stellt dies das größte Problem dar. Außerdem wurde von den Hausärzten angemerkt, dass beim Rettungsdienstpersonal in bestimmten Fachbereichen Wissenslücken vorherrschen. Dies sei insbesondere bei der Abarbeitung pädiatrischer Notfälle (<8/246>, <12/250>, <192/430>), psychiatrischer Notfälle (<234/472>) sowie bei organisatorischen Fragen (<87/325>) der Fall. Bei der eigentlichen Abarbeitung der medizinischen Notfälle waren die Befragten geteilter Meinung. Drei Ärzte gaben an, dass der Rettungsdienst bei Notfällen häufiger zu langsam arbeite, während sieben andere Hausärzte angaben, der Rettungsdienst würde oft zu hektisch und schnell handeln (<34/272>, <37/275>, <133/371>). Außerdem komme es gehäuft zu einer Überdiagnostik von Seiten des Rettungsfachpersonals (<76/314>, <112/350>). Ein weiteres Problem bestehe außerdem in der Kommunikation mit den Leitstellen. Das Personal auf den Leitstellen erhebe teilweise keine richtige Anamnese (<14/252>), trete unfreundlich auf und folge nicht den Anweisungen der Hausärzte (<179/417>). Es wurde von den befragten Hausärzten betont, dass es sich oft um individuelle Fälle handele (<15/253>). Vereinzelt sei mangelnde Selbstständigkeit des Rettungsdienstpersonals zu beklagen (<38/276>, <153/391>). Des Weiteren fehle in manchen Fällen die Empathie (<170/408>, <193/431>).

Bei der organisatorischen Kompetenz ergab sich ein ähnliches Bild wie bei der medizinischen Kompetenz. Auch hier ergab die Befragung einen Median von 2 („gut“). 92 Hausärzte schätzten die organisatorische Kompetenz als „sehr gut“ ein, weitere 132 als „gut“. Lediglich acht Hausärzte vergaben die Note „ausreichend“. Keiner der befragten Hausärzte war der Meinung, dass die organisatorische Kompetenz „mangelhaft“ sei. Erwartungsgemäß wurde auch hier von den Hausärzten geäußert, dass dies interindividuell schwanke (u.a. <200/438>). Die Prozentangaben veranschaulicht Abbildung 10.

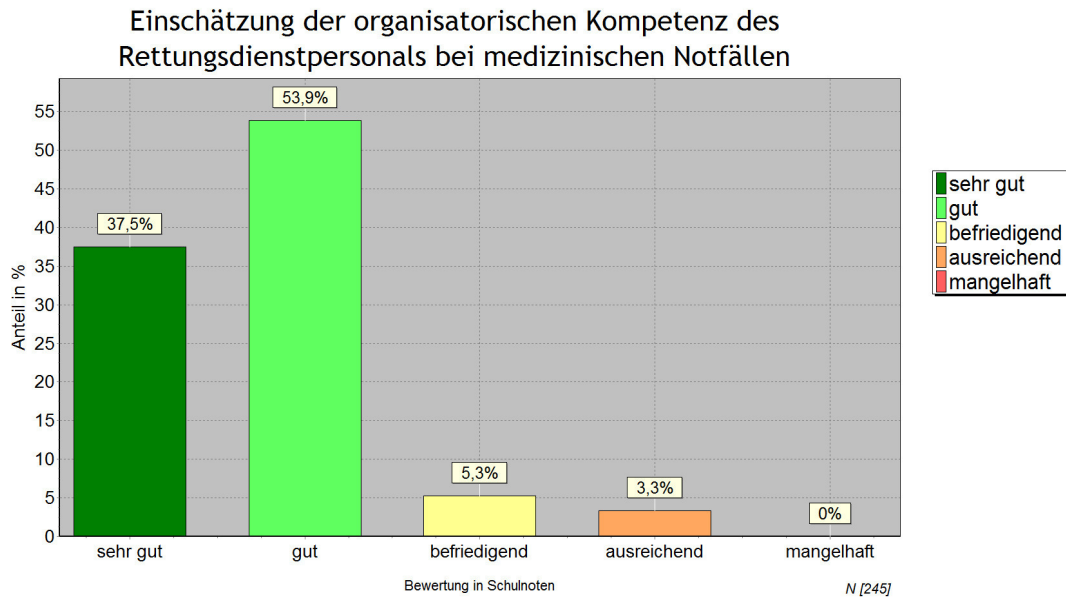


Abbildung 10: Einschätzung der organisatorischen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals

Bei der Aufschlüsselung nach Alter und beruflicher Qualifikation ergaben sich keine Auffälligkeiten. Die Bewertung war in allen Subgruppen relativ homogen.

Bei den Freitextfragen wurde von 14 Hausärzten besonders die Kompetenz der Leitstellen-Mitarbeiter hervorgehoben (u.a. <1/70>, <86/324>, <87/325>). Den Rettungsdienst selbst betreffend, wurde von 28 Befragten die kurze Response-Zeit gelobt (u.a. <3/241>, <52/290>, <150/388>). Des Weiteren sei die allgemeine Organisation strukturiert und zielorientiert (<24/262>, <73/311>). Dies gelte auch bei der Kooperation mit den jeweiligen Fachkliniken beziehungsweise -abteilungen (<75/313>). Die gut funktionierende Kommunikation in Bezug auf die organisatorischen Fragen wurde von acht Hausärzten angemerkt (<41/279>, <166/404>).

Auf der anderen Seite wurde als größter Kritikpunkt angeführt, dass bei der Anforderung eines Krankentransportwagens oft nur Rettungstransportwagen verfügbar seien und es deshalb notgedrungen oft zu einer Hochstufung des Rettungsmittels komme (u.a. (u.a. <84/322>, <130/368>, <174/412>). Dadurch komme es gelegentlich auch zu der Situation, dass bei medizinischen Notfällen kein Rettungstransportwagen verfügbar sei. Wenn ein Krankentransportwagen angefordert würde, könne es bis zu dessen Ankunft laut der Befragten bis zu sechs Stunden dauern (<84/322>). Fünf Hausärzte sahen Arroganz als Quelle von organisatorischen Problemen. Dies betreffe sowohl den Rettungsdienst selbst (<159/397>) als auch das Leitstellenpersonal (<1/70>, <90/328>). Ein weiteres Problem sei die teilweise ausbaufähige Vorgehensweise bei der Patientenübergabe.

Es wurde gewünscht, dass die Übergabe auch angehört werde und dass die Informationen des Hausarztes nicht übergangen werden (<48/286>, <155/393>). Hierbei sei es auch wichtig, vom Rettungsdienst zu erfahren, wer bei teilweise Fünf-Mann-Teams der Ansprechpartner für die Übergabe sei (<238/476>). Einige Befragte wünschten sich außerdem mehr Informationen vom Rettungsdienst, wenn ein Patient der jeweiligen Hausarztpraxis in ein Krankenhaus gebracht worden ist (<4/242>). Auch eine medizinische Überdramatisierung von hausärztlichen Patienten wurde von einigen Hausärzten ange-merkt. Es komme vor, dass, sobald der Patient im Rettungswagen sei, unnötigerweise der Notarzt nachgefordert werde (<165/403>), oder aber eine prolongierte medizinische Versorgung vor Ort durchgeführt werde (<76/314>). Weitere Kritikpunkte bezogen sich auf die Problematik, Verordnungen für Krankentransporte auszustellen (<50/288>) sowie mangelndes Personal mit daraus folgender Personalfuktuation im Rettungsdienst (<79/317>).

Die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen schätzten 27,87 Prozent als „sehr gut“ und 52,87 Prozent als gut ein. Das ergibt also insgesamt 80,74 Prozent der Befragten, die die Kommunikation als sehr gut oder gut bewerteten. Lediglich 6,97 Prozent der Hausärzte schätzen sie nur als „ausreichend“ (6,14 Prozent) beziehungsweise „mangelhaft“ (0,82 Prozent) ein. Bei der interdisziplinären Kommunikation im Regelbetrieb, damit sind nicht-zeitkritische Krankentransporte gemeint, fiel das Stimmungsbild etwas negativer aus. Hier sind es zusammengefasst nur 69,71 Prozent der Hausärzte, die die Kommunikation als „sehr gut“ (19,09 Prozent) oder „gut“ (50,62 Prozent) einschätzten. Immerhin 22,00 Prozent vergaben die Schulnote „befriedigend“. Der Median bei beiden Fragen lag bei 2 („gut“). Die prozentuale Verteilung der Bewertungen im Vergleich zeigt Abbildung 11.

### Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienst

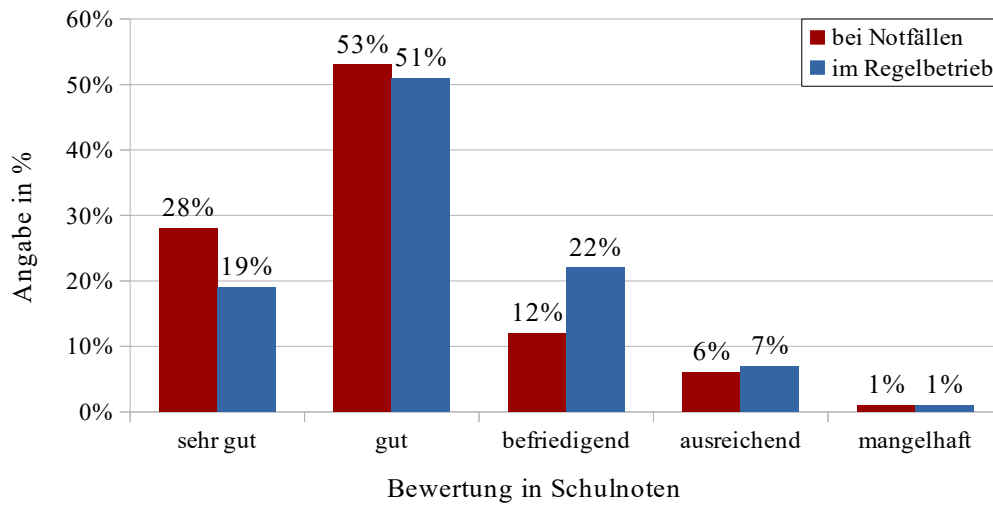


Abbildung 11: Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation im Vergleich

Auf die Frage, ob die befragten Hausärzte glauben, dass bei ihren hausärztlichen Kollegen Aufklärungsbedarf über die Einsatzindikation bestehe, waren sich die Befragten nicht einig. Jeweils beinahe gleich viele Hausärzte waren der Meinung, dass dies „eher“ oder „auf alle Fälle“ zutrefte, beziehungsweise, dass dies „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zutrefte. Die genauen Zahlen zeigt Abbildung 12.

### Gibt es bei den Hausärzten Aufklärungsbedarf über die Einsatzindikationen der Rettungsmittel?

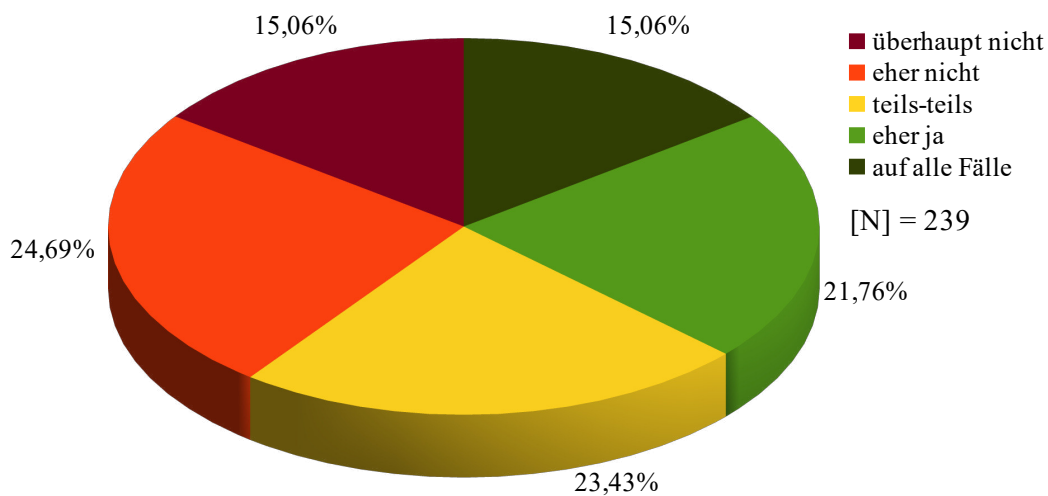


Abbildung 12: Aufklärungsbedarf über Einsatzindikationen von Rettungsmitteln

Bei der Frage nach dem Gefühl der Wertschätzung gaben insgesamt 61,54 Prozent der Hausärzte an, dass sie sich im Durchschnitt „sehr“ (37,80 Prozent) oder zumindest „eher“ (33,74 Prozent) wertgeschätzt fühlen. Allerdings gaben auch 19,11 Prozent der Befragten an, dass sie sich lediglich teils-teils in ihrer Funktion respektiert sehen. 9,35 Prozent gaben sogar an, dass sie sich „eher nicht“ (6,50 Prozent) oder sogar „überhaupt nicht“ (2,85 Prozent) wertgeschätzt fühlen. Die genauen absoluten und prozentualen Zahlen präsentiert Tabelle 21.

<b>Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Wertschätzung der Hausärzte</b>		
sehr wertgeschätzt	93	37,80%
eher wertgeschätzt	83	33,74%
teils-teils	47	19,11%
eher nicht wertgeschätzt	16	6,50%
überhaupt nicht wertgeschätzt	7	2,85%
<b>[N] =</b>	<b>246</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 21: Wahrnehmung der Wertschätzung

Eine absolute Mehrheit von 207 Hausärzten gab an, dass das Personal des Rettungsdienstes medizinische Notfälle „auf alle Fälle“ (94 Angaben) oder „eher“ (113 Angaben) erkenne. Weitere 25 waren der Meinung, dass dies teils-teils der Fall sei. Kein Hausarzt war der Ansicht, dass dies „niemals“ der Fall sei. Die genauen absoluten und prozentualen Angaben sind in Tabelle 22 aufgeschlüsselt.

<b>Werden medizinische Notfälle als solche erkannt?</b>		
niemals	0	
eher nein	7	2,93%
teils-teils	25	10,46%
eher ja	113	47,28%
auf alle Fälle	94	39,33%
<b>[N] =</b>	<b>239</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 22: Bewertung der rettungsdienstlichen Fähigkeit, medizinische Notfälle als solche zu erkennen

Die Gegenfrage, ob das Personal des Rettungsdienstes medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätze, ergab, dass 143 Hausärzte der Meinung waren, dass dies „niemals“ (12 Angaben) oder „eher nicht“ (131 Angaben) zutreffe. Vier Ärzte waren der Auffassung, dass dies auf alle Fälle zutreffe. Die genauen Zahlen präsentiert Tabelle 23.



<b>Werden medizinisch unkritische Patienten zu dramatisch eingeschätzt?</b>		
niemals	12	4,96%
eher nein	131	54,13%
Teils-teils	66	27,27%
eher ja	29	11,98%
auf alle Fälle	4	1,65%
<b>[N] =</b>	<b>242</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 23: Bewertung der rettungsdienstlichen Fähigkeit, medizinisch unkritische Patienten als solche zu erkennen

Auf die Frage, ob das nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal seine medizinischen Kompetenzen einhalte, gaben 79,84 Prozent an, dass diese „nie“ (20,58 Prozent) beziehungsweise „nur selten“ (59,26 Prozent) überschritten werden. Nur 2,88 Prozent gaben an, dass die Kompetenzen „häufig“ (1,65 Prozent) beziehungsweise „sehr häufig“ (1,23 Prozent) überschritten werden. Die Meinungen variierten dabei zwischen den Alters- und Berufsgruppen so gut wie gar nicht. Die genauen absoluten und prozentualen Werte präsentiert Tabelle 24.

<b>Werden vom nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal die Kompetenzen eingehalten?</b>		
Kompetenzen werden nie überschritten	50	20,58%
Kompetenzen werden nur selten überschritten	144	59,26%
Kompetenzen werden hin und wieder überschritten	42	17,28%
Kompetenzen werden häufig überschritten	4	1,65%
Kompetenzen werden sehr häufig überschritten	3	1,23%
<b>[N] =</b>	<b>243</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 24: Einhaltung der medizinischen Kompetenzen des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals

50,20 Prozent der befragten Hausärzte sind der Meinung, dass eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation zwischen ihnen und dem Rettungsdienst „überhaupt nicht“ (15,35 Prozent) oder „eher nicht“ (34,85 Prozent) nötig sei. Weitere 25,73 Prozent wollten sich nicht auf eine Tendenz festlegen. Immerhin 22 Hausärzte (9,13 Prozent) wünschten sich jedoch eine Verbesserung „sehr stark“. Die genauen Prozentangaben veranschaulicht Abbildung 13.

## Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?

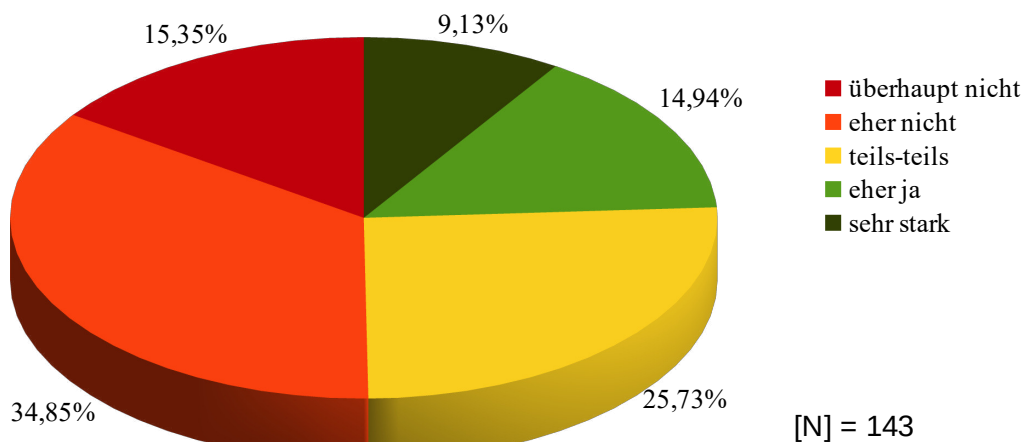


Abbildung 13: Wunsch nach Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation

Auf die Frage, ob es sinnvoll wäre, regelmäßig(er) Schulungen für Notfallsituationen in der Arztpraxis anzubieten, antwortete eine absolute Mehrheit von 64,34 Prozent der Hausärzte, dass sie dies als „sehr sinnvoll“ erachten würden. Weitere 16,39 beziehungsweise 11,07 Prozent erachteten dies als „eher“ beziehungsweise „teils-teils“ sinnvoll. Elf Hausärzte (4,51 Prozent) halten regelmäßige Schulungen für Notfallsituationen in Arztpraxen für „überhaupt nicht“ ratsam. Die genauen Zahlen stellt Tabelle 25 bereit.

<b>Würden Sie es für sinnvoll halten, regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?</b>		
überhaupt nicht sinnvoll	11	4,51%
eher nicht sinnvoll	9	3,69%
teils-teils sinnvoll	27	11,07%
eher sinnvoll	40	16,39%
sehr sinnvoll	157	64,34%
<b>[N] =</b>	<b>244</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 25: Sinn von regelmäßigen Schulungen

Die befragten Hausärzte schätzten die Fähigkeit, leitliniengerecht zu reanimieren, sehr unterschiedlich ein. 28,94 Prozent der Befragten gaben sich und ihren hausärztlichen Kollegen im Durchschnitt die Schulnote „gut“, 3,40 Prozent die Note „sehr gut“. Die relative Mehrheit von 41,70 Prozent war der Meinung, dass diese Fähigkeit als „befriedigend“ zu bewerten sei. Immerhin 12 Befragte (5,11) gaben an, dass sie die Fähigkeit, leitliniengetreu zu reanimieren, als „mangelhaft“ einschätzen würden.

Bei der Gegenfrage, wie die Hausärzte die Fähigkeit des Rettungsdienstpersonals einschätzen würden, leitliniengerecht zu reanimieren, vergaben insgesamt 92,62 Prozent eine sehr gute oder gute Schulnote („sehr gut“ 52,87 Prozent und „gut“ 39,75 Prozent). Lediglich ein Hausarzt schätzte die Leistung des Rettungsdienstes bei der Reanimation als „mangelhaft“ ein (0,41 Prozent). Den direkten Vergleich verdeutlicht Abbildung 14.

### Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienst

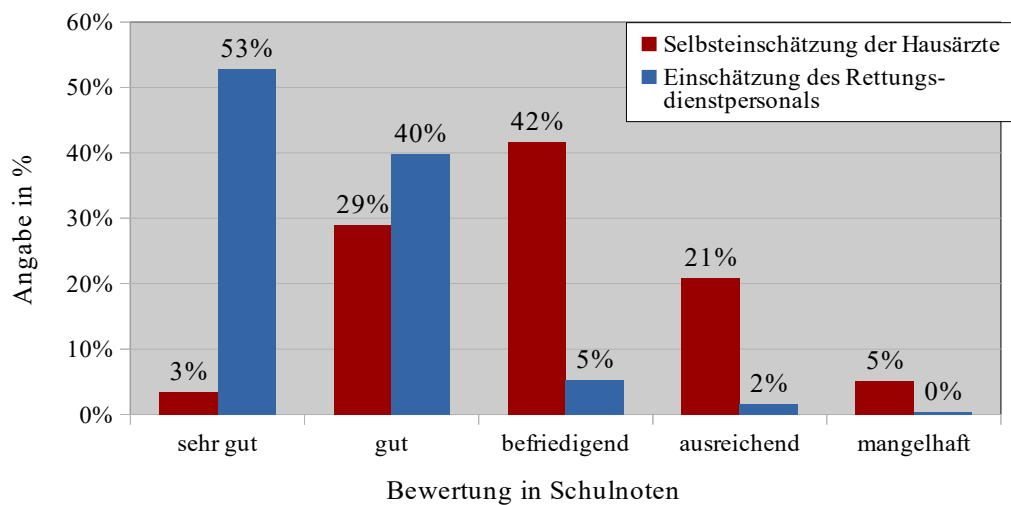


Abbildung 14: Vergleich der Einschätzungen der Fähigkeiten, leitliniengerecht zu reanimieren

Auf die Frage, ob es bei gemeinsamen Notfällen bereits Spannungen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis gegeben habe, gaben 141 Hausärzte (56,85 Prozent) an, dass dies noch nie der Fall gewesen sei. Weitere 70 Befragte (28,23 Prozent) waren der Meinung, dass dies eher selten der Fall sei. Nur 19 Hausärzte berichteten über „eher häufige“ (5,65 Prozent) oder „sehr häufige“ (2,02 Prozent) Spannungen aufgrund der Weisungsbefugnis. Die Zahlen kann man aus Tabelle 26 entnehmen.

Gab es bereits Spannungen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis?		
nie	141	56,85%
eher selten	70	28,23%
weder noch	18	7,26%
eher häufig	14	5,65%
sehr häufig	5	2,02%
<b>[N] =</b>	<b>248</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 26: Spannungen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis

Sehr ähnlich sehen die Angaben darüber aus, ob es bereits zu Meinungsdivergenzen mit Notärzten, den medizinischen oder organisatorischen Ablauf eines Einsatzes betreffend, kam. Der Median lag bei beiden Fragen bei „nie“. Die genauen Zahlen veranschaulicht Tabelle 27.

<b>Kam es bezüglich Fragen zum Einsatzablauf bereits zu Meinungsdivergenzen mit Notärzten?</b>		
nie	151	60,89%
eher selten	67	27,02%
weder noch	20	8,06%
eher häufig	7	2,82%
sehr häufig	3	1,21%
<b>[N] =</b>	<b>248</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 27: Häufigkeit der Meinungsdivergenzen mit Notärzten

Erfreulicherweise gaben 53,30 Prozent der Befragten an, dass sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren „eher“ (41,85 Prozent) oder sogar „stark“ (11,45 Prozent) verbessert habe. Weitere 92 Hausärzte (40,53 Prozent) sahen weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung. Lediglich ein Hausarzt (0,44 Prozent) bescheinigte eine starke Verschlechterung. Die prozentualen Angaben sind in Abbildung 15 verdeutlicht.

### **Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren verändert?**

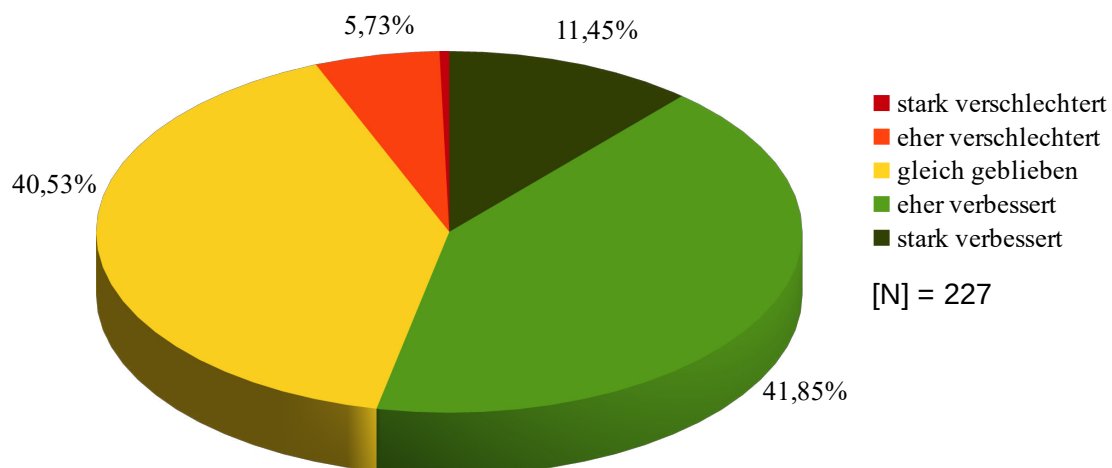


Abbildung 15: Veränderung der interdisziplinären Kommunikation und Kooperation

Die meisten Probleme treten laut Hausärzten mit der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen (42,31 Prozent aller Nennungen, Mehrfachnennungen waren möglich) auf. Es folgten die 30- bis 40-Jährigen (17,58 Prozent der Angaben) und die Mitarbeiter, die jünger

als 20 Jahre sind (15,38 Prozent der Angaben). Mit den älteren Rettungsdienstmitarbeitern kam es laut Befragten seltener zu Problemen. Die Zahlen schlüsselt Tabelle 28 auf.

<b>Mit welcher Altersgruppe von Hausärzten treten am häufigsten Probleme auf?</b>		
jünger als 20 Jahre	28	17,07%
20 -30 Jahre	77	46,95%
30 – 40 Jahre	32	19,51%
40 – 50 Jahre	15	9,15%
50 – 60 Jahre	18	10,98%
Über 60 Jahre	12	7,32%
<b> N  =</b>	<b>164</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 28: Problemhäufigkeit nach Altersgruppen aufgeschlüsselt

Bei den freien Antworten zeigte sich, dass die auftretenden Probleme vor allem kommunikativer Natur sind. Immerhin 31 Hausärzte kritisierten die derzeitigen Kommunikationsstandards. Unter anderem komme es vor allem in Stresssituationen hin und wieder zu einem Mangel an Verständnis für das Gegenüber (<55/293>, <73/311>, <193/431>). Viele der Befragten wünschen sich daher Schulungen, um eine geeignete Kommunikation garantieren zu können (<73/311>, <170/408>, <63/301>). Diese Thematik bezieht sich sowohl auf den Rettungsdienst selbst (<42/280>, <55/293>) als auch auf das Leitstellenpersonal (<10/248>, <65/303>). Wichtig sei es, die Möglichkeiten der Hausärzte kennen zu lernen und sich über eventuelle Probleme offen auszutauschen (<36/274>). Dies werde vor allem durch gegenseitigen Respekt (<222/460>, <235/473>), klare Kommunikation darüber, was noch vom Praxispersonal benötigt werde (<238/476>), sowie Nachbesprechungen nach Einsätzen erreicht (<212/450>). Außerdem sei es sinnvoll, jede Handlung verbal zu begleiten, damit alle Beteiligten verstehen, was als nächstes folge (<153/391>) und zu Beginn eines Einsatzes zu signalisieren, wer bei einem Team aus teilweise fünf Rettungsdienst-Mitarbeitern der Ansprechpartner des Hausarztes sei. Generell wünschten sich 18 Hausärzte explizit regelmäßige Treffen zwischen dem Hausärztekreis und Vertretern der Rettungsdienste an einem runden Tisch (<4/242>, <163/401>, <188/426>). Sehr viele Hausärzte (52) gaben bei den Freitextantworten an, dass sie sich gemeinsame Fortbildungen mit den Rettungsdiensten wünschen würden (u.a. <8/246>, <11/249>). Diese gemeinsamen Veranstaltungen würden sich laut Hausärzten vor allem im Rahmen der Regel-Fortbildungen bei den Rettungsdiensten (<130/368>) sowie als Workshops von einzelnen Rettungsdienst-Mitarbeitern in der Hausarztpraxis anbieten (<69/307>). Darüber hinaus würden sich laut den Befragten gegenseitige Hospitationen anbieten, um besser verstehen zu können, wie der jeweils andere Berufszweig arbeite und welche Ressourcen sowohl medizinisch als auch organisa-

torisch zur Verfügung stehen (<139/377>, <235/473>). Einige Hausärzte würden sich mehr Informationen vom Rettungsdienstpersonal wünschen. Dies betrifft vor allem die generelle Information, dass ein hausärztlicher Patient vom Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht wurde, die Angabe des Zielkrankenhauses des Patienten sowie über organisatorische Änderungen im Rettungsdienst (<90/328>, <208/446>). Umgekehrt wünschten sich auch drei Hausärzte von ihren hausärztlichen Kollegen, dass diese Arztbriefe, Notfallausweise und Medikamentenpläne zentral hinterlegen sollen, damit diese bei einem Notfall griffbereit seien (<122/360>). Dies könne beispielsweise in Form von vorgefertigten Übergabebogen realisiert werden (<7/245>). Drei Hausärzte waren der Meinung, dass das Rettungsdienstpersonal Vorschläge des Hausarztes nicht in Frage stellen dürfe, um eine problemlose Abwicklung des Notfalls zu ermöglichen (<30/268>, <75/313>). Auch sei „eine klare Anordnungs-Hierarchie dringend notwendig“ (<121/359>). Angemerkt wurde außerdem, dass es ein Problem darstelle, wenn der Rettungsdienst bei vital nicht bedrohlichen Einsätzen angefordert werde (<85/323>). Als problematisch wurde außerdem wahrgenommen, dass vom Rettungsdienst oft nicht abgewogen werde, welcher Patient in ein Krankenhaus eingewiesen werde und wer zuhause bleibe. Dies sei vor allem bei Bewohnern von Pflegeheimen auffällig. Hierfür sei eventuell auch eine bessere psychologische Schulung der Rettungsdienst-Mitarbeiter erforderlich (<217/455>). Um den Rettungsdienst zu entlasten, sei es außerdem sinnvoll, verstärkt den Ärztlichen Bereitschaftsdienst mit einzubeziehen und diesen auch frühzeitig über die Einsatzentwicklungen zu informieren (<207/445>, <65/303>). Immerhin 32 Hausärzte gaben an, dass die Zusammenarbeit keinerlei Verbesserung bedürfe (u.a. <19/257>, <72/310>).

Bei der Frage nach bestehenden Missständen nannten 21 Hausärzte die als mangelhaft wahrgenommene Verfügbarkeit von Krankentransportwagen vor allem in den Abendstunden (u.a. <15/253>, <26/264>). Einige Befragte gaben an, dass sie ein Problem in der Bezahlung, Ausbildung und Wertschätzung des Rettungsdienst-Personals sehen. Durch die problematische Personalpolitik komme es vor allem auf Krankentransportwagen zu mangelnder Kompetenz und durch Fahrzeugausfälle zu längeren Wartezeiten (<58/296>, <61/299>). In Randgemeinden solle man außerdem die Rettungszeiten verbessern (<104/342>). Des Weiteren wurde angeregt, die die Landkreise übergreifende Alarmierung von Rettungsmitteln zu optimieren, da es hier noch Verbesserungspotential gebe (<153/391>).

Die Befragung selbst betreffend vertrat ein Hausarzt die Meinung, dass der Fragebogen „zu viel Schwergewicht auf Missstände und Kommunikationsprobleme“ lege (<30/268>). Darüber hinaus regte ein anderer Befragter an, man hätte bei der Befragung auch das Geschlecht erfassen sollen (<95/333>).

## **5. Diskussion der Ergebnisse**

Mit der vorliegenden Querschnittstudie zur interdisziplinären Kommunikation und Kooperation zwischen Hausärzten und Rettungsdiensten wurde erstmals der Status quo im Beobachtungsraum dargestellt sowie die Verbesserung der derzeitigen Situation verfolgt. Es liegen zu diesem Zweck Daten von insgesamt 419 Studienteilnehmern vor.

### **5.1 Diskussion der Methodik**

Der Fragebogen bestand aus einem ähnlichen Fragenkonstrukt wie bei den Einzelinterviews mit den jeweiligen Berufsgruppen, um eine Vergleichsmöglichkeit zu ermöglichen. Um eine größtmögliche Objektivität der Studie zu erreichen, wurde der Fragebogen jedoch vor der Befragung mit Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen durchgesprochen und auf bestmögliche Objektivität, Reliabilität und Neutralität der Fragen überprüft. Von mehreren Hausärzten wurde bei der Auswertung des Fragebogens bemängelt, dass das Geschlecht und die regionale Zuordnung der jeweiligen Befragten nicht erhoben wurde. Dies geschah bewusst, da von mehreren Rettungsdienstleitungen eine Randomisierung der Daten gewünscht wurde. Da in einigen Rettungsdienstbereichen die Zahl der angestellten Frauen zum Befragungszeitraum sehr gering war, hätte bei der Erfassung des Geschlechts eine Zuordnung zu bestimmten Personen erfolgen und damit Anonymität nicht mehr gewährleisten können. Aus diesem Grund wurde bewusst auf die Erfassung von Geschlecht und Landkreis verzichtet. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass der Fragebogen stellenweise tendenziös strukturiert sei. Da in den Fragebögen auch nach Vorschlägen für etwaige Verbesserungsmöglichkeiten des Status quo gefragt wurde, ließ sich nicht hundertprozentig ausschließen, dass bereits durch die Frage selbst eine Beeinflussung der Studienteilnehmer dahingehend erfolgt ist, dass angenommen wurde, es müsse derzeit Mängel geben. Aufgrund der zeitlichen Diskrepanzen der jeweiligen Fortbildungsveranstaltungen der Rettungsdienste und den teilweise langen Rücklaufzeiten bei den postalischen Befragungen der Hausärzte kam es zu einer großen zeitlichen Latenz zwischen Befragungsstart und Befragungsende. Mit 143 Studienteilnehmern bei den nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitern, 24 Notärzten, sowie 252 Hausärzten ergab sich ein repräsentativer Querschnitt des untersuchten Kollektivs. Ein Vergleich der Anzahl der Studienteilnehmer mit Vergleichsstudien ist nicht möglich, da



derartige Untersuchungen in der Literatur bisher nicht beschrieben sind. Ein Vergleich der Altersstruktur der Hausärzte unter den Befragten im Vergleich zum Gesamtkollektiv ergab eine weitgehende Übereinstimmung. Bei weiteren Befragungen dieser Art könnte man diskutieren, ob die Anzahl der Items weiter verringert werden könnte, um die Teilnahmebereitschaft der Probanden noch erhöhen zu können.

## 5.2 Diskussion der Daten

Auffällig bei den Rettungsdienst-Mitarbeitern und Hausärzten war, dass die Hausärzte die Rettungsdienste durchweg besser bewerteten, als die Rettungsdienste die Hausärzte. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass es aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie zu einer Selektions-Bias gekommen ist. Man muss damit rechnen, dass sich vor allem diejenigen Hausärzte und Angehörigen des Rettungsdienstes an der Studie beteiligt haben, die ein gesteigertes Interesse an der Verbesserung der derzeitigen Situation oder aber ein generelles Interesse an Forschungsvorhaben haben. Die Daten werden außerdem dadurch eingeschränkt, dass einige Befragte angaben, noch nicht lange genug in diesem Gesundheitsbereich gearbeitet zu haben, um langfristige Veränderungen beurteilen zu können. Hinzu kommt, dass die Hausärzte gebeten wurden, den ausgefüllten Fragebogen in einem vorfrankierten Umschlag postalisch zurück zu senden, während die ausgefüllten Fragebögen bei den Rettungsdiensten direkt eingesammelt wurden. Dies könnte dazu geführt haben, dass der erhöhte Aufwand bei den Hausärzten zu einer Selektion der besonders motivierten Hausärzte geführt hat. Um eine Stichprobenverzerrung insgesamt zu minimieren, wurden alle Hausärzte im Betrachtungsraum angeschrieben und damit eine konsekutive Rekrutierung angestrebt.<sup>17</sup>

Die Abweichung in der Bewertung medizinischen Kompetenz bei Notfällen der jeweils anderen Berufsgruppe zwischen Rettungsdiensten (Median „gut“) und Hausärzten (Median „befriedigend“) ist erklärbar durch die Niedrigprävalenz<sup>18</sup> von Notfällen in der Hausarztpraxis und dem damit verbundenen niedrigeren Grad der Sensibilisierung der Hausärzte auf Notfälle. Die Diskrepanz in der Bewertung der jeweiligen anderen Berufsgruppe zog sich auch über die anderen Fragen zu den Abläufen bei medizinischen Notfällen hinweg. Gestützt wird diese These dadurch, dass in den Freitextantworten gehäuft zu lesen war, dass es mit Hausärzten, die selbst bereits notärztlich tätig waren, kaum zu Problemen kam. Auftretende Probleme in der notfallmäßigen Versorgung beru-

hen laut der Studie oft auf Kommunikationsschwierigkeiten, welche unter anderem durch mangelnde Fortbildung und Unterschiede in den Ausbildungsniveaus ausgelöst werden. Dies ist auch von P. Sefrin bereits beschrieben worden.<sup>19</sup> In der Studie verdeutlichte sich die Problematik dergestalt, dass ein Gros der Befragten der derzeitigen Kommunikation zwischen Rettungsdiensten und Hausärzten als eines der größten Probleme in den Freitextfragen betitelten. Die Bereitschaft, in Zukunft zusätzliche Foren für den gegenseitigen fachlichen Austausch schaffen zu wollen, wurde von beiden Seiten bekräftigt, bei Gespräch mit den Rettungsdienstleitern bestätigt und als hauptsächliches langfristiges Ziel definiert.

In der Studie zeigte sich außerdem, dass sich viele Befragten einen besseren Austausch über Missstände bei gemeinsamen Einsätzen wünschen. 70-80% der Fehler in der Medizin sind im Bereich der menschlichen Faktoren begründet.<sup>20</sup> In der Luftfahrt und mittlerweile auch in der hausärztlichen Versorgung und im Rettungsdienst wurde deshalb ein umfassendes Konzept, das Crisis Resource Management, etabliert, mit welchem versucht wird, die menschlichen Fehler zu vermeiden. Hierbei steht die Kommunikation im Modell des Crisis Resource Management nicht umsonst zwischen den anderen vier Bausteinen als Bindeglied in der Mitte.<sup>21</sup> Einige Befragte in der Studie gaben an, sich ein ähnliches System oder zumindest Teile eines ähnlichen Gefüges auf die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Hausärzten optimiert zu wünschen. Eine Etablierung der fünf Komponenten „Kommunikation“, „Teamwork“, „Entscheidungsfindung“, „Aufgabenmanagement“ und „situation awareness“, beziehungsweise eine Umsetzung der 15 Leitsätze des Crisis Resource Management kann laut Rall und Dieckmann zu einer Reduktion der Fehlerhäufigkeit führen.<sup>22</sup> Mit der Umsetzung dieser Grundsätze könnte ein Großteil der in den Fragebögen angesprochenen Missstände behoben werden. Als Auszug aus den Grundsätzen des Crisis Resource Management sollen im Folgenden einige Leitsätze in Bezug zu den Ergebnissen der Studie gesetzt werden. Der erste Schlüsselatz „know the environment“ könnte man so umsetzen, dass man gegenseitige Hospitationen und Praktika anbietet, um die Möglichkeiten und die Arbeitsumgebung der jeweils anderen Berufsgruppe kennen zu lernen. Der zweite Satz „anticipate and plan“ könnte man so verstehen, dass man alle Beteiligten durch gemeinsame Schulungen auf vermeintlich unvorhersehbare Situationen vorbereitet. Die konsequente Auseinandersetzung mit dem vierten Leitsatz „exercise leadership and followership“ sollte Spannungen aufgrund der Weisungsbefugnis verhindern. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es bei

der Übertragung der Leitung in einer Situation zu Problemen kommen kann<sup>23</sup>, weshalb, die Einsatzleitung nicht übergeben werden sollte, wenn dies einsatztaktisch möglich ist. Der achte Leitsatz „communicate effectively“ wurde thematisch am häufigsten von den Antworten in den Fragebögen der Studie tangiert. Viele Befragte beider Berufszweige wünschten sich eine effektive Kommunikation, was unter anderem eine vollständige, aber auch nicht zu ausschweifende Patientenübergabe und gute zwischenmenschliche Kommunikationsformen angeht. Mit der Umsetzung des achten Leitsatzes des CRM: „Mobilize all available information“ könnte man beispielsweise verhindern, dass beim Eintreffen des Rettungsdienstes bestimmte Formulare noch nicht gerichtet sind. In den Freitextantworten der Fragebögen fanden sich dementsprechende Verbesserungswünsche. Im Rettungsdienst könnte eine Einführung des CRM-Systems über Fortbildungen auf diesem Bereich und eine Aufnahme in das Qualitätsmanagementsystem von Statten gehen. Gemeinsame Fortbildungen und Gespräche am runden Tisch mit den Hausärzten der jeweiligen Region könnten dies komplettieren und wurden auch von den Befragten gehäuft vorgeschlagen und gewünscht.

Für den hausärztlichen Bereich liegen bereits positive Ergebnisse für die Internetseite [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt am Main als Vertreter eines „incident reporting systems (IRS)“, also einem System zur offenen retrospektiven Aufarbeitung von Fehlern vor. Bereits jetzt ist dieses auch für die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Hausärzten zur Beteiligung geöffnet.<sup>24</sup>

Bei der Betrachtung der organisatorischen Spannungsfelder fiel auf, dass sowohl die Rettungsdienste als auch die Hausärzte eine Problematik in der Verfügbarkeit und der Indikationsstellung von Krankentransportwagen sahen. Bei den Rettungsdiensten war vor allem eine Unzufriedenheit über die Indikationsstellung von Rettungsmitteln herauszulesen. Dies betraf vor allem den vermehrten Einsatz von Rettungstransportwagen für Einsätze, für welche, objektiv gesehen, ein Krankentransportwagen ausgereicht hätte. Die Hausärzte hingegen bemängeln vor allem die schlechte Verfügbarkeit von Krankentransportwagen in den Abendstunden. Darauf reagierte bereits im Jahr 2014 das Deutsche Rote Kreuz in Baden-Württemberg mit einer Forderung an die Landesregierung nach maximalen Wartezeiten für Krankentransportwagen, um den Druck auf die Kostenträger erhöhen zu können.<sup>25</sup> Bisher konnte jedoch keine langfristige Lösung für dieses Problem gefunden werden.

### **5.3 Perspektive**

Die oben erwähnten Verbesserungsvorschläge wurden mit den Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen durchgesprochen. Auf diesem Weg wurde versucht, eine langfristige Verbesserung des Status quo herbeizuführen.

## Literaturverzeichnis

- 1 Urbainczyk H. Randnotiz: Der Auftritt der Notfallmedizin, Dtsch Arztebl International, 2013, July 22; 29-30/110: A-1403, Available from:  
<http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=143426>, eprint =  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=143426>
- 2 Metke N, Fechner J. Die ambulante medizinische Versorgung 2017, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Körperschaft des öffentlichen Rechts, 2017, October; 37
- 3 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Bevölkerung nach Altersgruppen im Landkreis Freudenstadt nach Zensus 2011; 2011, May 9; [cited 2017 Nov 9]. Available from:  
[https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:08237,BEG\\_1\\_5\\_0,ALTER\\_KURZ-1](https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:08237,BEG_1_5_0,ALTER_KURZ-1),
- 4 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Bevölkerung nach Altersgruppen im Landkreis Rottweil nach Zensus 2011; 2011, May 9; [cited 2017 Nov 9]. Available from:  
[https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:08325,BEG\\_1\\_5\\_0,ALTER\\_KURZ-1](https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:08325,BEG_1_5_0,ALTER_KURZ-1)
- 5 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Bevölkerung nach Altersgruppen im Landkreis Ortenaukreis nach Zensus 2011; 2011, May 9; [cited 2017 Nov 9]. Available from:  
[https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:08317,BEG\\_1\\_5\\_0,ALTER\\_KURZ-1](https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:08317,BEG_1_5_0,ALTER_KURZ-1)
- 6 Statistisches Bundesamt. Die Generation 65+ in Deutschland; Broschüre; 2015, July 29, 5. Available from:  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure\\_generation65.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile), Zugriff am 28.04.2016
- 7 Metke N, Fechner J. Die ambulante medizinische Versorgung 2017, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Körperschaft des öffentlichen Rechts, 2017, October; 60f, 85f, 98f
- 8 Kassenärztliche Vereinigung. Notfallpraxen [cited 2016 April 28]. Available from: <https://www.kvbawue.de/buerger/notfallpraxen/>

- 9 DRK Rettungsdienst Kreisverband Wolfach e.V.. Rettungsdienststandorte im Kinzigtal [cited 2017 November 09]. Available from:  
<http://kv-wolfach.drk.de/was-wir-tun/rettungsdienst/rettungswachen.html>
- 10 DRK Kreisverband Freudenstadt e.V.. Rettungswachen [cited 2017 November 09]. Available from:  
<http://www.drk-kv-fds.de/rettungsdienst/rettungswachen.html>
- 11 DRK Kreisverband Rottweil e.V.. Die Wachen des DRK-Rettungsdienstes [cited 2017 November 09] Available from:  
<http://www.rettungsdienst-rottweil.de/landkreis.htm>
- 12 Kuhnke R. Notfallsanitäter: Neues Berufsbild im Rettungsdienst; rotkreuz aktiv. 2015 April; 4-2015: 5
- 13 Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (NotSanG); 2013 May 22 (BGBl I, 1348); , based on Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG,
- 14 Walus A. Die notfallmedizinische Heilkundequalifikation von Notfallsanitätern aus juristischer Sicht; Rettungsdienst; 2016; 1-2016/39: 73ff
- 15 Poguntke P. Der lange Abschied vom RettAss: Was besagen die Fahrzeugbesetzungsregelungen der Länder?; Rettungsdienst; 2016; 2-2016/39: 40
- 16 Frank N, Memm K. Rettungsdienst und organisierter vertragsärztlicher Notdienst – wer ist wann zuständig und welche Weisungsbefugnisse gibt es?; Thüringer Ärzteblatt; 2013; 2-2013/24: 87ff
- 17 Schmucker C, Nothacker M, Rücker G, Muche-Borowski C, Kopp I, Meerpohl JJ. Bewertung des Biasrisikos (Risiko systematischer Fehler) in klinischen Studien: ein Manual für die Leitlinienerstellung; Cochrane Deutschland, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement; 2016, May 04; Available from:  
<http://www.cochrane.de/de/rob-manual>
- 18 Riedl B, Peter W. Basiswissen Allgemeinmedizin [E-Book], Berlin: Springer; 2017; 5ff DOI: 10.1007/978-3-662-53480-9
- 19 Sefrin P. Schnittstelle Hausarzt und Rettungsdienst in Handbuch des Rettungswesens. Bochum: Mendel-Verlag; 1995: 1-5
- 20 Moecke H, Marung H, Oppermann S (Hrsg.). Praxishandbuch Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst; Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2013: 149ff

- 21 Rall M, Lackner C K. Crisis Resource Management – der Faktor Mensch in der Medizin; Notfall + Rettungsmedizin; 2010, July 22; 5-2010: 349ff; DOI 10.1007/s10049-009-1271-5
- 22 Rall M, Dieckmann P, Gaba D. Human performance and patient safety; Euroanesthesia 2005; 2005, May 28: 107ff
- 23 Østergaard D, Dieckmann P, Lippert A. Simulation and CRM; Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 2011 25: 239ff  
DOI:10.1016/j.bpa.2011.02.003
- 24 Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement; Dtsch Arztebl Int; 2010, February 12; 107/6: 95  
DOI: 10.3238/arztebl.2010.0092
- 25 Ärzte Zeitung. DRK fordert beim Krankentransport Höchstwartezeit; Ärzte Zeitung; 2014. November 19; 123: 7

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standorte der Rettungswachen (Quelle: OpenStreetMap und Mitwirkende, CC-BY-SA) .....	4
Abbildung 2: Einschätzung der medizinischen Kompetenz der Hausärzte.....	16
Abbildung 3: Einschätzung der organisatorischen Kompetenz der Hausärzte.....	17
Abbildung 4: Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation im Vergleich.....	19
Abbildung 5: Spannungen bei Einsätzen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis nach Alter.....	20
Abbildung 6: Spannungen bei Einsätzen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis nach Qualifikation.....	20
Abbildung 7: Wunsch nach Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation.....	22
Abbildung 8: Wunsch nach regelmäßigen Notfall-Schulungen.....	22
Abbildung 9: Einschätzung der medizinischen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals.....	31
Abbildung 10: Einschätzung der organisatorischen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals.....	34
Abbildung 11: Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation im Vergleich.....	36
Abbildung 12: Aufklärungsbedarf über Einsatzindikationen von Rettungsmitteln.....	36
Abbildung 13: Wunsch nach Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation.....	39
Abbildung 14: Vergleich der Einschätzungen der Fähigkeiten, leitliniengerecht zu reanimieren.....	40
Abbildung 15: Veränderung der interdisziplinären Kommunikation und Kooperation. .	42



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: An der Studie teilnehmendes Rettungsdienstpersonal nach Qualifikation...	12
Tabelle 2: An der Studie teilnehmendes Rettungsdienstpersonal nach Altersgruppe....	12
Tabelle 3: An der Studie teilnehmende Notärzte nach Qualifikation.....	13
Tabelle 4: An der Studie teilnehmende Notärzte nach Altersgruppe.....	13
Tabelle 5: An der Studie teilnehmende Hausärzte nach Qualifikation.....	14
Tabelle 6: An der Studie teilnehmende Hausärzte nach Altersgruppe.....	14
Tabelle 7: Gefühl der Wertschätzung des Rettungsdienstpersonals.....	19
Tabelle 8: Bewertung der hausärztlichen Fähigkeit, medizinische Notfälle als solche zu erkennen.....	21
Tabelle 9: Bewertung der hausärztlichen Fähigkeit, medizinisch unkritische Patienten als solche zu erkennen.....	21
Tabelle 10: Einschätzung der Fähigkeit der Hausärzte zu reanimieren (nach Altersgruppe).....	23
Tabelle 11: Problemhäufigkeit bei der Arbeit mit Hausärzten nach Altersgruppen.....	24
Tabelle 12: Notwendigkeit der Aufklärung über Rettungsmittel.....	24
Tabelle 13: Häufigkeit der Probleme mit dem Ausstellen einer Krankentransport-Verordnung.....	25
Tabelle 14: Einschätzung der medizinischen Kompetenz der Hausärzte.....	27
Tabelle 15: Einschätzung der organisatorischen Kompetenz der Hausärzte.....	28
Tabelle 16: Einschätzung der interdisziplinären Kommunikation.....	28
Tabelle 17: Wunsch nach besserer interdisziplinärer Kommunikation.....	29
Tabelle 18: Fähigkeit, leitliniengetreu zu reanimieren.....	29
Tabelle 19: Problemhäufigkeit mit Hausärzten nach Altersgruppen.....	30
Tabelle 20: Einschätzung der medizinischen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals nach Altersgruppen.....	31
Tabelle 21: Wahrnehmung der Wertschätzung.....	37
Tabelle 22: Bewertung der rettungsdienstlichen Fähigkeit, medizinische Notfälle als solche zu erkennen.....	37
Tabelle 23: Bewertung der rettungsdienstlichen Fähigkeit, medizinisch unkritische Patienten als solche zu erkennen.....	38
Tabelle 24: Einhaltung der medizinischen Kompetenzen des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals.....	38
Tabelle 25: Sinn von regelmäßigen Schulungen.....	39
Tabelle 26: Spannungen aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis.....	41
Tabelle 27: Häufigkeit der Meinungsdivergenzen mit Notärzten.....	41
Tabelle 28: Problemhäufigkeit nach Altersgruppen aufgeschlüsselt.....	42

## Abkürzungsverzeichnis

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
ACS	Akutes Koronarsyndrom
AED	Automatisierter externer Defibrillator
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BGB	Bundesgesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
CPR	Kardiopulmonale Reanimation
CRM	Crisis Ressource Management
CT	Computertomographie
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EKG	Elektrokardiogramm
ERC	European Resuscitation Council
FDS	Freudenstadt
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GG	Grundgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ILS	Integrierte Leitstelle
i.v.	intranvenös
KH	Krankenhaus
KTW	Krankentransportwagen
KV	Krankenversicherung oder Kassenärztliche Vereinigung
LG	Landesgesetz
LGBI	Landesgesetzblatt
mbH	mit beschränkter Haftung
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
NAW	Notarzteinsatzwagen

NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFS	Notfallsanitäter
OG	Ortenaukreis (Kreisstadt Offenburg)
RA	Rettungsassistent
RS	Rettungssanitäter
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungstransportwagen
RW	Rettungswache oder Rottweil
SpO2	Funktionelle Sauerstoffsättigung
STEMI	ST-Hebungs-Myokardinfarkt
StGB	Strafgesetzbuch

## **Danksagung**

Einigen Menschen schulde ich einen herzlichen Dank. Zu aller Erst möchte ich hierbei meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. med. Johannes Jäger danken, denn er hatte immer ein offenes Ohr für Probleme und stand mir stets unkompliziert mit Rat und Tat bei der Dissertation zur Seite. Darüber hinaus gebührt mein Dank vor allem meinen Eltern Michael und Ines Fritz und meiner Partnerin Lara Rühle, die mich in dieser Zeit begleitet und immer wieder aufgefangen haben.

# Anhang

## Inhaltsverzeichnis

Übersicht über die an der Studie teilnehmenden Rettungswachen.....	59
Liste der angeschriebenen Ärzte.....	60
Interview mit Herrn Dr. med. Martin Keßler.....	74
Interview mit Herrn Marcus Auel.....	79
Interview mit Herrn Dr. med. Matthias Mörsdorf.....	84
Interview mit Frau Dr. med. Bettina Siepe.....	86
Interview mit Herrn Dominik Rapp.....	88
Interview mit Herrn Patrick Hug.....	91
Fragebogen nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal.....	95
Fragebogen ärztliches Rettungsdienstpersonal.....	99
Fragebogen hausärztlich tätige Ärzte.....	102
Grundausswertung der Befragung des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals.....	105
Grundausswertung der Befragung der Notärzte.....	128
Grundausswertung der Befragung der Hausärzte.....	136

## Übersicht über die an der Studie teilnehmenden Rettungswachen

Landkreis Freudenstadt	Landkreis Ortenaukreis	Landkreis Rottweil
DRK RW Freudenstadt Karl-von-Hahn-Str. 120 72250 Freudenstadt	DRK RW Hausach Hauptstr. 82C 77756 Hausach	DRK RW Schiltach Hauptstr. 34 77761 Schiltach
DRK RW Loßburg (NEF) Vorderer Siedlungsweg 72290 Loßburg	DRK RW Hornberg Am Schofferpark 7 78132 Hornberg	DRK RW Rottweil Krankenhausstr. 14 78628 Rottweil
DRK RW Loßburg (RTW) Bahnhofstraße 34 72290 Loßburg	DRK RW Zell a. H. Am Galgenfeld 1 77736 Zell a. H.	DRK RW Oberndorf König-Wilhelm-Str. 4 78727 Oberndorf
DRK RW Baiersbronn (NEF) Murgtalstr. 9 72270 Baiersbronn	DRK RW Ettenheim Robert-Koch-Str. 15 77955 Ettenheim	DRK RW Sulz Stuttgarter Str. 73 72172 Sulz a. N.
DRK RW Baiersbronn (RTW) Nogent-Le-Rotrou-Str. 4 72270 Baiersbronn	DRK RW Lahr Bottenbrunnenstr. 24 77933 Lahr	DRK RW Schramberg Gewerbepark H.A.U. 38 78713 Schramberg
DRK RW Horb Burgstall 9 72160 Horb a. N.	DRK RW Kehl Kanzmattstr. 4 77694 Kehl	
DRK RW Schopfloch Hörschweiler Str. 8 72296 Schopfloch	DRK RW Oberkirch Eisenbahnstr. 9B 77704 Oberkirch	
	DRK RW Offenburg Rammersweierstr. 3 77654 Offenburg	
	DRK RW Rheinau-Freistett Maiwaldstr. 41 77866 Rheinau	
	momeD mbH RW Lahr Ersteiner Str. 6 77933 Lahr	

## Liste der angeschriebenen Ärzte

Landkreis Freudenstadt (nach Ärztesuche der KVBW am 22.08.2016)		
Herr Doctor-medic Tudor Balaceanu	Hauptstr. 3	72285 Pfalzgrafenweiler
Herr Dr. med. Gerhard Baur	Lange Str. 58	72285 Pfalzgrafenweiler
Frau Dr. med. Saskia Baur	Lange Str. 58	72285 Pfalzgrafenweiler
Herr Thomas Becker	Kurhausstr. 1	77776 Bad Rippoldsau-Schapbach
Herr Dr. med. Ernst Beilharz	Ellbachstr. 13	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med. Armin Bohnet	Straßburger Str. 57	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Werner Bösch	Kreuzstr. 20	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med. Harald Braun	Steigle 34	72160 Horb am Neckar
Frau Dr. med. Birgit Busch-Wurster	Lauterbadstr. 4	72250 Freudenstadt
Frau Dr. med. Ulrike Deeg	Häfnerstr. 2	72293 Glatten
Herr Dr. med. Walter Deeg	Häfnerstr. 2	72293 Glatten
Herr Dr. med. Hansjürgen Donel	Karl-von-Hahn-Str. 28	72250 Freudenstadt
Frau Helga Eberhardt	Karlstr. 8	72275 Alpirsbach
Frau Dr. med. Sigrid Erdmann	Schifferstr. 25	72270 Baiersbronn
Frau Dr. med. Heike Falk	Ortsstr. 13	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Michael Fischer	Karlsstr. 9	72275 Alpirsbach
Herr Dr. med. Thomas Fischer	Hauptstr. 37	72290 Loßburg
Herr Dr. med. Bernard Freise	Turnhallestr. 53	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Karl Gasiorek	Burgstall 9	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med. Matthias Geis	Hauptstr. 18	72280 Dornstetten
Herr Dr. med. Hermann Glück	Peterzeller Str. 9	72290 Loßburg
Frau Dr. med. Margarethe Grieshaber	Lichtensteinstr. 1	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Georg Grötzinger	Brandströmstr. 1/1	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Franz-Josef Hacker	Lauterbadstr. 23	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Friedemann Heck	Kirchberger Weg 34	72160 Horb am Neckar
Frau Dr. med. Elisabeth Heckmann	Murgtalstr. 7	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Manfred Heinrich	Heselwiesenstr. 6	72280 Dornstetten
Frau Dr. med. Adelheid Hüllemann-Fischer	Ortsstr. 13	72250 Freudenstadt
Herr Wladimir Kaminski	Wittlensweiler Str. 61	72250 Freudenstadt
Frau Dr. med. Maria Kaufmann	Karl-von-Hahn-Str. 120	72250 Freudenstadt
Herr Dipl. Biologe Ernst-Rudolph Klumpp	Freudenstädter-Str. 36	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med. Bertil Kluthe	Turnhallestr. 52	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Stefan Koehler	Rappenstr. 12	72250 Freudenstadt
Herr Matthias Kraft	Marktplatz 14	72250 Freudenstadt

Herr Dr. med. Dieter Krampitz	Freudenstädter Str. 36	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med. Anton Kreidler	Tannenweg 12	72178 Waldachtal
Herr Dr. med. Volker Kühne	Schillerstr. 8	72160 Horb am Neckar
Frau Barbara Kuznik	Straßburger Str. 57	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Albrecht Lamerz	Schillerstr. 28	72160 Horb am Neckar
Frau Dr. med. Sigrid Lamerz	Schillerstr. 28	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med. Stefan Langrehr	Karl-von-Hahn-Str. 28	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Wolfgang von Meißner MHBA	Freudenstädter-Str. 36	72270 Baiersbronn
Herr Carl Friedrich Metzner	Hauptstr. 33	72290 Loßburg
Frau doctor-medic Lacramioara-Cerasela Miclus	Hauptstr. 31	72178 Waldachtal
Frau Dr. med. Claudia Möhrle	Hermann-Hesse-Str. 21	72160 Horb am Neckar
Frau Dr. med. Dorothee Müller-Müll	Hartranftstr. 2	72250 Freudenstadt
Herr Dr. med. Michael Nagel	Saarstr. 10	72160 Horb am Neckar
Frau Dr. med. Beatrix Oberle	Vollmaringer Weg 4	72184 Eutlingen im Gäu
Herr Dr. med. Jürgen Oberle	Vollmaringer Weg 4	72184 Eutlingen im Gäu
Frau Iona-Cristina Oprea	Schillerstr. 34	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med Maximilian Paetzel	Lauterbadstr. 4	72250 Freudenstadt
Frau Dr. med. Helga Raible	Hindenbrugstr. 53	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med. Rainer Schach	Hindenbrugstr. 53	72160 Horb am Neckar
Frau Dr. med. Beate Schaible	Oberdorfstr. 112	72270 Baiersbronn
Herr Hans-Jörg Schaible	Oberdorfstr. 112	72270 Baiersbronn
Frau Dr. med. Annika Schiepe	Bahnhofstr. 21	72275 Alpirsbach
Frau Dr. med. univ. Corinna Schiletz	Weiherplatz 5	72186 Empfingen
Herr Dr. med. Peter Schilling	Freudenstädter-Str. 38	72297 Seewald
Herr Dr. med. Michael Schmelzle	Tannenweg 12	72178 Waldachtal
Frau Dr. med. Susanne Schöller	Leinsteige 15	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med. Philipp Schwarze	Saarstr. 10	72160 Horb am Neckar
Herr Dr. med. Michael Seitz	Freudenstädter Str. 36	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med- Tim Seizer	Hauptstr. 10	72280 Dornstetten
Frau Birgit Soika	Hauptstr. 28	72296 Schopfloch
Herr Christian Soika	Hauptstr. 28	72296 Schopfloch
Herr Dr. med. Markus Stiletto	Rosenplatz 18	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med. Peter Stoll	Bahnhofstr. 21	72275 Alpirsbach
Herr Gerhard Sturm	Turnhallestr. 52	72250 Freudenstadt
Frau Dr. med. Dr. rer. nat- Elfi Wäckers	Klosterstr. 5	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med. Ludwig Wäckers	Klosterstr. 5	72270 Baiersbronn
Herr Dr. med. Peter Wasel	Marktplatz 14	72250 Freudenstadt
Frau Herta Watz	Hindenburgstr. 53	72160 Horb am Neckar
Frau Hanna Weise	Weiherplatz 5	72186 Empfingen



Herr Dr. med. Markus Winterhalter	Burgstr. 28	72285 Pfalzgrafenweiler
Frau Dr. med. Iris Wittke	Tannenweg 12	72178 Waldachtal
Herr Claas Wolff	Am Mühlberg 1	72290 Loßburg

<b>Landkreis Ortenaukreis (nach Ärztesuche der KVBW am 22.08.2016)</b>		
Herr Dr. med. Reinhard Ablaßmeier	Allmannsweierer Hauptstr. 12	77963 Schwanau
Herr Dr. med. Heino Adam	Tannenweg 6	77948 Friesenheim
Herr Marcus Auel	Hauptstr. 2-4	77756 Hausach
Frau Dr. med. Karin Aukthun	Schmidtenstr. 10	77963 Schwanau
Frau Dr. med. Tanja Ax	Bahnhofstr. 10	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Wolfram Ax	Bahnhofstr. 10	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Dieter Bauer	Hauptstr. 102/1	77746 Schutterwald
Herr Dr. med. Adelbert Bayer	Sulzberstr. 7	77933 Lahr
Herr Dr. med. Karl Heinz Bayer	Schwimmbadstr. 5	77740 Bad Peterstal-Griesbach
Herr Dr. med. Christoph Behre	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Frau Dr. med. Katharina Behre	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Herr Dr. med. Ulrich Behre	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Frau Dr. med. Jutta Beichert	Alte Bahnhofstr. 10/2	77933 Lahr
Frau Mona Beil	Akazienweg 19	77743 Neuried
Herr Dr. med. Rainer Beneke	Alte Bahnhofstr. 10/3	77933 Lahr
Frau Dr. med. Andrea Bengel-Flach	Feuergasse 8	77723 Gengenbach
Herr Dr. med. Frank Berg	Luisenstr. 8	77955 Ettenheim
Herr Dr. med. Heinrich Bert	Brunnenstr. 19	77972 Mahlberg
Herr Peter Betjemann	Hauptstr. 88	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Bärbel Bleicher	Hauptstr. 179	77767 Appenweier
Herr Dr. med. Hugo Bleicher	Hauptstr. 179	77767 Appenweier
Frau Dr. Univ. Porto Tereza Bliß	Hauptstr. 26	77716 Haslach
Herr Jürgen Blohorn	Schwarzwaldstr. 8	77975 Ringsheim
Frau Dr. med. Liliana Boisdur	Kähnermatt 5/1	77933 Lahr
Frau Dr. med./Med. Akad. Kattowitz Ewa Boruta-Thalmann	Schillerstr. 13	77933 Lahr
Herr Dr. med. Hartwig Bötticher	Goethestr. 7	77933 Lahr
Frau Dr. med. Beate de Bra	Ratskellerstr. 9	77855 Achern
Frau Dr. med. Dipl.-Biol. Anne-Christin Brändl-Wenzel	Weingartenstr. 27	77871 Renchen
Frau Dr. med. Andrea Braun	Am Marktplatz 8	77704 Oberkirch
Herr Uwe Breinlinger	Talstr. 49	77887 Sasbachwalden
Frau Dr. med./Univ. Nantes Annie Brichaux-Buchgeister	Alter Sportplatz 13	77880 Sasbach

Frau Dr. med. Monika Brichta	Hermann-Dietrich-Str. 12	77694 Kehl
Herr Dr. med. Jürgen Brommer	Hauptstr. 37	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Andreas Bruch	Alte Bahnhofstr. 10/2	77933 Lahr
Herr Dr. med. Günther Brunner	Hauptstr. 9	77709 Wolfach
Herr Dr. med. Clemens Buchgeister	Alter Sportplatz 13	77880 Sasbach
Herr Dr. med. Bernhard Büchler	Hindenburgstr. 25	77736 Zell a. H.
Herr Ralf Bücking	Am Burgweierle 1	77694 Kehl
Herr Karl-Heinz Bühner	Luisenstr. 8	77955 Ettenheim
Frau Dr. med. Angelika Burgert	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Frau Dr. med. Rita Bürk	Feldbergstr. 12	77731 Willstätt
Herr Dr. med. Hanns-Michael Burow	Am Marktplatz 8	77704 Oberkirch
Frau Dr. med. Ute Busch	Bahnhofstr. 14	77709 Wolfach
Frau Dr. med. Gerlinde Buyny	Hauptstr. 70	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Olaf Buyny	Hauptstr. 70	77704 Oberkirch
Herr Theodor Cora	Blumenstr. 2	77855 Achern
Herr Doctor-Medic/ IM Temeschburg Vlad-Gabriel Cucuiu	Hauptstr. 123	77694 Kehl
Herr Dr. med. Georg Deck	Weinstr. 46a	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Gerhard Decker	Eisenbahnstr. 15	77855 Achern
Herr Dr. med. Dominik Dengel	Lindenstr. 3	77716 Haslach i. K.
Frau Anke Deninger	Luisenstr. 8	77955 Ettenheim
Herr Dr. med. Jan Dentler	Am Rathaus 2	77736 Zell a. H.
Herr Dr. med. Werner Dentler	Am Rathaus 2	77736 Zell a. H.
Herr Thomas Deschler	Hauptstr. 42	77790 Steinach
Herr Dr. med. Robert Desiderato	Schulstr. 21	77966 Kappel-Grafenhausen
Frau Dr. med. Ulrike Diener	Am Krähenäckerle 1	77723 Gengenbach
Herr Dr. med. Wilfried Diener	Ebertplatz 12a	77654 Offenburg
Frau Dr. Ute Dimopolus	Schillerstr. 6-8	77933 Lahr
Herr Werner Dinkelbach	Friedrichstr. 1	77948 Friesenheim
Herr Claus Discher	Gartenstr. 16	77723 Gengenbach
Frau Dr. med. Janine Distelrath	Tullastr. 35	77866 Rheinau
Herr Dr. med. Jürgen Dogs	Windschläger Str. 66	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Christine Dold	Hauptstr 19	77781 Biberach
Frau Dr. med. Barbara Dorner	Hauptstr. 43	77793 Gutach
Herr Dr. med. Martin Friedrich Drees	Laubengasse 6	77770 Durbach
Herr Dr. med. Christoph Dreher	St.Georgsweg 4	77791 Berghaupten
Frau Dr. med. Vera Renée Dreher	Aleestr. 17	77933 Lahr
Herr Dr. med. Norbert Dürr	Südring 6	77704 Oberkirch
Herr Edelbert Duy	Hauptstr. 89	77855 Achern
Herr Dr. med. Dieter Egle	Schloßplatz 24	77933 Lahr

Herr Dr. med. Michael Eickmann	Hauptstr. 46	77871 Renchen
Herr Dr. med. Klaus Eisinger	Hauptstr. 64 und 66	77876 Kappelrodeck
Herr Dr. med. Peter Eismann	Spitalstr. 11	77736 Zell a. H.
Herr Dr. med. Michael Eitel	Wassergartenstr. 22	77972 Mahlberg
Herr Dr. med. Dr. rer. nat. Bernard Ellmann	Mühlenstr. 3	77966 Kappel-Grafenhausen
Herr Dr. med. Horst Elsaesser	Kronenstr. 24	77948 Friesenheim
Frau Dr. med. Sabine Fink-Oehm	Hauptstr. 73	77746 Schutterwald
Frau Maria Fischer	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Frau Monika Fischer	Luisenstr. 8	77955 Ettenheim
Herr Dr. med. Holger Carsten Fitzke	Alleestr. 17	77933 Lahr
Frau Dr. med. / Univ. Budapest Diane Frank-Ermuth	Kaiserstr. 99	77933 Lahr
Herr Mario Frenk	Hauptstr. 41	77694 Kehl
Frau Dr. med. Ute Frittrang	Hauptstr. 85	77955 Ettenheim
Frau Dott./Univ. Modena Susanne Füllenbach	Im Weiertsfeld 65	77948 Friesenheim
Herr Dr. med. Matthias Funk	Parkstr. 3	77694 Kehl
Herr Dr. med. Dipl.-Chem. Michael Gäbelein	Schwarzwaldstr. 15	77740 Bad Peterstal-Griesbach
Herr Dr. med. Manfred Gärtner	Am Storchennest 16	77694 Kehl
Frau Dr. med. Karin Garve	Kohlgasse 26	77743 Neuried
Herr Dr. med. Johannes Geiger	Hauptstr. 102/1	77746 Schutterwald
Herr Ulrich Geiger	Kronenplatz 1	77652 Offenburg
Herr Dr. med. Tilo Geiser	Am Kirchberg 2	77656 Offenburg
Frau Dr. med. Daniela Gengenbacher	Sandhaastr. 8	77716 Haslach i. K.
Frau Dr. med. Maria Gerber	Hauptstr. 37	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Michael Glatt	Poststr. 3	77652 Offenburg
Herr Dr. med. Eberhard Glatthaar	Hauptstr. 37A	77886 Lauf
Frau Margarita Gottfried	Hauptstr. 124-126	77855 Achern
Herr Michael Greuter	Philipp-Reis-Str. 3	77652 Offenburg
Herr Dr. med. Peter Grimm	Ziegelstr. 25	77656 Offenburg
Herr Dr. med. Dipl.-Ing. agr. Josef Großkinsky	Weiherstr. 20	77866 Rheinau
Frau Dr. med./Univ. Strasbourg Maria-Doris Gura	Hermann-Dietrich-Str. 12	77694 Kehl
Frau Dr. med. Susanne Gut	Friedenstr. 39	77746 Schutterwald
Frau Jeanette Gutzki	Erlenbadstr. 77	77880 Sasbach
Herr Hanspeter Haberer	Bachstr. 1	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Sandra Haghir	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Frau Dr. med. Helena Hänselmann	Gartenstr. 21	77978 Schuttertal
Herr Dr. med. Siegfried Hänselmann	Gartenstr. 21	77978 Schuttertal

Herr Dr. med. Uwe Härle	Sofienstr. 31	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Dieter Hartung	Hauptstr. 122	77694 Kehl
Frau Dr. med. Ortrun Hatz	Bahnhofstr. 42	77767 Appenweier
Frau Vera Haungs	Hauptstr. 19	77880 Sasbach
Herr Dr. med. Karl Heimbach	Kanzmattstr. 2A	77694 Kehl
Herr Dr. med. Sebastian Heinze	Hansjakobstr. 3	77971 Kippenheim
Herr Dr. med. Gerhard Helferich	Rosenstr. 23	77855 Achern
Herr Dr. med. Hans-Joachim Herr	Hauptstr. 85A	78132 Hornberg
Herr Dr. med. Oliver Herrmann	Binzburgerstr. 12	77749 Hohberg
Herr Dr. med. Martin Heß	Renchener Str. 1	77704 Oberkirch
Frau Dr. med. Andrea Hildebrandt-Grethen	Pfarrer-Weber-Weg 2	77955 Ettenheim
Herr Dr. med. Karlheinz Himmelsbach	Schutterstr. 15	77933 Lahr
Frau Dr. med. Judith Hirsch	Friedrichstr. 52	77955 Ettenheim
Herr Walter Hirsch	Ratskellerstr. 9	77855 Achern
Herr Dr. med. Wolfgang Höchter	Schwimmbadstr. 5	77740 Bad Peterstal-Griesbach
Herr Dr. med. Albrecht Hofmeister	Kaiserstr. 99	77933 Lahr
Frau Eveline Höll	Sofienstr. 15	77654 Offenburg
Frau Dr. med. Priska Horn	Rheinstr. 20	77866 Rheinau
Herr Dr. med. Günther Hörth	Hauptstr. 59	77855 Achern
Herr Dr. med. Joachim Huber	Moltkestr. 36A	77654 Offenburg
Frau Dr. med. Ulrike Huber	Moltkestr. 36A	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Christoph Hübner	Tiergartenstr. 3	77933 Lahr
Herr Dr. med. Herbert Jäger	Ortenauerstr. 25	77767 Appenweier
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Eckhard Jähde	Am Marktplatz 8	77704 Oberkirch
Frau Claudia Jamal	Bachgasse 15a	77971 Kippenheim
Frau Dr. med. Annette Joerger	Sonnenhalde 10	77883 Ottenhöfen
Herr Dr. med. Gregor Joerger	Sonnenhalde 10	77883 Ottenhöfen
Frau Dr. med. Sabine Jühling	Straßburger Str. 17	77652 Offenburg
Herr Dr. med. Jan-Peter Juwana	Appenweierer Str. 2	77704 Oberkirch
Frau Dr. med. Marieta Juwana	Appenweierer Str. 2	77704 Oberkirch
Herr Bayram Kanat	Hauptstr. 17	77731 Willstätt
Herr Ludwig Kapitel	Weingartenstr. 125	77654 Offenburg
Frau Docteur en Medecine/Univ. Algier Noumeyra Kassa	Kanzmattstr. 2A	77694 Kehl
Herr Dr. med. Wolfgang Keller	Karl Friedrichstr. 5	77728 Oppenau
Herr Dr. med. Herbert Kempf	Eisenbahnstr. 15	77855 Achern
Herr Franz Kern	Hauptstr. 24	77723 Gengenbach
Herr Dr. med. Martin Keßler	Ringstr. 14	77716 Haslach i. K.
Frau Dr. med. Ulrike Kirchner	Lindenstr. 3	77716 Haslach i. K.
Frau Dipl. med. Karola Kirsten	Pfarrer-Weber-Weg 2	77955 Ettenheim

Frau Dr. med. Isabella Kleiber	Philipp-Reis-Str. 8	77652 Offenburg
Herr Dr. med. Mathias Klein	Kirchstr. 3	77866 Rheinau
Herr Wolfgang Knauber	Im Muhrschollen 19	77963 Schwanau
Herr Dr. med. Thomas Kohler	Ratskellerstr. 9	77855 Achern
Herr Dr. med. Rainer Kohlhaas	Ebertplatz 12a	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Ulrich Köhrle	Richard-Wagner-Str. 1	77694 Kehl
Frau Lucia Koschel	Binzbergstr. 12	77749 Hohberg
Frau Dr. med. Barbara Kowollik	Hauptstr. 56	77855 Achern
Frau Dr. med. Andrea Kranen-Sutter	Kirchplatz 10	77704 Oberkirch
Frau Dr. med. Natalie Krause	Wichernstr. 3A	77656 Offenburg
Herr Dr. med. Jacek Krawczyk	Im Löhl 98	77694 Kehl
Frau Maria Krawczyk	Im Löhl 98	77694 Kehl
Herr Rudolf Krueger-Schirmer	Alter Stadtbahnhof 1	77933 Lahr
Herr Dr. med. Ralf Kubina	Friedrichstr. 52	77955 Ettenheim
Herr Dr. med. Burkhard Kuhn	Bismarckstr. 2	77933 Lahr
Herr Dr. med. Michael Lampe	Friedrichstr. 86	77933 Lahr
Herr Dr. med. Michael Langenbacher	Alte Landstr. 3A	77933 Lahr
Frau Dr. med. Claudia Lasch	Schulplatz 1	77694 Kehl
Herr Dr. med. Daniel Legat	Kaiser-Wilhelm-Str. 8	77855 Achern
Herr Dr. med. Stefan Leuthner	Hauptstr. 61	77799 Ortenberg
Herr Dr. med. Michael Ley	Alleestr. 14	77955 Ettenheim
Frau Dr. med. Isabelle Lochner	Bahnhofstr. 42	77767 Appenweier
Herr Dipl.-Phys. Wolfgang Lohmüller	Einachstr. 11	77723 Gengenbach
Herr Dr. med. Felix Lötzbeyer	Lindenstr. 3	77716 Haslach i. K.
Frau Dr. med. Saskia Mährlein	Alte Bahnhofstr. 10/3	77933 Lahr
Herr Albrecht Maier	Lerchenbergweg 1	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Markus Mang	Hauptstr. 64	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Carmen Marciniak	Urloffener Str. 5	77731 Willstätt
Frau Anke Markones	Lahrer Str. 2a	77974 Meißenheim
Herr Dr. med. Werner Marxer	Turnhallestr. 28	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Thomas May	Am Tretenbach 10a	77960 Seelbach
Frau Dr. med. Inge Mehrgardt-Kessler	Hauptstr. 73	77746 Schutterwald
Herr Dr. med. Alexander Meißner	Vorstadtstr. 48	77709 Wolfach
Frau Dr. med. Daniela Messerschmidt	Hauptstr. 102/1	77746 Schutterwald
Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Beate Mildenberger	Am Stadtwald 6a	77656 Offenburg
Frau Birgitta Mock	Bachgasse 15a	77971 Kippenheim
Frau Dr. med. Mechthilde Mönig-Schuth	Kähnermatt 5/1	77933 Lahr
Herr Dr. med. Dietmar Mörmann	Zeller Str. 11	77654 Offenburg
Frau Annette Morstadt	Am Tretenbach 10a	77960 Seelbach

Frau Elsa Müller	Hauptstr. 69	77871 Renchen
Herr Dr. med. Jochen Müller	Hauptstr. 6	77723 Gengenbach
Frau Birgitte Müller-Rösel	Schwarzwaldstr. 16	77731 Willstätt
Frau Dr. med. Jane Mündel	Hildastr. 71	77654 Offenburg
Frau Dr. med. Iris Naudascher	Schloßplatz 16	77933 Lahr
Herr Dr.-medic /IM Temeschburg Marian Negri	Schwarzwaldstr. 93	77933 Lahr
Frau Dr. med. Daniela Neuburger	Hauptstr. 240	77694 Kehl
Herr Dr. med. Hans Thomas Neuschütz	Hölderlinstr. 19	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Dac-Vinh Ngo	Langenwegle 1	77933 Lahr
Frau Dr. med. Uta Noichl	Kähnermatt 5/1	77933 Lahr
Herr Dr. med. Joachim Oberle	Asternweg 11a	77656 Offenburg
Herr Dr. med. Gerhard Obert	Marktstr. 40	77933 Lahr
Herr Dr. med. Marcus Öchslen	Ruhesteinstr. 93	77883 Ottenhöfen
Frau Tatiana Pankova	Hauptstr. 24	77723 Gengenbach
Frau Dr. med. Beatrix Panther	Kirchplatz 10	77704 Oberkirch
Herr Thomas Panther	Rosenweg 5	77960 Seelbach
Frau Dr. med. Martha Pennartz-Litter	Burgheimer Str. 2	77933 Lahr
Frau Dr. med. Gudrun Poirier	Kirchplatz 19	77704 Oberkirch
Frau Dr. med. Sigrid Postels-Multani	Oberkircher Str. 13a	77767 Appenweier
Herr Michael Quack	Werderstr. 13	78132 Hornberg
Herr Dr. med. Wolfgang Ralla	Oberkircherstr. 20	77855 Achern
Frau Dr. med. Carmen Ramm	Hauptstr. 85A	78132 Hornberg
Herr Uli Rapp	Weingartenstr. 70	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Michael Reiche	Tal 38	77770 Durbach
Herr Dr. med. Tim Reinecke	Ortenberger Str. 13	77654 Offenburg
Frau Dr. med. Doris Reinhardt	Kronenstr. 24	77948 Friesenheim
Herr Dr. med. Bernd Reinholdt	Akazienweg 19	77743 Neuried
Frau Dr. med. Heike Reinke	Akazienweg 19	77743 Neuried
Herr Dr. med. Harald Reiß	Brunnenstr. 4	77971 Kippenheim
Herr Dr. med. Igor Reitmann	Vorstadtstr. 44	77709 Wolfach
Herr Johann Renkewitz	Im Hufeisen 2	77694 Kehl
Herr Dr. med. Thomas Renner	Hermann-Dietrich-Str. 27	77694 Kehl
Herr Dr. med. Frank Riedlinger	Kronenplatz 1	77652 Offenburg
Frau Edda Rieth	Allmannsweierer Str. 2	77974 Meißenheim
Frau Dr. med. Rabea Rohr	Hauptstr. 19	77781 Biberach
Frau Heike Rombach	Sonnenmatte 13	77709 Oberwolfach
Frau Dr. med. Stephanie Romier	Hindenburgplatz 4	77767 Appenweier
Herr Bernd Roschach	Höllengasse 2	77723 Gengenbach
Frau Birgit Roscher-Abel	Friedrichstr. 52	77955 Ettenheim

Herr Dr. med. Peter Ruf	Waldstr. 50	77876 Kappelrodeck
Frau Dr. med. Andrea Ruscher	Friesenheimer Hauptstr. 40	77948 Friesenheim
Herr Dr. med. Werner Salge	Kronenstr. 6	77948 Friesenheim
Herr Dr. med. Volker Sarrasch	Lammstr. 3	77933 Lahr
Herr Dr. med. Arnold Schäfer	Vorstadtstr. 48	77709 Wolfach
Herr Reinhard Schandl	Poststr. 17	77728 Oppenau
Herr Dr. med. Walter Scheuble	Sandhaasstr. 8	77716 Haslach i. K.
Herr Dr. med. Moritz Schindler	Eisenbahnstr. 2	77876 Kappelrodeck
Herr Dr. med. Tobias Schindler	Schwarzwaldstr. 2A	77855 Achern
Herr Dr. med. Andreas Schlatterer	Hauptstr. 56	77855 Achern
Herr Dr. med. Arnim Schmidt	Schulstr. 21	77966 Kappel-Grafenhausen
Herr Dr. med. Alexander Schmitt	Weinbergweg 4	77876 Kappelrodeck
Herr Dr. med. Michael Schneider	Alte Bahnhofstr. 10/3	77933 Lahr
Frau Dr. med. Nikola Schneider	Alte Bahnhofstr. 10/3	77933 Lahr
Herr Dr. med. Stefan Schneider	Marktplatz 16	77933 Lahr
Herr Dr. med. Wilhelm Schneider	Adlerstr. 1	77743 Neuried
Herr Frank Schnepf	Binzburgerstr. 12	77749 Hohberg
Frau Mechthild Schöll	Weingartenstr. 150	77654 Offenburg
Frau Dr. med. Annette Schoop	Ebertplatz 12	77654 Offenburg
Frau Christine Schöttgen	Am Stadtgarten 28	77855 Achern
Frau Dr. med. Eva Schubert	Fischerstr. 38	77977 Rust
Frau Dr. med. Kirsten Schulz	Friedrichstr. 52	77955 Ettenheim
Frau Dr. med. Ulrike Schürmann	Am Stadtgarten 28	77855 Achern
Herr Dr. med. Georg Schütze	Kronenplatz 1	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Regine Schwall-Geier	Ratskellerstr. 9	77855 Achern
Herr Christian Schwarz	Hauptstr. 46	77871 Renchen
Frau Claudia Schwarz	Hauptstr. 73	77746 Schutterwald
Herr Jürgen Sepp	Leutkirchstr. 37	77723 Gengenbach
Herr Tibor Serbanoiu	Eisenbahnstr. 70	77756 Hausach
Herr Dr. med. Clemens Siebert	Zeller Str. 31	77654 Offenburg
Frau Maria Sokolowski	Laufbachstr. 38	77886 Lauf
Frau Tatiana Sommerfeld	Voelckerstr. 2	77933 Lahr
Frau Dr. med. Sabine Spieker	Rennwiese 1	77855 Achern
Herr Dr. med. Oliver Stadge	Renchener Str. 1	77704 Oberkirch
Frau Gerit Stefan	Hauptstr. 179	77767 Appenweiler
Frau Dr. med. Annette Steinhausen	Grünstr. 7	77723 Gengenbach
Herr Dr. med. Friedhelm Steinhausen	Grünstr. 7	77723 Gengenbach
Herr Thomas Straub	Vogesenstr. 43	77743 Neuried
Frau Dr. med. Brigitte Stunder	Hauptstr. 28	77736 Zell a. H.

Herr Dr. med. Wolfgang Stunder	Hauptstr. 28	77736 Zell a. H.
Herr Ulrich Suaudeau	Offostr. 9	77948 Friesenheim
Frau Olga Sucharew	Voelckerstr. 2	77933 Lahr
Frau Lina Sytschew	Oberdorfstr. 4	77694 Kehl
Herr Dr. med. Florian Tegtmeier	Langenwegle 1	77933 Lahr
Herr Dr. med. Axel Textor	Friesenheimer Str. Hauptstr. 40	77948 Friesenheim
Herr Wolfgang Thomalla	Hauptstr. 42	77790 Steinach
Frau Dr. med. Dörte Tillack	Gerbergasse 5	77716 Haslach
Herr Dr. med. Ruthger Traeder	Reischachstr. 1	77749 Hohberg
Herr Dr. med. Ulrich Traunecker	Gartenstr. 16	77723 Gengenbach
Herr Dr. med. Joachim Tüncher	Aenne-Burda-Allee 8	77654 Offenburg
Frau Christine Tunkel	Friedrichstr. 86	77933 Lahr
Herr Thorsten Ugi	Fischerstr. 38	77977 Rust
Frau Heike Unterschütz	Friedrichstr. 52	77955 Ettenheim
Frau Alice Vetter	Hauptstr. 88	77652 Offenburg
Herr Dieter Vetter	Hauptstr. 64	77652 Offenburg
Herr Dr. med. Thomas Vetter	Rudolfstr. 6	77716 Haslach i. K.
Frau Natalia Vlasjuk	Alter Stadtbahnhof 1	77933 Lahr
Herr Martin Volk	Eisenbahnstr. 17	77756 Hausach
Frau Rozalia Volokh	Kirchstr. 13A	77694 Kehl
Frau Dr. med. Claudia Völter-Jans	Alleestr. 14	77955 Ettenheim
Frau Gabriele Volz-Wetzel	Sonnenhalde 10	77883 Ottenhöfen
Frau Dr. med. Pia Vorgrimler-Beck	Werderstr. 13	78132 Hornberg
Herr Dr. med. Achim Wacker	Eichwaldstr. 4	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Ingeborg Wagner	Kuhbacher Hauptstr. 71	77933 Lahr
Frau Mina Wagner	Kirchplatz 10	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Reinhart Wagner	Kuhbacher Hauptstr. 71	77933 Lahr
Herr Dr. med. Ernst Wallisch	Rheinstr. 12	77866 Rheinau
Frau Dr. med. Ulrike Walther	Eichwaldstr. 4	77652 Offenburg
Frau Dr. med. Ulrike Walther	Kirchstr. 3	77866 Rheinau
Herr Dr. med. Gerhard Warneck	Am Marktplatz 8	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Boris Weber	Friedrichstr. 52	77955 Ettenheim
Herr Helmut Weil	Am Waldbach 5	77654 Offenburg
Herr Dr. med. Wolfgang Weise	Hauptstr. 56	77756 Hausach
Herr Albrecht Weisser	Hauptstr. 37	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. (F) Eugene Wenger	Hauptstr. 107	77694 Kehl
Herr Dr. med. Matthias Wenz	Ortenberger Str. 13	77654 Offenburg
Frau Andrea Werner	Hauptstr. 44	77694 Kehl
Herr Johannes Werz	Lammstr. 3	77933 Lahr



Herr Dr. med. Christof Wettach	Alleestr. 17	77933 Lahr
Herr Martin Wetzel	Hauptstr. 85A	78132 Hornberg
Herr Dr. med. Michael Wey	Hauptstr. 124-126	77855 Achern
Herr Dr. med. Stephan Wey	Laufbachstr. 38	77886 Lauf
Herr Dr. med. Hans-Wilhelm Weygoldt	Hauptstr. 19	77797 Ohlsbach
Herr Georg Winkler	Akazienstr. 1	77694 Kehl
Frau Dr. med. Patricia Wintzen	Alter Sportplatz 13	77880 Sasbach
Herr Volker Wischeropp	Hauptstr. 57	77736 Zell a. H.
Herr Dr. med. Günter Wissler	Kittersburgerstr. 20	77694 Kehl
Herr Dr. med. Manfred Wöhrle	Martin-Luther-Str. 7	77933 Lahr
Frau Dr. med. Sabine Wollschläger	Hauptstr. 179	77767 Appenweier
Frau Dr. med. Elke Wörner-Heilbrunner	Am Marktplatz 8	77704 Oberkirch
Herr Dr. med. Markus Wössner	Pappelallee 7	77855 Achern
Herr Dr. med. Stephan Ziehms	Lindenstr. 3	77716 Haslach i. K.
Herr Dr. med. Ingo Frithjof Zürn	Im Dorf 21	77787 Nordrach
Herr Dr. med. Klaus Zürn	Kaiser-Wilhelm-Str. 8	77855 Achern

<b>Landkreis Rottweil (nach Ärztesuche der KVBW am 22.08.2016)</b>		
Frau Dr. med. Susanne Andreae	Kirchplatz 3	78733 Aichhalden
Herr Dr. med. Ottmar Banning	Lindengasse 4	78713 Schramberg
Herr Dr./VAK Moskau Leo Bartle	Königstr. 19	78628 Rottweil
Frau Cornelia Bitzer-Hildebrandt	Uferstr. 19	72172 Sulz am Neckar
Herr Egbert Bold	Königstr. 35	78628 Rottweil
Frau Dr. med. Astrid Brillinger	Kanalstr. 4	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Hartmut Brillinger	Kanalstr. 4	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Thilo Brillinger	Kanalstr. 4	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Frank Buchholz	Sulgauer Str. 5	78713 Schramberg
Frau Dr. med. Beate Bühner-Götz	Kirchtorstr. 12	78727 Oberndorf am Neckar
Frau Gratiela Buta	Lindengasse 4	78713 Schramberg
Herr M.D./Univ. Damaskus Leon Darwisch	Hauptstr. 4	78727 Oberndorf am Neckar
Frau Dr. med. Hildegund Dürr	Talstr. 17	78727 Oberndorf am Neckar
Frau Dr. med. Jutta Dürr	Hauptstr. 54	78713 Schramberg
Herr Dipl.-Sportl. Michael Dusold	Heerstr. 42	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Michael Eberhard	Königstr. 35	78628 Rottweil
Frau Dr. med. Regine Erath-Schellhorn	Bergstr. 18	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Reinhard Fröhlich	Steige 3	78144 Schramberg
Herr Dr. med. Jürgen Geprägs	Schramberger Str. 9	78730 Lauterbach

Herr Igor Glasykin	Oberndorferstr. 21	78628 Rottweil
Frau Dr. med. Julia Graupner-Wulfmeier	Elisenweg 7	78733 Aichhalden
Herr Dr. med. Dipl.-Ing. Max-Eugen Grötzinger	Ruhe-Christi-Str. 38	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Oliver Haas	Adenauerstr. 13	78736 Epfendorf
Herr Dr. med. Holger Haftstein	Olgastr. 3	78628 Rottweil
Frau Christa Häusele	Hauptstr. 33A	78144 Schramberg
Herr Dr. med. Stephan Häusele	Hauptstr. 33A	78144 Schramberg
Herr Dr. med. Wolfram Heizmann	Rosenstr. 7	78658 Zimmern ob Rottweil
Herr Axel Hempfling	Zeppelinstr. 4	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Rolf Heppler	Am Brunnenbach 12	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Hein-Peter Herr	Mühlbachstr. 17	72189 Vöhringen
Herr Stefan Heß	Josef-Andre-Str. 32	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Helmut Horn	Schramberger Str. 1	77761 Schiltach
Herr Dr. med. Herbert Huber	Bergstr. 18	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Peter-Michael Ilg	Ruhe-Christi-Str. 14	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Ralph Jäger	Feldbergerstr. 7	78739 Hardt
Herr Dr. med. Lars Kaesemann	Hauptstr. 60	77761 Schiltach
Herr Dr. med. Helmut Kapp	König-Wilhelm-Str. 46	78727 Oberndorf am Neckar
Frau Dr. med. Susanne Kappler-Danner	Uferstr. 10	78727 Oberndorf am Neckar
Frau Dr. med. Cornelia Kerckel	Hauptstr. 22	78713 Schramberg
Herr Michael Kerckel	Hauptstr. 22	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Joachim Kiehne	Königstr. 35	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Johannes Kilian	Hauptstr. 65	78652 Deißlingen
Frau Dr. med. Margo Klotz	Tannstr. 6	78658 Zimmern ob Rottweil
Herr Dr. med. Hans-Ulrich Kraus	Bergstr. 27	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Hubert Lachmann	Locherhoferstraße 1	78655 Dunningen
Frau Dr. med. univ. Karin Lamprecht	Schulstr. 10	78669 Wellendingen
Herr Dr. med. Lutz Lochmann	Königstr. 27	78628 Rottweil
Frau Dr./Med. Univ. Budapest Maria Magyar-Pütz	Lorenz-Bock-Str. 7	78628 Rottweil
Frau Marianne Maier	Mühlbachstr. 17	72189 Vöhringen
Frau Dr. med. Eva-Maria Mauch	Im Gässle 2	78667 Villingendorf
Herr Dr. med. Kai-Ulrich Mauch	Im Gässle 2	78667 Villingendorf
Frau Kristina Mauch	Schillerstr. 5	78655 Dunningen
Frau Dr. med. Doris Mauch-Schädle	Balinger Str. 53	78727 Oberndorf am Neckar
Herr Emanuel Metzger	Schillerstr. 51	78713 Schramberg

Herr Dr. med. Andreas Mink	Im Gässle 2	78667 Villingendorf
Herr Dr. med. Ewald Müller	Schillerstr. 5	78655 Dunningen
Herr Dr. med. Frank-Hans Müller	Kirchbergstr. 29	78652 Deißlingen
Herr Dr. med. Friedrich Müller	Holzhauser Str. 39	72172 Sulz am Neckar
Frau Dr. med. Brigitte Neumann	Kirchbergerstr. 29	78652 Deißlingen
Herr Frank Overmeyer	Schulstr. 5	78662 Bösingn
Frau Svetlana Peys	Kirchplatz 3	78733 Aichhalden
Herr Dr. med. Gebhard Pfaff	Feldbergerstr. 7	78739 Hardt
Herr Dr. med. Michael Rath	Grundstr. 1	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Andreas Reeb	Unterdorf 30	78730 Lauterbach
Herr David Rehm	Gartenstr. 7	78713 Schramberg
Frau Dr. med. Martha Ritzmann-Widderich	Hochbrücktorstr. 22	78628 Rottweil
Frau Heike Rombach	Landstr. 2	77773 Schenkenzell
Herr Dr. med. Karl-Josef Schädle	Balinger Str. 53	78727 Oberndorf am Neckar
Herr Dr. med. Johannes Schelling	Berneckstr. 19	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Jochen Scherler	Postplatz 1	78661 Dietingen
Herr Dr. med. Walter Scheuble	Weihergasse 3	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Thomas Schmidt	Burgstr. 3	78713 Schramberg
Frau Dr. med. Ulrike Schrön	Neckarstr. 3	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Johannes Schubert	Hauptstr. 50	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Georg Hermann Schumacher	Am Stadtgraben 16	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Ergun Seyhoglu	Hafenamrkt 4	78727 Oberndorf am Neckar
Frau Dr. med. Karin Söhnle-Schwab	Pfarrer-Huber-Str. 2	78652 Deißlingen
Herr Dr. med. Wolfgang Steffen	Krankenhausstr. 30	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Frank Stephan	Burgstr. 3	78713 Schramberg
Frau Dr. med. Lara Stephan	Burgstr. 3	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Thomas Sterzing	Franziskusweg 1	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Sven in der Stroth	Oberamtstr. 6/1	72172 Sulz am Neckar
Frau Dr. med. Ferdane Taslaci	Kanalstr. 4	72172 Sulz am Neckar
Herr Dr. med. Vladimir Todorovic	Schramberger Str. 1	77761 Schiltach
Frau Dr. med. univ. Daniela Traunbauer-Lueg	Adenauerstr. 13	78736 Epfendorf
Herr Dr. med. Reinhard Wartha	Tuchbergerstr. 2	78727 Oberndorf am Neckar
Herr Arno Widderich	Hochbrücktorstr. 22	78628 Rottweil
Herr Dr. med. Gottfried Widmann	König-Wilhelm-Str. 46	78727 Oberndorf am Neckar
Herr Dr. med. Jürgen Winter M. A.	Josef-Andre-Str. 32	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Patrick Wuhner	Hauptstr. 15	78658 Zimmern ob Rottweil

Herr Dr. med. Hubert Wunsch	Hauptstr. 12	78655 Dunningen
Herr Dr. med. Volker Ziegler	Hauptstr. 54	78713 Schramberg
Herr Dr. med. Ismail Zorob	Krankenhausstr. 13	72175 Dornhan

## **Interview mit Herrn Dr. med. Martin Keßler**

Herr Dr. med. Martin Keßler ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Haslach im Kinzigtal (Ortenaukreis)

**Sehr geehrter Herr Dr. med. Keßler,**

**im Rahmen meiner Tätigkeit beim DRK Rettungsdienst konnte ich feststellen, dass die Kooperation zwischen den Angehörigen der Rettungsdienste und den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten unterschiedlich gut funktioniert.**

**Wie sehen Sie die derzeitige Kommunikation zwischen Ihnen und den Rettungsdiensten?**

Ich habe 1984 mein Studium abgeschlossen und bin seit 33 Jahren Arzt. Viele Leitstellendisponenten erkenne ich bereits an der Stimme, insofern hat sich da auch ein gewisses Vertrauensverhältnis herausgebildet. Es gibt immer wieder Neuerungen, bei denen ich dann erstaunt bin. Zum Beispiel, dass die Rettungsdienste die Patienten selbstständig in der Stroke-Unit in Offenburg oder Lahr anmelden und ich als Arzt außen vor bin, wenn ich zeitgleich vor Ort bin und versuche, die Einweisung zu vermitteln und bei den einzelnen Aufnahmeärzten hängen bleibe. Ich habe im hausärztlichen Bereich, in den 23 Jahren, in denen ich niedergelassen bin, 11.000 Notfall- oder Vertretungspatienten behandelt und besitze also Berufserfahrung. Natürlich sind Dinge durch diese Umwälzung vom hausärztlichen Notdienst in die Krankenhäuser ganz anders, als ich sie früher kennengelernt habe. Aber grundsätzlich kenne ich die Rettungsdienste aus der Zeit, als ich 1993/1994 selbst in Hausach als Notarzt tätig war. Einige Mitarbeiter sind mir immer noch persönlich bekannt, und ich finde es erfreulich, dass Mitarbeiter so lange im Rettungsdienst tätig sind und ihre Erfahrung einbringen.

### **Gibt es Unterschiede zwischen der Qualität der Kommunikation bei medizinischen Notfällen gegenüber geplanten Krankentransportfahrten?**

Selbst wenn es einen Unterschied gäbe, hätte ich mich in all den Jahren darauf eingestellt. Grundsätzlich gibt es, wenn ich einen Notarzt brauche, kein Problem. Ein bestellter Notarzt ist in der Regel in 5-6 Minuten vor Ort. In der Regel benötige ich die Rettungsmittel nicht mit Sondersignal, da ich Apparate-technisch (fortlaufende EKG-Registrierung, Pulsoxymetrie, Sauerstoffversorgung, Defibrillator, Ulmer Notfallkoffer) als auch über Personal mit langjähriger Erfahrung verfüge. Das nimmt mir dann auch den Stress zum Zeitpunkt der Patientenübergabe an den Rettungsdienst. Ansonsten kenne ich die Indikationen für einen Krankentransportwagen und setze diesen dementsprechend ein. Natürlich gibt es auch mal Spannungselemente, wenn kurzfristig kein Notarzt und Rettungswagen verfügbar ist und ich dann trotz meiner in den Jahren eingetretenen körperlichen Einschränkung selbst zu Notfällen fahren muss. Ich kann es aus meiner Sicht auch gut beurteilen, wann dann eine KTW-Indikation, eine RTW-Indikation, mit oder ohne Sondersignal, oder sogar eine NAW-Indikation besteht.

### **Wie beurteilen Sie die medizinische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals?**

Die Kompetenz schätze ich als sehr hoch ein. Die älteren Rettungsdienstkollegen kenne ich persönlich und wir duzen uns noch aus der Zeit von vor 25 Jahren. Entsprechend der Einsatzjahre merkt man die Erfahrung.

### **Werden dabei vom nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal die medizinischen Kompetenzen eingehalten?**

Ich kann nicht feststellen, dass es tatsächlich zu Überschreitungen der Kompetenz kam. Mit einem Patienten hier abzufahren und dann an der nächsten Ecke zu halten, um dann den Notarzt nachzufordern, fand ich zum Beispiel nicht gerade gelungen.

**Wie beschreiben Sie die organisatorische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals, vom Anruf bei der Leitstelle bis zum Transport selbst?**

Durch wohl regelmäßig durchgeführte Schulungen bewegt sich die Kompetenz auf einem hohen Niveau. Ich habe, was die organisatorische Kompetenz angeht, keine Beanstandungen.

**Denken Sie, dass bei einigen Ihrer hausärztlichen Kollegen Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

Das kann ich natürlich so nicht beurteilen, ich weiß nur, wie ich es mit der Anforderung von Rettungsmitteln handhabe. In der Zeit, in der ich diese 11.000 Notfallpatienten in all den Jahren betreut habe, habe ich gute Kenntnis über die Handlungsweisen der anderen Ärzte bekommen. Das hat sich aber mehr darauf bezogen, wie deren Arbeitsweise war. Ein kritischer Hinweis meinerseits, dass (bei uns in Hausach) auch am Sonntag ein Krankentransportwagen zur Verfügung stehen sollte, hat bei mir persönlich zur Überprüfung meiner Einsatzindikation am Wochenende geführt. Ich kann nur sagen, ich bin hier in Haslach vermutlich der zweitälteste Arzt, alle anderen sind jünger, zum Teil sind diese auch als Notärzte tätig gewesen, und insofern glaube ich, dass meine Kolleginnen und Kollegen da fit sind.

**Wie stehen Sie zu dem Angebot, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

Wir haben zeitweise die Angebote im Rahmen der KV Freiburg genutzt. Wir sind mindestens zweimal mit unseren Arzthelferinnen nach Freiburg gefahren zur Übung einer Reanimation und der Intubation, usw. Das finden wir gut und würden diesen Weg über die KV-eigene Struktur wieder wählen, zumal dieses Angebot immer wieder einmal besteht. Weiterhin haben wir Notfallsituationen im Rahmen des Qualitätsmanagements in der Praxis geübt. Ich hatte hier in meiner Praxis in den letzten 23 Jahren nie eine Reanimation. Außerhalb der Praxis habe ich zwei oder drei Mal

reanimiert beziehungsweise mit Reanimation begonnen. Da war ich dann als Hausarzt zunächst einmal alleine, ohne (geschultes oder ungeschultes) Praxisteam.

**Hatten Sie bereits Einsätze mit dem Rettungsdienst, bei denen es aufgrund von Meinungsdivergenzen mit Notärzten zu Spannungen kam?**

Ich kann nur aus eigenem Erleben sagen, dass ich einmal in einem Haus war, da hatte ich den Patienten bereits in einem kleinen Krankenhaus angemeldet. Dann ging es dem Patienten schlechter, der Notarzt wurde geholt und ich bin wieder hingefahren. Als ich darauf hinwies, dass der Patient schon andernorts angemeldet sei, hat mich die Notärztin süffisant gefragt, ob ich den Patienten in das Krankenhaus fahren würde oder ob sie ihn begleiten sollte. Nach dem Motto „Ich bestimme auch, wo der Patient hingefahren wird“. Anschließend habe ich es mir für viele Jahre verkniffen, schon vorher irgendwo anzurufen und einen Patienten dort anzumelden, wenn ich wusste, dass der Notarzt gleich kommt. Inzwischen ist seit vielen Jahren das Notarztsystem anders organisiert. Der Notarzt kommt tagsüber nicht mehr aus einem bestimmten Krankenhaus.

**Haben Sie Vorschläge dafür, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

Ich habe im Prinzip das Gefühl, dass die Zusammenarbeit reibungslos funktioniert. Eine kurze Information darüber, dass ein Patient notfallmäßig ins Krankenhaus kam, wäre schon immer gut gewesen. Allerdings kommt diese Information auch nicht aus dem aufnehmenden Krankenhaus oder, wenn im Rahmen einer Befundanforderung, zu selten.

**Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation mit dem Rettungsdienst in den letzten 10 Jahren geändert?**

Ich denke nicht, dass sich da etwas geändert hat. Wahrscheinlich ist es so, dass man sich laufend angleicht. Neuerungen gibt es, auch eingeführt von der Organisation des hausärztlichen Notdienstes auf Landesebene. Aktuell hat es hier eine Strukturänderung



gegeben [Die kassenärztliche Vereinigung hat landesweit kassenärztliche Notfallpraxen in den Krankenhäusern eingerichtet, die außerhalb der Sprechzeiten Patienten mit Erkrankungen behandeln, die sonst der Hausarzt behandeln würde; Anmerkung des Autors]. Dadurch werden die Einsatzkräfte in der Nacht und am Wochenende meiner Einschätzung nach stärker beansprucht. Meiner Einschätzung nach arbeitet der Rettungsdienst am Limit. Die hausärztliche Information an den Rettungsdienst einerseits und umgekehrt, dass der Hausarzt überhaupt erfährt, dass sein Problempatient im Krankenhaus liegt, wurde schlechter. Früher bekam ich ein Notarztprotokoll zugefaxt, da war ich aber auch schon der Einzige, irgendjemandem fiel das auf und so versiegte auch dieser Informationskanal. Oft erfahre ich erst, dass einer meiner Patienten im Krankenhaus war, wenn er mit dem Entlassbrief wieder in meiner Praxis steht. Früher hat man durch den Vertreterschein des Kollegen (einige Kollegen bestanden darauf, dass die Vertreterscheine zeitnah eingeworfen wurden) schon Kenntnis erhalten. Das ist ein altes Manko, das durch die Neustrukturierung jetzt noch verstärkt wurde.

**Gibt es Altersgruppen des Rettungsdienstpersonals, mit denen die Zusammenarbeit in den letzten Jahren besonders positiv oder negativ wahrgenommen wurde?**

In der Regel ist es ja so, dass ein älterer mit einem jüngeren Kollegen zum Einsatz kommt. Die Älteren stellen dann die Fragen und leiten dann auch die Jüngeren an. Also ich kann hier im Kreis keinen Unterschied erkennen.

**Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

Ich weiß, was der Rettungsdienst will, und wenn sich die Vorgaben von Zeit zu Zeit ändern, macht es keinen Sinn, liebgewonnenen Gebräuchen nachzutruern. Ich habe nicht das Gefühl, dass es größere Probleme gibt.

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Engagement in dieser Sache bedanken.**

## **Interview mit Herrn Marcus Auel**

Herr Marcus Auel ist hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin in Hausach (Ortenaukreis)

**Sehr geehrter Herr Auel,**

**im Rahmen meiner Tätigkeit beim DRK Rettungsdienst konnte ich feststellen, dass die Kooperation zwischen den Angehörigen der Rettungsdienste und den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten unterschiedlich gut funktioniert.**

**Wie sehen Sie die derzeitige Kommunikation zwischen Ihnen und den Rettungsdiensten?**

Die Kommunikation läuft im Prinzip gut. Wir haben regen Kontakt mit dem Rettungsdienst. Wir bekommen auch sehr positive Rückmeldungen vom Rettungsdienst, was unsere Praxis angeht. Nämlich, dass die Leute sich gut versorgt fühlen, dass wir trotzdem nicht unnötig oft den Rettungsdienst rufen, und dass, wenn es notwendig ist, die Patienten auch dementsprechend gut versorgt sind. Der Rettungsdienst muss also nicht grundlegende Maßnahmen erneut durchführen oder in Frage stellen. Von der Warte her ist die Kommunikation gut und rege. Viele Mitarbeiter des Rettungsdienstes sind auch selbst Patienten hier in der Praxis.

**Gibt es Unterschiede zwischen der Qualität der Kommunikation bei medizinischen Notfällen gegenüber geplanten Krankentransportfahrten?**

Ja, also da muss man sagen, dass es das schon gibt. Es ist auch immer sehr stark abhängig von der Besetzung der Leitstelle. Bei der Anmeldung von Patienten bei der Leitstelle sieht man durchaus, dass man es mit unterschiedlichen Leuten zu tun hat, und man meint auch qualitative Unterschiede zu erkennen. Das heißt, zum Teil hat man Leute, mit denen die Kommunikation gut läuft, und zum Teil muss man sehr weit ausholen und es kommen auch vereinzelt Nachfragen, bei denen ich mir von einer professionellen Kraft etwas mehr versprechen würde. Also da merkt man auch qualitative Unterschiede bei der Besetzung der Leitstelle. Die Kommunikation mit dem Rettungsdienstpersonal vor Ort ist sehr gut. Da ist man in Hausach wirklich gut dran. Was ich immer sehr ange-

nehm finde, ist, dass hier sehr erfahrene Kräfte im Einsatz sind, die auch eine gewisse Ruhe reinbringen, was extrem wichtig ist für den Rettungsdienst. Keine Leute, die da also Hektik und Unruhe schaffen, sondern die das Ganze ruhig und sachlich und sehr bedacht mit großer Erfahrung managen, und das ist ja dann auch angenehm und das sind eher die hauptamtlichen Leute. Bei den anderen Leuten, die da noch arbeiten, also bei Teilzeitkräften oder Aushilfskräften, merkt man einfach auch, dass einige noch nicht die Erfahrung und fachliche Qualifikation besitzen, aber die werden auch immer sehr positiv von den Notfallsanitätern und Rettungsassistenten, also den erfahrenen Leuten, mit denen man dann die Kommunikation führt, angeleitet und das ist ein sehr gutes Miteinander. Mit den Angehörigen des Rettungsdienstes vor Ort findet auch immer ein sehr positiver Austausch statt.

**Wie beurteilen Sie die medizinische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals?**

Die ist einfach gut. Die medizinische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals hier vor Ort ist gut.

**Werden dabei vom nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal die medizinischen Kompetenzen eingehalten?**

Die werden meiner Meinung nach eingehalten!

**Wie beschreiben Sie die organisatorische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals, vom Anruf bei der Leitstelle bis zum Transport selbst?**

Den Anruf bei der Leitstelle habe ich in meinen Ausführungen bereits bei der ersten Frage erläutert. Die Kompetenz des Rettungsdienstes erachte ich als sehr gut. Was ich da vor allen Dingen als angenehm erachte, ist, dass das Personal, das noch in der Einlernphase ist, mit erfahrenem Personal zusammenarbeitet. Es arbeitet also immer einer, der sich gut auskennt, und einer, der sich noch nicht so gut auskennt, gemeinsam im Team. Ich glaube, so kann Lernen in dem Bereich auch gut funktionieren.

**Denken Sie, dass bei einigen Ihrer hausärztlichen Kollegen Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

Ja! Hier in der Region ist die überschnelle Anforderung von Rettungswagen ein großes Problem. Patienten, die eigentlich mit dem Taxi, Rollstuhltaxi oder Krankentransportwagen transportiert werden könnten, werden oft mit Bagatell-Verletzungen vom Rettungsdienst mit dem Rettungswagen transportiert. Diese Rettungswagen stehen dann bei medizinischen Notfällen nicht mehr zur Verfügung. Es wird also zu oft das höherwertige Rettungsmittel in Anspruch genommen und ich denke, dass da noch Aufklärungsbedarf besteht.

**Im Zusammenhang mit guter Zusammenarbeit spielt gegenseitiger Respekt eine große Rolle. Fühlen Sie sich im Durchschnitt von dem Rettungsdienstpersonal wertgeschätzt und respektiert in Ihrer Funktion?**

Ja, das hat nie ein Problem dargestellt.

**Wie stehen Sie zu dem Angebot, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

Wir sind eine Qualitäts-zertifizierte Praxis und solche Schulungen sind Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems. Die zertifizierten Praxen im Kinzigtal, vor allem im Qualitätsnetz des „Gesunden Kinzigtals“, haben das als festen Bestandteil 1x jährlich in ihrer Agenda. Ich halte es auch für sehr wichtig.

**Können Sie Einsätze nennen, bei denen es mit dem Rettungsdienst zu Spannungen aufgrund Ihrer Weisungsbefugnis gegenüber dem nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals kam?**

Hier in Hausach nicht. Aus meiner früheren Erfahrung gab es das immer mal wieder. Ich war als leitender Notarzt in Dormagen tätig gewesen. Leider gab es dort hin und wieder auch mal Spannungen, aber damit musste man umgehen und von meiner Warte her „klare Kante“ zeigen. Denn da war es leider nicht so wie hier, dass Kompetenzen immer eingehalten worden sind.

**Hatten Sie bereits Einsätze mit dem Rettungsdienst, bei denen es aufgrund von Meinungsdivergenzen mit Notärzten zu Spannungen kam?**

Das gab es gar nicht.

**Haben Sie Vorschläge dafür, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

Grundsätzlich muss man die Kommunikation aufrechterhalten. Man muss den Kontakt miteinander suchen und man muss auch mal hinterfragen können und dürfen, und man sollte auch, wenn Sachen mal nicht so gut laufen, diese im Nachhinein noch einmal vernünftig ansprechen im Rahmen einer Aufarbeitung, sei es bei der Notfallsymptomatik oder bei der Kompetenzproblematik, wo man dann einfach auch fragen muss: Wurden denn auch die entsprechenden Dinge eingehalten? An sich denke ich, dass da die Kommunikation miteinander wichtig ist. Manchmal hört man auch Kritik von Seiten des Rettungsdienstes an den Kollegen, oder auch von Kollegen am Rettungsdienst, da wäre es meiner Meinung nach wünschenswert, wenn diese Gespräche nicht vor Dritten geführt werden würden, sondern direkt miteinander.

**Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation mit dem Rettungsdienst in den letzten 10 Jahren geändert?**

Für mich war die Kommunikation und Kooperation gleichbleibend gut. Ich habe einen sehr positiven Status geschildert und da würde ich sagen, dass dieser durchgehend gut gewesen ist.

**Gibt es Altersgruppen des Rettungsdienstpersonals, mit denen die Zusammenarbeit in den letzten Jahren besonders positiv oder negativ wahrgenommen wurde?**

Nein, meiner Meinung nach nicht.

**Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

Wir müssen meiner Einschätzung nach im Rettungswesen eine bessere Triage machen. Das heißt, der Einsatz muss klarer abgestimmt werden und es müssen hoch kompetente Leute auf der Leitstelle tätig sein. Da sehe ich Aufarbeitungsbedarf. Je besser das Personal dort ist, umso besser können die im Fahrdienst tätigen Mitarbeiter arbeiten. Wir müssen aufhören, aus der Angst heraus zu agieren, wir könnten irgendetwas falsch machen. Wir müssen genau wissen, dass aufgrund einer guten Fragestellung auch sinnvoll geklärt werden kann, wer ein Notfall ist, wer kein Notfall ist und welche Wertigkeit der Notfall hat, was den Einsatz des Rettungsdienstes und das Rettungsmittel angeht.

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Engagement in dieser Sache bedanken.**

## **Interview mit Herrn Dr. med. Matthias Mörsdorf**

Herr Dr. Matthias Mörsdorf ist Notarzt in Hausach (Ortenaukreis)

**Sehr geehrter Herr Dr. Mörsdorf,**

**im Rahmen meiner Tätigkeit beim DRK Rettungsdienst konnte ich feststellen, dass die Kooperation zwischen den Angehörigen der Rettungsdienste und den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten unterschiedlich gut funktioniert.**

**Wie sehen Sie die derzeitige Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und den Hausärzten?**

Wechselnd. Teilweise ist die Kommunikation sehr gut, teilweise schlecht und teilweise nicht vorhanden.

**Wie beurteilen Sie die medizinische Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen?**

Dies ist individuell verschieden, genau so wie es bei den Notärzten unterschiedlich ist. Es ist natürlich schwierig, bei der niedrigen Prävalenz an Notfällen in der Hausarzt-Praxis auf dem neuesten Stand zu sein. Das kann man keinem vorwerfen. Grundlegende Erstmaßnahmen wie beim Erste-Hilfe-Kurs sollte man aber bei jedem erwarten können.

**Wie beschreiben Sie die organisatorische Kompetenz der Hausärzte?**

Eine generelle Aussage ist hier nicht möglich. Dies ist wechselnd und hängt auch vom Kollegen ab. Manche Kollegen kümmern sich sehr um die Anmeldung, andere eher nicht.

**Denken Sie, dass bei einigen Hausärzten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

Ja.

**Wie stehen Sie zu dem Angebot, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

Dies ist wichtig, sinnvoll und notwendig.

**Hatten Sie bereits Einsätze mit Hausärzten, bei denen es aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis der Hausärzte zu Spannungen kam?**

Nein, wenn der Notarzt angefordert wird, ist die Zuständigkeit meistens geklärt.

**Haben Sie Vorschläge dafür, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

Man muss sich die verschiedenen Arbeitswelten und Schwerpunkte bewusst machen und so ein Verständnis für das Gegenüber entwickeln.

**Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation mit dem Rettungsdienst in den letzten 5 Jahren geändert?**

Es ist gleich geblieben.

**Gibt es Altersgruppen des Rettungsdienstpersonals, mit denen die Zusammenarbeit in den letzten Jahren besonders positiv oder negativ wahrgenommen wurde?**

Nein, auch das ist individuell verschieden. Wer versucht, in der Notfallmedizin fit zu bleiben, bei dem ist das Alter nicht entscheidend.

**Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

Was auffällig ist, ist, dass bestimmte Praxen besonders viele Rettungsmittel anfordern. Dies kann einerseits daran liegen, dass man den Patienten keine langen Wartezeiten zumuten will. Andererseits kann es aber auch daran liegen, dass keine Krankentransportwagen verfügbar sind. Dieses Problem muss man von mehreren Seiten angehen.

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Engagement in dieser Sache bedanken.**



## **Interview mit Frau Dr. med. Bettina Siepe**

Frau Dr. med. Bettina Siepe ist Notärztin in Hausach (Ortenaukreis)

**Sehr geehrte Frau Dr. Siepe,**

**im Rahmen meiner Tätigkeit beim DRK Rettungsdienst konnte ich feststellen, dass die Kooperation zwischen den Angehörigen der Rettungsdienste und den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten unterschiedlich gut funktioniert.**

**Wie sehen Sie die derzeitige Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und den Hausärzten?**

Meistens kümmern sich die Hausärzte überhaupt nicht. Die Qualität hängt auch davon ab, ob er Hausarzt selbst als Notarzt tätig ist.

**Wie beurteilen Sie die medizinische Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen?**

Das korreliert eng mit der Zugehörigkeit der Hausärzte an notärztlichen Versorgung und schwankt stark zwischen sehr gut und nicht ausreichend. Einige Hausärzte sind sehr gut und bei anderen gibt es Defizite.

**Wie beschreiben Sie die organisatorische Kompetenz der Hausärzte?**

Die organisatorische Kompetenz ist meistens gut. Diese Tätigkeiten werden oft von den nicht-ärztlichen medizinischen Fachkräften ausgeführt.

**Denken Sie, dass bei einigen Hausärzten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

Ja, das wäre wünschenswert.

**Wie stehen Sie zu dem Angebot, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

Das halte ich für sehr sinnvoll.

**Hatten Sie bereits Einsätze mit Hausärzten, bei denen es aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis der Hausärzte zu Spannungen kam?**

Die Konfrontation gibt es bei mir nicht, weil nach der Übernahme des Patienten vom Hausarzt die weitere Versorgung dem Rettungsdienst obliegt.

**Haben Sie Vorschläge dafür, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

Vor allem eine Weiterbildung der Hausärzte. Man merkt das wie oben genannt bei Hausärzten, die selbst als Notarzt tätig sind, dass es da so gut wie keine Probleme gibt.

**Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation mit dem Rettungsdienst in den letzten 5 Jahren geändert?**

Meiner Meinung nach gar nicht.

**Gibt es Altersgruppen des Rettungsdienstpersonals, mit denen die Zusammenarbeit in den letzten Jahren besonders positiv oder negativ wahrgenommen wurde?**

Bei den jüngeren Hausärzten ist die Kooperation durch deren Schulung einfacher.

**Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

Die leitlinien-gerechte Therapie von Notfallpatienten muss Standard sein. Die Notfallkompetenz der Hausärzte muss dem rettungsdienstlichen Standard der Grundversorgung entsprechen (beispielsweise beim ACS)

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Engagement in dieser Sache bedanken.**

## **Interview mit Herrn Dominik Rapp**

Herr Dominik Rapp ist Rettungsassistent in Hornberg (Ortenaukreis)

**Sehr geehrter Herr Rapp,**

**im Rahmen meiner Tätigkeit beim DRK Rettungsdienst konnte ich feststellen, dass die Kooperation zwischen den Angehörigen der Rettungsdienste und den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten unterschiedlich gut funktioniert.**

**Wie sehen Sie die derzeitige Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und den Hausärzten?**

Es wird generell zu wenig zwischen den beiden Bereichen kommuniziert. Die Schnittstelle fehlt. Im Endeffekt stellt die Rettungsdienstleitung diese Schnittstelle dar.

**Gibt es Unterschiede zwischen der Qualität der Kommunikation bei medizinischen Notfällen gegenüber geplanten Krankentransportfahrten?**

Eigentlich gibt es da keine Unterschiede. Oft weiß der Hausarzt gar nicht, mit welchem Rettungsmittel er es zu tun hat.

**Wie beurteilen Sie die medizinische Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen?**

Es ist sehr unterschiedlich. Es gibt Praxen, bei denen selten der Rettungsdienst zu Notfällen hinzugezogen wird und es gibt Praxen, bei denen der Rettungsdienst oft alarmiert wird. Dabei wird manchmal vernachlässigt, welches Rettungsmittel dafür indiziert wäre.

**Wie beschreiben Sie die organisatorische Kompetenz der Hausärzte?**

Die Papiere in der Praxis sind meistens gerichtet. Bei der Nachforderung des DRK bei Hausbesuchen fehlen manchmal die nötigen Formulare. Auch bei der Anmeldung der Patienten in der Klinik kommt es hin und wieder zu Problemen.

**Denken Sie, dass bei einigen Hausärzten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

Es besteht sicherlich eine Problematik, was die Verfügbarkeit von Krankentransportwägen angeht. Dies ist aber weniger ein von hausärztlicher Seite verursachtes Problem, hier wären eher die Kostenträger in der Pflicht.

**Wie stehen Sie zu dem Angebot, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

Ich würde dies durchaus begrüßen.

**Hatten Sie bereits Einsätze mit Hausärzten, bei denen es aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis der Hausärzte zu Spannungen kam?**

Bisher gab es keine Einsätze, bei denen es durch die ärztliche Weisungsbefugnis zu Spannungen kam.

**Haben Sie Vorschläge dafür, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

Im Rahmen von gemeinsamen Schulungen könnte man sicherlich auch die Kommunikation verbessern.

**Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation mit dem Rettungsdienst in den letzten 10 Jahren geändert?**

Die Problematik mit den mangelnden Krankentransportwägen hat sich verschärft. Sonst ist es gleich geblieben.

**Gibt es Altersgruppen des Rettungsdienstpersonals, mit denen die Zusammenarbeit in den letzten Jahren besonders positiv oder negativ wahrgenommen wurde?**

Mit den jüngeren Hausärzten klappt die Zusammenarbeit besser.

**Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

Zum einen wäre auch hier der Mangel an Krankentransportwägen anzuführen. Darüber hinaus sind auch bei neuen Praxisräumen die baulichen Gegebenheiten oft nicht ideal für den Patiententransport (beispielsweise Aufzug zu klein für die Trage).

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Engagement in dieser Sache bedanken.**

## **Interview mit Herrn Patrick Hug**

Herr Patrick Hug ist Rettungsassistent in Hausach (Ortenaukreis)

**Sehr geehrter Herr Hug,**

**im Rahmen meiner Tätigkeit beim DRK Rettungsdienst konnte ich feststellen, dass die Kooperation zwischen den Angehörigen der Rettungsdienste und den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten unterschiedlich gut funktioniert.**

**Wie sehen Sie die derzeitige Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und den Hausärzten?**

Außerhalb von Übergabegesprächen findet keine geregelte, geordnete oder zumindest organisierte Kommunikation statt. Wenn doch, dann ist es eher Zufall.

**Gibt es Unterschiede zwischen der Qualität der Kommunikation bei medizinischen Notfällen gegenüber geplanten Krankentransportfahrten?**

Bei geplanten Krankentransportfahrten findet in der Regel auch überhaupt keine Kommunikation statt. Meistens ist kein Arzt mehr vor Ort, wenn es nicht gerade in der Praxis ist. Das heißt, dass es Einweisungsunterlagen gibt und einen Transportschein. Mit etwas Glück steht dort dann etwas darauf, was man lesen kann. Ansonsten muss man sich die relevanten Informationen zum Patienten anders beschaffen. Bei Notfallpatienten ist es natürlich durch die andere Dringlichkeit etwas anderes. Hier ist der Hausarzt vor Ort und gibt Informationen über die Patientenvorgeschichte und Informationen über die Einstellung der Angehörigen an den Rettungsdienst weiter.

**Wie beurteilen Sie die medizinische Kompetenz der Hausärzte bei medizinischen Notfällen?**

Da gibt es auch große Unterschiede und kein gutes Instrument um die Gruppe der Hausärzte auf ein gemeinsames Level zu bringen, zumindest zu halten, oder ein Mindeststandard festzulegen. In der Praxis zeigt sich das so, dass sich ein Hausarzt, der sich in der Notfallmedizin nicht mehr ganz so gut auskennt, oder das zumindest selbst so einschätzt, rettungsdienstliche Hilfe holt. Es gibt auch Hausärzte, die nebenher noch als

Notarzt tätig sind. Da gibt es keine Defizite. Da gibt es eine große Spannbreite und deshalb ist es schwierig, da ein Mittel festzulegen.

### **Wie beschreiben Sie die organisatorische Kompetenz der Hausärzte?**

Auch hier gibt es meilenweite Unterschiede. Es gibt einige Hausärzte, vor allem diejenige mit großer Berufserfahrung, die solche Sachen dann auf einmal schleifen lassen, oder vielleicht auch noch nie gemacht haben, was ich mit meinen neun Jahren Berufserfahrung nicht beurteilen kann. Einige Hausärzte hinterlassen so gut wie nie Transportscheine und melden Patienten nicht im Krankenhaus an, was dazu führt, dass die aufnehmenden Kliniken das Rettungsdienstpersonal mit großen Augen anschauen, da niemand über deren Ankunft informiert wurde. Das Rettungsdienstpersonal versucht oft, dass dann durch selbstständige Anmeldung der Patienten in Krankenhäusern diesen Missstand aufzufangen. Jedes Mal wird das aber auch nicht gemacht, da man davon ausgeht, dass dies bereits veranlasst wurde. Dennoch funktioniert es meiner Meinung nach im Mittel schon gut.

### **Denken Sie, dass bei einigen Hausärzten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

Bei einigen Hausärzten auf jeden Fall. Bei Hausärzten, die selbst im Rettungsdienst tätig sind, ist das kein Thema. In der Praxis stellt man aber oft fest, dass Transporte, für die ein Rettungswagen oder sogar Notarztwagen bestellt wurde, auch mit dem Krankentransportwagen durchgeführt hätten werden können. Dies liegt unter anderem sicher auch daran, dass die Verfügbarkeit dieser Fahrzeuge nicht immer gegeben ist. Dies rechtfertigt aber meiner Meinung nach nicht, deshalb für solche Einsätze ein Rettungsmittel dafür zu binden, welches dann an anderer Stelle nicht mehr zur Verfügung steht. Da wäre es sicherlich sinnvoll, hier in beiden Richtungen Aufklärung zu betreiben. Hier eine Schnittstelle zu schaffen, ist sicherlich sinnvoll.

**Wie stehen Sie zu dem Angebot, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

Das ist sicherlich eine wichtige Angelegenheit. Ich denke, dass sich da auch einige Kollegen bereit erklären würden, dazu beizutragen, die Zusammenarbeit zu verbessern. Es ist in diesem Bereich wie in jedem anderen. Die Zusammenarbeit funktioniert besser, wenn man sich gegenseitig persönlich kennt. Das baut dann auch eine gemeinsame Vertrauensbasis auf.

**Hatten Sie bereits Einsätze mit Hausärzten, bei denen es aufgrund der ärztlichen Weisungsbefugnis der Hausärzte zu Spannungen kam?**

Ja. Aber das kann man dann in der Regel lösen, indem man den Patienten gemeinsam stabilisiert und dann den Einflussbereich des Hausarztes verlässt. Im Zweifelsfall muss ein Notarzt angefordert werden, der dann vermittelt und die Lage klärt.

**Haben Sie Vorschläge dafür, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

Es sind ja schon einige Dinge angesprochen worden. Man sollte die angesprochenen Reibungspunkte auf den Tisch bringen und diese zusammen durchsprechen. Es gibt bisher keine Fehlerkultur und Missstände werden oft unter den Tisch gekehrt. Über die Informationsschiene und mehr Austausch zwischen den Parteien könnte man dies sicherlich angehen. Man könnte hierfür ein gemeinsames Forum schaffen, in dem vorher abgesprochene Themen beredet werden können.

**Wie hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation mit dem Rettungsdienst in den letzten 5 Jahren geändert?**

Es ist weder besser noch schlechter geworden. Ich sehe da keine flächendeckenden Veränderungen.



**Gibt es Altersgruppen des Rettungsdienstpersonals, mit denen die Zusammenarbeit in den letzten Jahren besonders positiv oder negativ wahrgenommen wurde?**

Es ist sehr schwierig, es auf Altersgruppen einzugrenzen. Es gibt in jeder Altersgruppe Hausärzte, die sich dauerhaft in der Notfallmedizin fortbilden und es gibt auch Hausärzte, die dies, zumindest meinem Empfinden nach, nicht tun. Man merkt aber, dass junge Hausärzte im Durchschnitt noch engagierter und motivierter sind. Durch einen Generationenwechsel kommt manchmal so frischer Wind in eine Hausarztpraxis

**Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

Ich finde es als Mitarbeiter im Rettungsdienst immer noch sehr frustrierend, wenn ich als Besatzung eines Rettungswagens Krankentransporte durchführen muss. Einfach aus dem Grund, dass es nicht die Ressourcen gibt, ein Fehlen dieser Rettungsmittel-Ressourcen ausgleichen zu können und nicht, weil Patienten im Krankentransport weniger wert wären. So entsteht immer ein Versorgungsdefizit und über diese Konsequenz wird oft zu wenig nachgedacht und die Situation zu wenig abgewogen. Dies ist ein Missstand, der meiner Meinung nach behoben werden muss. Bereits jetzt gibt es einen Personalmissstand und es nicht nachvollziehbar, wieso dennoch mittlerweile hoch qualifizierte Mitarbeiter für Transporte eingesetzt werden, bei denen sie überqualifiziert sind. Das frustriert die Mitarbeiter.

**Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Engagement in dieser Sache bedanken.**

# Fragebogen nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal

## Fragebogen zur Schnittstelle hausärztliche Versorgung und Rettungsdienst im Rahmen einer Dissertationsarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Dissertationsarbeit "Die Schnittstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und Rettungsdienst - eine Querschnittstudie zu Status quo und Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit bei Praxisnotfällen" möchte ich Sie bitten, die folgenden Fragen zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten zu beantworten. Ich hoffe, damit auch Ihnen und natürlich auch den Hausärztinnen und Hausärzten die Arbeit zu erleichtern und möchte Sie deshalb auch bitten, bei den Freitext-Fragen Ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge niederzuschreiben. Bitte versuchen Sie, einen möglichst repräsentativen Querschnitt Ihrer Erfahrungen darzulegen, ohne sich von besonders positiven oder negativen Erlebnissen beeinflussen zu lassen.

Im Voraus möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken und wünsche weiterhin gute Zusammenarbeit!

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten in diesem Fragebogen der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

---

1. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- 24 Jahre und jünger
- 25 - 29 Jahre
- 30 - 34 Jahre
- 35 - 39 Jahre
- 40 - 44 Jahre
- 45 - 49 Jahre
- 50 - 54 Jahre
- 55 - 59 Jahre
- 60 Jahre und älter

---

2. Welche rettungsdienstliche Qualifikation besitzen Sie (als Rettungsassistent eingestellte Rettungsassistenten geben bitte Rettungsassistent an)

- Rettungshelfer
- Rettungsassistent
- Rettungsassistent (auch wenn bereits eine Weiterbildung zum Notfallsanitäter begonnen wurde)
- Notfallsanitäter
- Rettungsassistent im Praktikum / Auszubildender Notfallsanitäter (nicht Weiterbildung zum Notfallsanitäter)
- sonstige

---

3. In welchem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie im Rettungsdienst?

- Hauptamtlich
- Nebenamtlich (Ehrenamt auf Übungsleiterpauschale oder 450 Euro Basis)
- Auszubildender
- Sonstiges

---

4. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die medizinische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

---

5. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

---

---

6. Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

---

---

Seite 2

7. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die organisatorische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

- 
8. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

---

9. Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

---

10. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

11. Fühlen Sie sich im Durchschnitt von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten wertgeschätzt in ihrer Funktion als Rettungsdienstpersonal?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr

12. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst im Regelbetrieb (KTW-Transporte u.ä.) ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

13. Hatten Sie bereits Einsätze mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen oder hausärztlich tätigen Internisten, bei denen es zu Spannungen aufgrund der Weisungsbefugnis des Arztes kam?

ja  
 nein

14. Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten in ihrer Region im Durchschnitt medizinische Notfälle richtig erkennen?

niemals 0 1 2 3 4 auf alle Fälle

15. Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten in ihrer Region medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätzen?

niemals 0 1 2 3 4 auf alle Fälle

16. Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr stark

17. Würden Sie es für sinnvoll halten, niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr sinnvoll

Seite 3

18. Wie schätzen Sie die Fähigkeit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

19. Haben Sie Vorschläge für die Art und Weise, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?

---

---

---

---

---

---

20. Hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 5 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert?

stark verschlechtert -2 -1 0 +1 +2 stark verbessert

21. Mit welcher Altersgruppe von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten treten am häufigsten Probleme auf? (Mehrfachnennung möglich)

- 20 - 30 Jahre  
 30 - 40 Jahre  
 40 - 50 Jahre  
 50 - 60 Jahre  
 über 60 Jahre

22. Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 auf alle Fälle

23. Gibt es häufig Probleme beim Ausstellen der Ärztlichen Verordnung einer Krankentransportbeförderung (T-Schein)?

- niemals  
 selten (1-2 x / Quartal)  
 gelegentlich (3-5x / Quartal)  
 häufig (6-8x / Quartal)  
 sehr häufig (häufiger als 8x / Quartal)

24. Wie, denken Sie, könnte man die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten weiter verbessern?

---

---

---

---

---

---

Seite 4

25. Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und ihre Mitarbeit bedanken.

# Fragebogen ärztliches Rettungsdienstpersonal

## Fragebogen zur Schnittstelle hausärztliche Versorgung und Rettungsdienst im Rahmen einer Dissertationsarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Dissertationsarbeit "Die Schnittstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und Rettungsdienst - eine Querschnittstudie zu Status quo und Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit bei Praxisnotfällen" möchte ich Sie bitten, die folgenden Fragen zur Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten zu beantworten. Ich hoffe, damit auch Ihnen die Arbeit zu erleichtern und möchte Sie deshalb auch bitten, bei den Freitext-Fragen Ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge niederzuschreiben. Bitte versuchen Sie, einen möglichst repräsentativen Querschnitt Ihrer Erfahrungen darzulegen, ohne sich von besonders positiven oder negativen Erlebnissen beeinflussen zu lassen. Im Voraus möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken und wünsche weiterhin gute Zusammenarbeit!

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten in diesem Fragebogen der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

---

1. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- 24 Jahre und jünger
- 25 - 29 Jahre
- 30 - 34 Jahre
- 35 - 39 Jahre
- 40 - 44 Jahre
- 45 - 49 Jahre
- 50 - 54 Jahre
- 55 - 59 Jahre
- 60 Jahre und älter

---

2. Welche Facharztqualifikation besitzen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

- Facharzt für Anästhesie
- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Chirurgie (verschiedene Facharztweiterbildungen zusammengefasst)
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Gynäkologie
- sonstige

---

3. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die medizinische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

---

4. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

---

---

5. Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

---

---

6. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die organisatorische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

---

7. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

---

---

8. Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

---

9. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

10. Fühlen Sie sich im Durchschnitt von niedergelassenen Allgemeinmedizinern wertgeschätzt in ihrer Funktion als Notarzt?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr

11. Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner in ihrer Region im Durchschnitt medizinische Notfälle richtig erkennen?

niemals 0 1 2 3 4 auf alle Fälle

12. Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner in ihrer Region medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätzen?

niemals 0 1 2 3 4 auf alle Fälle

13. Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr stark

14. Würden Sie es für sinnvoll halten, niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr sinnvoll

15. Wie schätzen Sie die Fähigkeit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

16. Haben Sie Vorschläge für die Art und Weise, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?

---

---

---

---

---

---

---

17. Hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert?

stark verschlechtert -2 -1 0 +1 +2 stark verbessert

---

Seite 3

18. Mit welcher Altersgruppe von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten treten am häufigsten Probleme auf? (Mehrfachnennung möglich)

- 20 - 30 Jahre
- 30 - 40 Jahre
- 40 - 50 Jahre
- 50 - 60 Jahre
- über 60 Jahre

19. Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)

überhaupt nicht  0  1  2  3  4 auf alle Fälle

20. Wie, denken Sie, könnte man die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern weiter verbessern?

---

---

---

---

---

---

---

21. Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und ihre Mitarbeit bedanken.



# Fragebogen hausärztlich tätige Ärzte

## Fragebogen zur Schnittstelle hausärztliche Versorgung und Rettungsdienst im Rahmen einer Dissertationsarbeit

---

1. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- 24 Jahre und jünger
- 25 - 29 Jahre
- 30 - 34 Jahre
- 35 - 39 Jahre
- 40 - 44 Jahre
- 45 - 49 Jahre
- 50 - 54 Jahre
- 55 - 59 Jahre
- 60 Jahre und älter

---

2. Welche ärztliche Qualifikation besitzen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Kardiologie
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Praktischer Arzt
- sonstige

---

3. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die medizinische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals bei gemeinsam abgearbeiteten medizinischen Notfällen ein? (Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen)

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

---

4. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

---

---

5. Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

---

---

6. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die organisatorische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals bei gemeinsam abgearbeiteten medizinischen Notfällen ein? (Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen)

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

---

7. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

---

---

8. Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

---

---

9. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft

---

Seite 2

10. Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst **im Regelbetrieb (KTW-Transporte u.ä.)** ein?
- sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft
- 
11. Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)
- überhaupt nicht 0 1 2 3 4 auf alle Fälle
- 
12. Fühlen Sie sich im Durchschnitt von dem Rettungsdienstpersonal wertgeschätzt und respektiert in ihrer Funktion?
- überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr
- 
13. Denken Sie, dass das Personal des Rettungsdienstes in ihrer Region im Durchschnitt medizinische Notfälle richtig erkennt und behandelt? (Bezogen auf Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen mit Nachforderung des Rettungsdienstes)
- niemals 0 1 2 3 4 auf alle Fälle
- 
14. Denken Sie, dass das Personal des Rettungsdienstes in ihrer Region medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätzt? (Bezogen auf Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen mit Nachforderung des Rettungsdienstes)
- niemals 0 1 2 3 4 auf alle Fälle
- 
15. Wie schätzen Sie die Einhaltung der medizinischen Kompetenzen des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals ein?
- sehr gut (Kompetenzen werden nie überschritten)  
 gut (Kompetenzen werden nur selten überschritten)  
 befriedigend (Kompetenzen werden hin und wieder überschritten)  
 ausreichend (Kompetenzen werden häufig überschritten)  
 mangelhaft (Kompetenzen werden sehr häufig überschritten)
- 
16. Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?
- überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr stark
- 
17. Würden Sie es für sinnvoll halten, niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?
- überhaupt nicht 0 1 2 3 4 sehr sinnvoll
- 
18. Wie schätzen Sie die Fähigkeit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?
- sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft
- 
19. Wie schätzen Sie die Fähigkeit des Rettungsdienstpersonals im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?
- sehr gut 1 2 3 4 5 mangelhaft
- 
20. Hatten Sie bereits Einsätze mit dem Rettungsdienst, bei denen es zu Spannungen aufgrund Ihrer Weisungsbefugnis gegenüber dem nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals kam?
- nie 0 1 2 3 4 sehr häufig

Seite 3

21. Hatten Sie bereits Einsätze mit dem Rettungsdienst, bei denen es aufgrund von Meinungsdivergenzen mit Notärzten (die medizinische Versorgung oder die Organisation des Patiententransports betreffend) zu Spannungen kam?

nie 0 1 2 3 4 sehr häufig

22. Haben Sie Vorschläge für die Art und Weise, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?

---

---

---

---

---

---

23. Hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert?

stark verschlechtert -2 -1 0 +1 +2 stark verbessert

24. Mit welcher Altersgruppe von Rettungsdienstpersonal treten am häufigsten Probleme auf? (Mehrfachnennung möglich)

- jünger als 20 Jahre
- 20 - 30 Jahre
- 30 - 40 Jahre
- 40 - 50 Jahre
- 50 - 60 Jahre
- über 60 Jahre

25. Wie, denken Sie, könnte man die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst weiter verbessern?

---

---

---

---

---

---

26. Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?

---

---

---

---

---

---

Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und ihre Mitarbeit bedanken.

# Grundauswertung der Befragung

## Nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal

### 1) Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

24 Jahre und jünger	35 (24,48%)
25 - 29 Jahre	31 (21,68%)
30 - 34 Jahre	13 (9,09%)
35 - 39 Jahre	14 (9,79%)
40 - 44 Jahre	19 (13,29%)
45 - 49 Jahre	14 (9,79%)
50 - 54 Jahre	12 (8,39%)
55 - 59 Jahre	5 (3,50%)
60 Jahre und älter	0 (0,00%)

---

Summe	143
ohne Antwort	0

### 2) Welche rettungsdienstliche Qualifikation besitzen Sie (als Rettungsassistenten eingestellte Rettungsassistenten geben bitte Rettungsassistent an)

Rettungshelfer	0 (0,00%)
Rettungsassistent	36 (25,17%)
Rettungsassistent	88 (61,54%)
Notfallsanitäter	16 (11,19%)
RAiP / Auszub. NFS	3 (2,10%)
sonstige	0 (0,00%)

---

Summe	143
ohne Antwort	0

### 3) In welchem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie im Rettungsdienst?

Hauptamtlich	126 (88,73%)
Nebenamtlich/Ehrenamt	13 (9,15%)
Auszubildender	2 (1,41%)
Sonstiges	1 (0,70%)

---

Summe	142
ohne Antwort	1

**4) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die medizinische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?**

sehr gut	0 (0,00%)
gut	20 (13,99%)
befriedigend	69 (48,25%)
ausreichend	48 (33,57%)
mangelhaft	6 (4,20%)
<hr/>	
Summe	143
ohne Antwort	0
Median	befriedigend

**5) Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?**

- <1/3> Manche Ärzte kennen sich in der Notfallmedizin aus, manche haben keine Ahnung
- <4/7> Verbesserung der Versorgung durch Verjüngung der Ärzteschaft
- <9/12> Die Hausärzte lassen in den meisten Fällen mit sich reden
- <11/14> Schnelle Alarmierung des Rettungsdienstes (im Gegensatz zu früher)
- <13/16> Anforderung für Notärzte frühzeitiger als früher
- <16/19> Einige Hausärzte bilden sowohl sich, als auch ihr Praxispersonal entsprechend weiter
- <21/24> Empathie gegenüber dem Patienten
- <27/30> Teilweise gute Leitlinienkenntnis und gute Diagnostik
- <30/33> Wenn Vorschläge von Seiten des Rettungsdienst-Personals z.B. (insbesondere) bezüglich Analgesie und Therapie berücksichtigt bzw. angenommen werden
- <35/38> Ruhige Atmosphäre
- <37/40> Junge Ärzte engagieren sich viel mehr für ihre Patienten
- <40/43> Einige wenige Hausärzte sind sehr kompetent, diese sind dann meist selbst noch im Rettungsdienst aktiv tätig, bzw. früher tätig gewesen
- <41/44> Bei einigen jungen Hausärzten, die bis vor Kurzem noch als Notarzt gefahren sind, ist die Einschätzung und Behandlung von Notfällen deutlich besser
- <44/47> Junge Mediziner machen meist einen fachlich guten Eindruck
- <45/48> Großzügige Anforderung von Rettungsdienst bzw. Notarzt
- <48/51> Wenig Positives. Vielleicht, der persönliche Kontakt und die Kenntnis über das Umfeld des Patienten, Bescheid wissen über Vorerkrankungen, Medikamente (meistens)
- <49/52> Wenig
- <50/53> Kontakt mit Patienten - viele sind bekannt
- <51/54> Die Anforderung von Rettungsmitteln geht bei jüngeren Ärzten in die richtige Richtung
- <52/55> Bei Fragen zum Patient während Einsätzen oft sehr gute telefonische Auskunft!
- <53/56> Wenn es wirklich ein kritischer Patient ist, lassen uns die Ärzte machen und versuchen mitzuhelfen.
- <54/57> Übergabe des Patienten ist meistens qualitativ gut und detailliert.

- <55/58> Patienten mit neurologischen Notfällen werden in der Regel direkt in der Praxis vom Arzt an den Rettungsdienst übergeben
- <56/59> In unserem Einzugsgebiet gute und professionelle Zusammenarbeit
- <57/60> Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, wie z.B. Schlaganfälle o.ä. werden durch den Rettungsdienst direkt an die geeignete Klinik weitergeleitet.
- <60/63> Besseres Verständnis für Notfälle bei jüngeren Ärzten
- <63/66> Je jünger und je kürzer die Klinikzeit zurückliegt, desto besser die Kompetenz.
- <65/68> Freundliches Personal (teilweise) und wenn dann doch mal ein Hausarzt eine gute Notfallbehandlung ausübt.
- <66/69> Die Versorgungsqualität ist in manchen Hausarzt-Praxen bezüglich Notfallsituationen sehr gut. Die Ärzte und ihre Teams sind gut eingespielt.
- <67/70> In vielen Fällen gute Routine und Erfahrung
- <68/71> Gute Anamnese
- <69/72> Sehr gute Notfallausstattung
- <71/74> Hausärzte die selbst als Notärzte fahren
- <72/75> Patient hatte beim Eintreffen bereits einen intravenösen Zugang
- <74/77> Ab und zu ist ein Arzt vor Ort; Hausärzte, die als Notärzte tätig sind
- <75/78> In seltenen Fällen ist ein Hausarzt vor Ort, außer er ist Notarzt, dann häufiger
- <77/80> Hausärzte die auch als Notarzt fahren
- <78/81> Stellenweise fachlich hohe Kompetenz
- <79/82> Es gibt auch vereinzelt Ärzte, die ihr Fach verstehen
- <80/83> Unterlagen des Patienten meist vorbereitet (KV-Karte, Medikamentenplan, Arztbriefe mit Vorerkrankungen)
- <81/84> Häufige Alarmierung des Rettungsdienstes, meistens richtige Einschätzung der Situation.
- <82/85> Ein Hausarzt war mal vor Ort und hat uns eine Übergabe gemacht. Der Arzt war aber die Urlaubsvertretung
- <83/86> Auftreten, Zusammenarbeit
- <85/88> Menschlicher Umgang mit Patient und Rettungsdienst-Personal
- <87/90> Variiert stark von Praxis zu Praxis, vereinzelt sehr zuvorkommend. Dies ist leider absolut nicht die Regel
- <89/92> EKG-Kenntnisse
- <90/93> Es gibt vereinzelt sehr fitte und engagierte Ärzte (engagiert sind vor allem ältere Ärzte)
- <91/94> Je nach Praxis liegt ein intravenöser Zugang mit Infusion
- <92/95> Versicherungskarte und Arztbriefe sind in den meisten Fällen unaufgefordert übergeben worden
- <95/98> Patientenumgang
- <98/101> Alles sehr fachlich und professionell
- <105/108> Zwischenmenschlicher Umgang
- <110/113> Viele Ärzte haben mittlerweile gut detaillierte Medikamentenpläne
- <114/117> Hausärzte kennen ihre Patienten
- <119/122> Ärzte die Rettungsdienst- bzw. Notarzt-Erfahrungen haben
- <120/123> Das in den meisten Fällen mit aktuellem Wissensstand behandelt wird; z.B. Verfahrensweisen, Medikamente

- <121/124> Wenn eine Kooperation von Nöten ist, sind alle Beteiligten stets freundlich
- <124/127> Hohe Compliance der Ärzte, Rettungsdienst im Notfall hoch angesehen
- <125/128> Allgemeine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung
- <126/129> Dass manche Allgemeinmediziner zugeben, nicht für Notfälle gewappnet zu sein
- <128/131> Zügige Alarmierung bei Unwissenheit des Hausarztes
- <130/133> T-Scheine und Einweisung meistens vor Ort
- <131/134> Teilweise gute Übergaben
- <133/136> T-Schein vorbereitet; hält sich raus
- <134/137> Vereinzelt hoch kompetent und interessiert an der Zusammenarbeit und Wissensaustausch
- <135/138> Es gibt keine Probleme mit Medizинern, die in der Notfallmedizin tätig sind oder waren
- <139/142> Je nach Praxisübernahme kam es zu Verbesserungen
- <140/143> Je jünger die Ärzte sind, desto besser ist die notfallmedizinische Versorgung

**6) Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?**

- <1/3> Rettungsdienst-Personal wird zum Teil immer noch als "Krankenträger" gesehen
- <3/6> Oft unzureichende Therapie, oft nicht nach aktuellem Standards und Leitlinien, Unwissen und wenig Akzeptanz über die Ausbildung und das Fachwissen der Rettungsdienst-Mitarbeiter
- <4/7> Nach wie vor hoher Anteil an Rettungsmittel-Missbrauch. (RTW-Einweisungen bei fehlender vitaler Bedrohung)
- <11/14> Hierarchisches Fehlverhalten und manipulatives Interagieren der Angestellten in Fehldiagnosen
- <13/16> Oft keine Übergabe
- <16/19> Mangelndes Verständnis bei Unterscheidung RTW und KTW, auch in Bezug auf Wartezeiten
- <19/22> Manche Ärzte kennen nicht die heutigen Standards bzw. Abläufe und haben keine notfallmedizinische Erfahrung
- <21/24> Die Empathie gegenüber dem Rettungsdienst ist oft mangelhaft
- <24/27> Keinerlei notfallmedizinische Kenntnis?
- <25/28> ERC-Leitlinie unbekannt
- <27/30> Verkennen der vorliegenden Situation, falsche Medikamentendosierung (1mg Adrenalin i.v. bei Anaphylaxie)
- <30/33> Fehlendes Wissen bezüglich aktuellen Leitlinien und geeigneten Rettungsmitteln. Fehlende Bereitschaft, den Patienten geeignet zu analgesieren und zu therapieren. Der Rettungsdienst wird immer noch als reiner "Transporteur" gesehen.
- <31/34> Teilweise völlig unklare Übergabe
- <32/35> Fehlende Fachkenntnisse und Motivation
- <33/36> Hausärzte gehen nicht mit der Zeit mit
- <35/38> Nicht auf dem neuesten medizinischen Stand; zeitlich kritische Patienten werden nicht immer erkannt

- <37/40> Besonders ältere Ärzte oder überlaufene Praxen betreuen ihren Patientenstamm schlecht; zum Teil grenzwertige Dauermedikation!
- <40/43> Telefonische Einweisungen, Fluchtverhalten vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes, keine Übergabe, mangelhafte Diagnostik, keine Bereitschaft zu telefonischen Rücksprachen mit dem Rettungsdienst; Der Anspruch auf das Abholen der "Papiere" in der Praxis ist oft wichtiger als Patient
- <41/44> Telefonische Einweisung, Fehldiagnosen, Unterschätzen der Lage, keine Toleranz von Notärzten bei kritischen Patienten in Praxis. Können nicht zwischen RTW/NAW/KTW und Taxi unterscheiden, totale Dekompensation in Notfallsituationen
- <42/45> Meist wurden/werden keine erweiterten Maßnahmen ergriffen
- <44/47> Teilweise überfordert, Notfallsituationen richtig einzuschätzen
- <45/48> Oftmals schlechte Meldung an die ILS. Der Wunsch, dass der Rettungsdienst auch bei Meldebildern wie ACS etc. ohne Signal zur Arztpraxis kommen sollte. Kein intravenöser Zugang, keine subkutanen Zugänge, keine gute Anamnese-Erhebung oder schlechte bzw. keine Übergabe, z.B. durch Altersheim
- <48/51> Mangelnde Kenntnisse aktueller Versorgungsstandards, Versagen in Stresssituationen
- <49/52> Einzelne Extremfälle von Unkenntnis der aktuellen Versorgungsstandards
- <50/53> Manche Stresssituationen werden nicht gut gehandelt
- <51/54> Die Ignoranz älterer Ärzte gegenüber neuen Standards
- <52/55> Bei Notfällen ist oft bei der Ankunft in der Arztpraxis noch nichts am Patienten getan. Sogar bei Kardiologen sitzen Patienten mit ACS (als Bsp.) ohne intravenösen Zugang oder medikamentöse Versorgung im Gang
- <53/56> Oft ist der Hausarzt schon weg, bevor der Rettungsdienst eintrifft; Der Rettungsdienst wird als „Sankafahrer“ eingestuft und als hätte er keine Ahnung (kann ja auch manchmal sein); oft keine Kenntnis von Trauma-Netzwerk, moderner Apoplex-Behandlung, Herzinfarkt-Netzwerk. Je älter der Arzt, desto weniger Ahnung hat er von Notfallmedizin.
- <54/57> Mediziner bei hausärztlichen Besuchen oft nicht mehr da beim Eintreffen des Rettungsdienstes; nicht selten kommen falsche oder fehlerhafte Diagnosen zu Stande
- <56/59> Mangelndes Wissen zu aktuellen Leitlinien und Handlungs-Empfehlungen bei akuten Notfällen (oft lückenhaft)
- <57/60> Viele telefonische Einweisungen, obwohl ein hausärztlicher Bereitschaftsdienst gereicht hätte um zu sehen, dass kein Transport ins Krankenhaus notwendig gewesen wäre. Es geht den Ärzten zu lange, bis ein KTW zur Verfügung steht, deshalb wird pauschal ein RTW bestellt. Notfälle "könnten" darunter leiden
- <60/63> In 90% der Fälle wurden Notfälle als solche leider nicht erkannt. Oft werden gewöhnliche Krankentransporte als Notfälle verkauft, um den Transport zu beschleunigen. Die Kompetenz des Rettungsfachpersonals oder des ILS-Disponenten werden in Frage gestellt, bzw. belächelt
- <61/64> Das Nicht-Erkennen von STEMI und/oder Lungenembolie



- <63/66> Häufig bei älteren Hausärzten wenig Ahnung vom System "Rettungsdienst" vorhanden und das notfallmedizinische Knowhow ist selten auf dem aktuellem Stand
- <65/68> Keine korrekten Transportverordnungen; keine qualitative Übergabe an den Rettungsdienst, teils fragliche medizinische Notfallversorgung; keine intravenösen Zugänge Es wird keine Wartezeit toleriert; dann wird gleich der RTW angefordert, obwohl keine Indikation besteht
- <66/69> Viele niedergelassenen Hausärzte verlieren im Laufe der Jahre den medizinischen Zugang zu "echten" Notfällen und verharmlosen diese, bzw. überdramatisieren reine Akutfälle
- <67/70> In Einzelfällen "Unbelehrbarkeit" und starrsinniges Verhalten (selten)
- <68/71> Schlechte bzw. fehlende Erstmaßnahmen
- <69/72> Fraglicher Umgang mit Notfallausstattung, oftmals keine Medikamentengabe, da der Hausarzt sagt, der Notarzt würde ja sowieso gleich eintreffen
- <70/73> Teilweise ist der Arzt nicht beim Notfallpatienten beim Eintreffen des Rettungsdienstes. Die Erstmaßnahmen (Viggo/Medikamente etc.) sind oftmals noch nicht durchgeführt worden.
- <71/74> Mangelnde bzw. keine Betreuung in der Zeit von der Verständigung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes
- <72/75> Oft keine Übergabe bekommen, öfters eine telefonische Einweisung mit der Bitte, Papiere bei ihm abzuholen, ohne den Patienten gesehen zu haben
- <73/76> Es gibt erschreckend viele Hausärzte, die keine Ahnung haben oder nichts für ihr Geld arbeiten wollen
- <74/77> Kein Arzt war bei Übergabe an das Rettungsdienst-Personal vor Ort
- <75/78> Es liegen meistens nur die Papiere da und kein Arzt vor Ort, oder der Patient wurde nur telefonisch eingewiesen und man soll Papiere abholen. Arzt rät Diagnose!
- <76/79> Keine Ahnung mehr wie der Ablauf bei einem Notfallpatienten vor sich geht. Mangelndes Wissen über Notfallausrüstung, falls diese überhaupt komplett vorhanden ist.
- <77/80> Hausärzte die im Notfall daneben stehen und nichts tun
- <78/81> Telefoneinweisungen, fachlich nicht kompetent
- <79/82> Es gibt immer mehr Ärzte, die nicht in der Lage sind ein Risiko einzugehen
- <80/83> Oft keine Übergabe durch den Arzt
- <81/84> Teils haarsträubende Transportvorstellungen des Hausarztes, teils (oft) Verweigerung eines Transportscheins
- <82/85> Viele Hausärzte weisen Patienten ein, ohne die oder den Patienten/-in gesehen zu haben
- <83/86> Keine Therapie bei akuten Notfällen, wie z.B. Infarkt
- <85/88> Schlechte bis keine Versorgung von Notfallpatienten, Unsicherheit bei Notfällen
- <87/90> Patientenübergabe lässt oft zu wünschen übrig. Freundlichkeit gegenüber Patienten! Zum Teil warten Infarktpatienten sitzend alleine im Wartezimmer, wenn der RTW und das NEF eintrifft
- <89/92> Schlechte Übergabe, mangelnde Kenntnisse über die Rettungsmittel und die Ausstattung

- <90/93> Oft schlechte oder gar keine Übergabe, schlechte Erstversorgung bei Notfällen. Der Patient ist teilweise unbeobachtet (z.B. bei ACS)
- <91/94> Das Praxisteam ist meist überfordert und nicht auf dem Gebiet ausgebildet; bei Hausbesuchen werden Patienten oft nur per Telefon eingewiesen statt angeschaut
- <92/95> Direkte Übergabe von Arzt an Rettungsdienst findet leider nur selten statt. In vielen Fällen wissen nur der Hausarzt und der weiterbehandelnde Arzt im Krankenhaus, was beim Patienten vorliegt.
- <94/97> T-Scheine, Umgang mit Rettungsdienst-Personal
- <95/98> Kein bzw. wenig Wissen über den Rettungsdienst; beispielsweise über KTW-Materialien, KTW-Besetzung etc.; zu viele RTW-Einweisungen, die Krankentransporte sind
- <98/101> Manchmal zu fachlich (Fachchinesisch) und hektisch
- <99/102> Fehlendes Wissen bezüglich Rettungsdienst und dessen primäre Aufgabe; Unterschied zwischen KTW und RTW oft nicht klar (Bedeutung und Kosten)
- <103/106> Patienten werden oft stationär eingewiesen
- <104/107> Mangelnde Erstversorgung; mangelnde Kenntnis über Notfälle und deren Erstversorgung
- <105/108> Meist herrscht eine absolute Stresssituation für den niedergelassenen Hausarzt. Dadurch kommt es zu Fehleinschätzungen des vorliegenden Notfalls
- <108/111> Oft fehlendes Equipment
- <110/113> Der Hausarzt alarmiert das DRK und verschwindet dann vor dem Eintreffen des DRK am Einsatzort. Telefonische Einweisungen gehören abgeschafft
- <113/116> Meist gibt es nur einen telefonischen Kontakt mit dem Patienten, dann aber wiederum kommt es zu Einweisungen mit haltloser Diagnostik.
- <114/117> Der Unterschied KTW- und RTW-Indikationen sind nicht klar
- <117/120> Willkürlicher und übermäßiger Gebrauch von Notfallmedikamenten
- <119/122> Übergabezeit und Vorbereitung des Patienten sowie die Aufklärung des Patienten
- <120/123> Kommunikation mit dem Rettungsdienst-Personal, Umgangsweisen mit Rettungsmitteln; z.B. RTW-Anforderung, wenn ein KTW ausreichend wäre.
- <121/124> "Mann" wird in der Regel wie ein Mensch zweiter beziehungsweise niederer Klasse behandelt; Übergaben werden nur selten durch den behandelnden Arzt persönlich durchgeführt
- <122/125> Des Öfteren elegantes Nichtwissen notfallmedizinischer Grundlagen. Zunahme der "telefonischen" Behandlungen, die Konsequenz ist, dass es zu unnötigen Einsätzen kommt
- <124/127> Die Ärzte haben nahezu keine praktischen Fähigkeiten in der Notfallversorgung (ABCDE usw.)
- <126/129> Oftmals keine Versorgung - weder Basismaßnahmen noch erweiterte Maßnahmen – dazu kommt eine spärliche Übergabe
- <128/131> Die Papiere sind oft fertig, der Patient aber dafür nicht versorgt
- <130/133> Mangelnde Kompetenz bei der Erkennung von Krankheiten (falsche Einordnung). Die Hausärzte messen kein Fieber, keine SpO2. Auf dem Transport stehen keine Messmittel zur Verfügung

- <131/134> Telefonische Einweisungen ("Ferndiagnose") sind oft falsch mit teils schwerwiegenden Folgen. Teilweise fehlendes Wissen in der Notfallmedizin
- <133/136> Diagnosestellung mehr als mangelhaft. Selbst hausärztliche Grundproblematiken werden falsch gelöst
- <135/138> Oftmalige völlige Überforderung der Hausärzte bei Notfallsituationen
- <140/143> Beratungsresistente Ärzte
- <141/144> Bei Einweisungen, zum Teil nur telefonische Einweisung, trotz "lebensbedrohlichen" Diagnosen

**7) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die organisatorische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?**

sehr gut	0	(0,00%)
	22	(15,60%)
	67	(47,52%)
	42	(29,79%)
mangelhaft	10	(7,09%)
Summe		
	141	
ohne Antwort	2	
Median		befriedigend

**8) Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?**

- <4/7> Siehe Antwort Frage 5
- <27/30> Vollständige Dokumentation inkl. Einweisung, T-Schein, EKG-Befund und Vorgeschichte / Medikamentenplan etc.
- <35/38> Anamnese ist bekannt; Zielklinik wird abgeklärt
- <40/43> Eventuell eine geringere medizinische Bandbreite im Bereich der möglichen Versorgung eines kleinen Krankenhauses, dafür bessere pflegerische Betreuung für ältere Patienten
- <41/44> Oftmals sind Patienten bereits in Zielklinik angemeldet
- <42/45> Der Patient ist bereits in Klinik angemeldet
- <45/48> Frühzeitige Alarmierung
- <48/51> Selten werden vereinzelt T-Scheine richtig ausgefüllt
- <52/55> Die Papiere sind bei Eintreffen in der Arztpraxis zu 90% bereits gerichtet und die letzten Arztbriefe und Krankenhaus-Aufenthalte ausgedruckt
- <54/57> Einweisungen sind meistens gut organisiert; einweisender Arzt steht für Fragen zur Verfügung und kann diese meistens auch zureichend beantworten
- <55/58> Patient ist bereits im KH angemeldet und wird dort erwartet
- <58/61> Bei der Umstellung wie T-Scheine auszufüllen sind, gibt es einzelne Praxen die auf Anhieb alles richtig ausfüllen
- <61/64> T-Scheine gut ausgefüllt
- <67/70> Oft sind formale Dinge wie T-Schein und Überweisung bzw. Medi-Plan bei Eintreffen bereits zusammengestellt

- <69/72> Manche Ärzte wissen genau, welche rettungsdienstliche Qualifikation auf den Rettungsmitteln bei der Alarmierung kommt. z.B. RTW: RA/RS
- <80/83> Voranmeldung Zielklinik mit CT, Herzkatheter-Labor, Urologie
- <81/84> Gute Ausstattung der Hausärzte mit Notfallrucksäcken etc.
- <87/90> Oft sind die Papiere bereit
- <90/93> Dass immer mehr Ärzte einen Defibrillator und einfache Hilfsmittel zur Atemwegssicherung z.B. Larynxtuben besitzen
- <91/94> Übergabe oft erfolgt, Papiere gerichtet, EKG-Ausdruck und Medikamenten-Plan dabei
- <92/95> Wenn Notfälle vorliegen, werden relativ zügig die Transporte bestellt.
- <98/101> Meistens sehr aufmerksam
- <99/102> Einige sehr fit in Notfallmedizin (zumeist diejenigen, die auch selbst als Notarzt tätig sind)
- <117/120> Bereitwilligkeit zur Kooperation in großen Teilen
- <120/123> Ärzte mit Rettungsdienst-Kontakt bzw. Hintergrund/Erfahrung kommen dem Rettungsdienst-Personal sehr entgegen
- <121/124> Der Rettungsdienst wird unverzüglich gefordert, wenn es kritisch wird
- <124/127> Ärzte rekrutieren oft hochwertige Rettungsmittel
- <125/128> Weitgehend treffsichere Diagnostik und adäquate Anmeldung in geeigneter Klinik
- <126/129> Praxisteam nimmt Rettungsdienst in Empfang, führt es direkt zum Patienten, das ganze Team ist über den Notfall informiert, rufen Angehörige an
- <128/131> Papiere fertig
- <130/133> T-Scheine und Einweisung vor Ort. Anmeldung im Krankenhaus meistens gut erledigt und abgesprochen
- <138/141> Es gibt aber auch wenige Allgemeinmediziner/Internisten, die ABCDE und SAMPLER "nach Lehrbuch" durchführen
- <140/143> Wenn die Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Praxispersonal stimmt

### 9) Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?

- <3/6> Bei der Nach-Alarmierung des Rettungsdienstes herrscht Unkenntnis über Rettungsmittelindikation
- <4/7> Fehlende Info über Rettungsdienst-Ausrüstung sowie Ausbildungsstand der Rettungsdienst-Mitarbeiter
- <16/19> Patienten wurden nicht angemeldet, obwohl eine Einweisung (in das entsprechende Krankenhaus) vorliegt. Information über Infektionen und meldepflichtige Krankheiten wurde nicht vorgenommen
- <21/24> Z. T. nicht mehr zeitgemäße Praxisräume
- <23/26> Häufig sind T-Scheine falsch ausgefüllt und Patienten nicht im Krankenhaus angemeldet
- <24/27> Ausfüllen der T-Scheine / Keine adäquaten Übergaben
- <27/30> Veraltetes Material/Geräte, schlechter räumlicher Zugang
- <30/33> Falsche Transportmittel oder zeitliche Brisanz -> RTW zur Krankenhaus-Einweisung; KTW zum akuten Koronar-Syndrom bzw. sitzender Transport beim Wirbelsäulentrauma etc.

- <35/38> Will alles auf einmal
- <37/40> Falsche Krankenhauswahl; falsche Rettungsmittel (RTW statt KTW)
- <40/43> Durch falsche Diagnose Auswahl eines "falschen" Krankenhauses
- <41/44> Meistens kein Arzt mehr vor Ort, bzw. nie vor Ort gewesen und Unklarheit in welcher Klinik Patient angemeldet ist
- <42/45> Keine Struktur in der Arbeitsweise, oft telefonische Einweisung
- <44/47> Meist kein Schema beim Abarbeiten der Notfallsituationen (Bspw. vgl. Leitlinien etc) zu erkennen
- <45/48> Keine Abklärung mit aufnehmenden Krankenhäusern
- <48/51> Anmelden im Krankenhaus völlig unnötig, telefonische Einweisungen gehen eigentlich gar nicht; gängig aus Krankentransporten Rettungstransportwagen-Einsätze zu machen und das ohne medizinische Indikation
- <49/52> Wenn kein KTW sofort verfügbar ist, wird einfach ohne Notwendigkeit ein RTW bestellt
- <51/54> Dass RTW angefordert werden für Krankentransporte, nur weil KTW etwas länger dauern
- <52/55> Keine Patientenaufklärung vor Eintreffen des Rettungsdienstes (Patienten oft "erschrocken" über Krankenhaus-Einweisung)
- <53/56> Arzt hat Pat. trotz Nachfrage vom Rettungsdienst nicht am Zielort angemeldet
- <54/57> Zielklinik weiß oft nicht Bescheid, wann Patient kommt
- <55/58> Patienten werden nach einem Telefonat einfach eingewiesen. Der Arzt selbst war nicht vor Ort. Keine visuelle Sichtung des Patienten. Weder Ärzte noch Schwestern wissen im Krankenhaus über die Einweisung Bescheid
- <56/59> Telefonische Einweisungen
- <58/61> Diagnosen werden nur telefonisch und somit falsch gestellt
- <60/63> Oft werden RTW-Einsätze, die einen Notarzt bedürfen, nicht als Notarzt-Einsatz bestellt. Notarzt-Nachalarmierungen kosten somit mehr Zeit. Anmeldungen im Krankenhaus werden nur selten gemacht
- <61/64> Keine T-Scheine, telefonische Einweisungen ohne Patientenkontakt
- <63/66> Häufige Alarmierung des Notarztes bei Bagatell-Notfällen, weil Rettungsdienstler nur Träger und Fahrer sind
- <65/68> Bei Anforderung von Rettungsmitteln -> sollen nicht mit Blaulicht vor die Praxis fahren
- <66/69> Der Mangel an "Unterscheidungsfähigkeit" zwischen KTW/RTW/NEF und wann diese eingesetzt werden
- <67/70> Bei Überforderung häufig organisatorisches Durcheinander (eher selten)
- <69/72> Keine Alarmierung von Notärzten
- <71/74> Fast nie Voranmeldung an der Klinik
- <72/75> Zu wenig EKG-Diagnostik
- <73/76> Gibt es wirklich eine?
- <74/77> Differenz zwischen KTW und RTW meist unbekannt
- <75/78> Viele wissen nicht was der Unterschied zwischen KTW und RTW ist. Sehr oft RTW obwohl ein KTW ausreichen würde
- <76/79> Notfallpatienten werden nicht erkannt bzw. deren Symptome. Sehr oft Einweisungen, die als nicht dringlich eingeordnet werden können

- <77/80> Falsch ausgefüllte Transportscheine
- <78/81> Zu viele KTW-Einweisungen mit dem RTW
- <79/82> Dass Ärzte keine Ahnung vom Rettungsdienst haben
- <80/83> Transportscheine oft falsch ausgefüllt, Patient mit Angina-pectoris-Beschwerden wurden nach Hause geschickt, um die Koffer zu packen und dort vom Rettungsdienst abgeholt zu werden
- <81/84> Oftmals völlige Planlosig- und Untätigkeit (i.v.-Zugang legen etc.)
- <82/85> Viele Hausärzte haben keine Möglichkeit ein EKG vor Ort zu schreiben, dadurch wurden auch viele Infarkte nicht erkannt
- <83/86> Falsche Therapie, Einweisung aber nicht vor Ort
- <85/88> Anforderung von geeignetem Rettungsmittel
- <87/90> Unterscheide der Einsatzbereiche von KTW, RTW, NAW/NEF sind nicht bekannt
- <90/93> Teilweise besteht noch veraltetes Material, mit dem niemand umgehen kann
- <91/94> T-Schein oft falsch ausgefüllt, Patient je nach Praxis separiert
- <92/95> Unterschiede zwischen KTW, RTW und NAW sind oft nicht in den Köpfen
- <95/98> Kennen sich nicht mit dem Ablauf der CPR aus
- <98/101> Indirekte Kompetenz-Trumpfen, jeder will den anderen noch überlegen
- <99/102> Teilweise völlig überfordert, sehr veraltete Therapieansätze
- <110/113> T-Scheine sind oft falsch ausgestellt
- <114/117> Oft falsche Klinikauswahl
- <117/120> Mangelnde Kenntnisse über privates Notfallequipment in den Arztpraxen
- <119/122> Oft sind Patienten nicht angemeldet
- <120/123> Zunehmende telefonische Einweisungen, kein konkretes Abklären der Notfallsituation; Ressourcen werden oft unnötig "verblasen"
- <121/124> Die medizinische "Notfall"-Versorgung lässt zu wünschen übrig
- <124/127> Rettungsmittel oft überhöht (Notarzt)
- <125/128> In Einzelfällen finden noch immer zu Ende der Sprechzeiten "Praxisräumungen" durch den Rettungsdienst statt
- <126/129> Ausfüllen von Einweisungen (sehr knapp gehalten) und Transportschein sind häufig falsch ausgestellt
- <128/131> T-Scheine falsch ausgefüllt
- <131/134> Keine Voranmeldung in der Klinik
- <134/137> Keinerlei Interessen des nichtärztlichen Personal gepaart mit Arroganz offensichtlich fehlende Führungsstruktur
- <136/139> Oftmals sind Scheine oder Unterlagen falsch oder nur teilweise gerichtet
- <138/141> Es ist oft erkennbar, dass strukturiertes Vorgehen nach ABCDE und SAMPLER oft nicht nur nicht etabliert, sondern auch völlig unbekannt sind
- <140/143> Wenn Praxispersonal bzw. Arzt die Aufgaben vom Rettungsdienst im organisatorischen Bereich wie in der Praxis übernimmt
- <141/144> Einfache Unwissenheit + Leitstelle, die ihnen das bequemste Rettungsmittel "verkauft"

**10) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen ein?**

sehr gut	2	(1,40%)
	33	(23,08%)
	62	(43,36%)
	39	(27,27%)
mangelhaft	7	(4,90%)
<hr/>		
Summe	143	
ohne Antwort	0	
Median	befriedigend	

**11) Fühlen Sie sich im Durchschnitt von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten wertgeschätzt in ihrer Funktion als Rettungsdienstpersonal?**

überhaupt nicht	8	(5,63%)
	48	(33,80%)
	55	(38,73%)
	28	(19,72%)
sehr	3	(2,11%)
<hr/>		
Summe	142	
ohne Antwort	1	
Median	teils-teils	

**12) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst im Regelbetrieb (KTW-Transporte u.ä.) ein?**

sehr gut	3	(2,11%)
	22	(15,49%)
	45	(31,69%)
	59	(41,55%)
mangelhaft	13	(9,15%)
<hr/>		
Summe	142	
ohne Antwort	1	
Median	ausreichend	

**13) Hatten Sie bereits Einsätze mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern oder hausärztlich tätigen Internisten, bei denen es zu Spannungen aufgrund der Weisungsbefugnis des Arztes kam?**

ja	110	(78,01%)
nein	31	(21,99%)
<hr/>		
Summe	141	
ohne Antwort	2	

**14) Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten in ihrer Region im Durchschnitt medizinische Notfälle richtig erkennen?**

niemals	0	(0,00%)
	22	(15,38%)
	73	(51,05%)
	45	(31,47%)
auf alle Fälle	3	(2,10%)
<hr/>		
Summe	143	
Median	teils-teils	

**15) Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten in ihrer Region medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätzen?**

niemals	0	(0,00%)
	36	(25,35%)
	53	(37,32%)
	38	(26,76%)
auf alle Fälle	15	(10,56%)
<hr/>		
Summe	142	
ohne Antwort	1	
Median	teils-teils	

**16) Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?**

überhaupt nicht	0	(0,00%)
	3	(2,10%)
	19	(13,29%)
	61	(42,66%)
sehr stark	60	(41,96%)
<hr/>		
Summe	143	
ohne Antwort	0	
Median	eher ja	



**17) Würden Sie es für sinnvoll halten, niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

überhaupt nicht	0	(0,00%)
	1	(0,70%)
	3	(2,10%)
	38	(26,57%)
	101	(70,63%)
sehr sinnvoll		
<hr/>		
Summe	143	
ohne Antwort	0	
Median		sehr sinnvoll

**18) Wie schätzen Sie die Fähigkeit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?**

sehr gut	1	(0,73%)
	9	(6,57%)
	26	(18,98%)
	49	(35,77%)
	52	(37,96%)
mangelhaft		
<hr/>		
Summe	137	
ohne Antwort	6	
Median		ausreichend

**19) Haben Sie Vorschläge für die Art und Weise, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

- <3/6> Fortbildungen, evtl. gemeinsam
- <4/7> Als "normaler" Rettungsdienst-Mitarbeiter habe ich da sowieso keine Möglichkeit. Daher habe ich mir auch noch keine Gedanken gemacht.
- <7/10> Fortbildung für allgemeinmedizinische Ärzte
- <9/12> Fortbildungen, die gemeinsam gemacht werden
- <11/14> Fortbildungen gemeinsam gestalten
- <16/19> Diagnose, Transportziel etc. leserlich auf dem Einweisungsschein vermerken. Genauere Infos zu Vor-/Begleiterkrankungen
- <19/22> Die Praxen mehr fortbilden in Notfallszenarien. Abläufe bzw. Tätigkeiten des Rettungsdienstes und der Krankenhäuser kennen lernen
- <21/24> Dürften bekannt sein
- <24/27> Fortbildungen, gemeinsame Treffen
- <25/28> Gemeinschaftliche Fortbildungen, Vermittlung der Handlungsempfehlungen für NFS, Vermittlung des Berufsbildes NFS, ERC Leitlinien
- <30/33> Aufklärung der Hausärzte bezüglich der Struktur des Rettungsdienstes und der ILS, Rettungsmittel (was ist was und welche Indikationen bestehen für welches Rettungsmittel bzw. welche Konsequenzen ergeben

- sich aus permanentem Missbrauch) z. B. ständige Belegung von RTW-Ressourcen mit Krankentransporten. Leitlinien zur Übergabe von Patienten / Aufklärung bezüglich Kompetenzen der NFS / regelmäßige Schulung/Fortbildung der niedergelassenen Ärzte in Notfallmedizin
- <31/34> Hausärzte besser auf Notfallsituationen zu schulen
  - <34/37> Unterschied KTW/RTW bzw. NAW erläutern
  - <35/38> Arzt bleibt vor Ort
  - <37/40> Ein jährliches Treffen mit dem ärztlichen Leiter Rettungsdienst bei dem die (schlimmsten) Vorfälle aufgearbeitet werden
  - <41/44> Es wäre sinnvoll beim Notfall zu bleiben, um eine fundierte Übergabe zu machen und nicht nur den Transport zu fordern und den Rettungsdienst nur als Krankenträger abzustempeln
  - <42/45> Es sollte mehr kommuniziert werden, sowie gemeinsame Fortbildungen im Rahmen Notfallmedizin (30 Std. Pflichtfortbildung Rettungsdienst)
  - <44/47> Gegenseitige Aushänge in Praxen und Rettungswachen mit Verbesserungsvorschlägen/Empfehlungen/Wünschen etc.  
Bsp: Wie fülle ich einen T-Schein richtig aus -> Aushang in Arztpraxen
  - <45/48> Gemeinsame Fortbildungen z.B. Mega-Code. Qualitätszirkel, die von Rettungsdienst und Allgemeinärzten besucht werden können
  - <48/51> Bessere Fortbildung bzw. ein regelmäßiges Training auf Seiten der Ärzteschaft. Wir wollen doch alle das Gleiche. Und wenn alle das tun und den gleichen Weg gehen, dann gibt es keine Spannungen
  - <49/52> Mehr gegenseitige Wertschätzung
  - <51/54> Aufklärung über Rettungsmittel und ihre Bedeutung; Aufklärung über Kompetenzen des Rettungsdienst-Personals
  - <52/55> Gemeinsame Treffen in Form von Fortbildungen, um gegenseitiges Verständnis zu fördern, was zum Beispiel Organisation und Ablauf in Arztpraxen sowie in Rettungsdienst angeht
  - <53/56> Freundlich zueinander sein, das hilft wahre Wunder. Ich habe manchmal den Eindruck, dass der Arzt am Einsatzort Angst vor uns hat. Ein kleines Lächeln und eine kurze Begrüßung wirken Wunder
  - <54/57> Gemeinsame Fortbildungen, gemeinsame Leitlinien, Unterschied der Einsatzfahrzeuge verdeutlichen, gegenseitige Wertschätzung, gegenseitiges Verständnis
  - <55/58> Gemeinsame Fortbildungen von Hausärzten und Rettungsdienst-Personal. Vor allem Hausärzte, die nebenbei als Notarzt tätig sind. Diese sollte 1x jährlich stattfinden, so dass auch Hausärzte und Personal auf dem neuesten Stand der Leitlinien sind
  - <58/61> Häufige Schulungen in allen Bereichen der Notfallmedizin für die niedergelassenen Ärzte. Telefondiagnosen strikt verbieten. Eindeutige Anweisungen an die Ärzte geben, wie T-Scheine auszufüllen sind
  - <60/63> Bei Unsicherheit kann man auch gerne den Rettungsdienst-Mitarbeiter nach seiner Meinung nach Krankheitsbild sowie geeignete Zielklinik fragen. Der Rettungsdienst hat eben mehr mit medizinischen Notfällen zu tun. Kompetenzen sollten von beiden Seiten niemals in Frage gestellt werden.

- <63/66> Gemeinsame Fortbildungen, auch zum Thema "Notfallsanitäter - was kann er und was darf er" und wie entwickelt sich der Rettungsdienst in der Zukunft
- <64/67> Fortbildungen
- <66/69> Regelmäßige, interdisziplinäre Fortbildungen zwischen Hausarzt-Praxen und dem regionalen Rettungsdienst
- <67/70> Gegenseitige Rücksichtnahme und besseres Verständnis durch verstärkten Austausch
- <68/71> Notfallschulungen
- <69/72> Mehr gemeinsame Fortbildungen, Praktika von Rettungsdienst-Personal in Praxen, Praktika Hausarzt im Rettungsdienst auf dem NEF mit Notarzt, wichtig für alle Beteiligten und bei schlimmeren und stressigeren Einsätzen eine Einsatznachbesprechung durchführen
- <70/73> Regelmäßige gemeinsame Fortbildungen und Kommunikationsaustausch über evtl. verbesserungsbedürftige Verfahrensweisen beidseits. Bspw. in Form von Treffen 1x jährlich. Schulungen (verpflichtend) der niedergelassenen Mediziner für Notfallsituationen
- <71/74> Vermehrt Praktika im Rettungsdienst
- <72/75> Jeweils ein Praktikum regelmäßig machen
- <73/76> Mehr Verständnis füreinander zeigen
- <74/77> Ja, Arzt sollte bei Übergabe dabei sein (keine Aufgabe einer Arzthelferin); T-Scheine sollte dem Fahrzeug und der Qualifikation (RTW-RA und KTW-RS) entsprechend ausgefüllt sein; bessere Kommunikation mit Leitstelle; über Fahrzeug, Erkrankung und Zielklinik
- <75/78> Ärztliche Übergabe, wenn schon ein RTW/KTW angefordert wird; Papiere richtig ausfüllen
- <76/79> Wertschätzung für das Personal der Hilfsorganisationen. Nicht nur als bessere Taxifahrer ansehen
- <77/80> Ja
- <78/81> Fortbildungen, bessere Wertschätzung des Rettungsdienst-Personals
- <79/82> "Hausärzte" müssten verpflichtend ein Rettungsdienst Praktikum absolvieren
- <81/84> Gegenseitiges Respektieren (v.a. von Seiten der Ärzte) wäre sinnvoll, um einen zügigen Transport zu gewährleisten. Außerdem wäre eine Verbesserung der notfallmedizinischen Kompetenz sinnvoll. Ärzte sollten Zugänge legen, Infusionen anhängen etc...  
Außerdem wäre eine verbesserte Kommunikation im Sinne eines netteren Umgangs wünschenswert
- <83/86> Schulungen mit Schwerpunkt: "Rettungsdienst -> Versorgung"  
Schulung: "Auf was legt der Hausarzt wert?"
- <85/88> Schulungen über die Schnittstelle von Rettungsdienst und Hausärzten
- <86/89> Schulungen von Praxispersonal und Rettungsdienst-Personal zusammen
- <87/90> Ein einheitliches Übergabekonzept --> siehe Schockraum (ABCDE, SAMPLERS). So kann bei der Übergabe nichts Wichtiges vergessen werden. Gemeinsames (Simulations-)Training? Vermutlich nicht umsetzbar
- <89/92> Verbesserter Wissensaustausch; was weiß der jeweils andere und welchen Standpunkt hat er im Bezug auf die Erwartung vom Gegenüber

- <90/93> Ich denke, dass die Hausärzte (ältere Hausärzte) über die medizinische Kompetenz von Rettungsdienst-Personal aufgeklärt werden sollten. Für einige sind wir immer noch die "Sanka-Fahrer". Da ist eine Übergabe ihrer Meinung nach nicht notwendig.
- <91/94> In allen Praxen sollte die Übergabe durch einen Arzt erfolgen
- <92/95> Wichtig wäre, die Ärzte in Notfällen zu schulen. Viele Ärzte wissen nicht, dass vor ihnen geschultes Rettungsdienst-Personal steht. Einfach freundlich und nett sein, sich 5 Minuten Zeit nehmen und es wäre vielen geholfen.
- <98/101> Vielleicht sollte man Ärzte informieren, dass RS einfach nicht das Wissen besitzen, das ein RA oder NS hat! Und vielleicht sollten sie sich kurz darum kümmern, wer der RA und wer, wenn es einen gibt, der RS ist.
- <105/108> Regelmäßige Rückmeldung im gegenseitigen Austausch. Einführung eines einheitlichen Formulars, um eventuelle Vorkommnisse in geregelter Umfang zu klären. Schulung zum Ausstellen von Transportscheinen führt zu weniger Diskussionen vor dem Patienten
- <110/113> Durch Infoveranstaltungen
- <114/117> Schulungen/ und Infoveranstaltungen
- <117/120> Praktika im Rettungsdienst anbieten und wahrnehmen um die Funktion der unterschiedlichen Fahrzeuge, sowie die Strukturen im Rettungsdienst kennen zu lernen. Häufig scheitert es, denke ich, an der Fähigkeit, den Ausbildungsstand von nichtärztlichem Rettungsdienst-Personal einschätzen zu können.
- <119/122> Gemeinsame Fortbildungen, Pflicht für Praxen sich regelmäßig fortzubilden
- <120/123> Dem Rettungsdienst-Personal Respekt zollen. Bei Alarmierung von RTW/NAW ist es wünschenswert, dass der Behandelnde/Einweisende vor Ort bleibt zur Übergabe
- <121/124> Arroganz und Überheblichkeit kann man leider nur schlecht abtrainieren. Vielleicht B. Brecht als Nachtlektüre schenken
- <128/131> Einblick in den jeweiligen anderen Bereich
- <130/133> Wertschätzung von Rettungsdienst verbessern
- <131/134> Regularien erstellen und an Praxen sowie Rettungswachen verteilen, wie man sich organisatorisch verhalten soll, dass beide Parteien und vor allem der Patient einen Vorteil haben
- <134/137> Grundmuster eines Mindest-Kommunikationsschema, persönliches Aufeinandertreffen beim Patienten (Übergabe)
- <138/141> Gemeinsame Aus-/Fortbildungen; Praxen sollten bessere Kenntnisse über Leistungsspektrum, Ausbildungsstand, Ausrüstung, Logistik etc. des Rettungsdienstes bekommen. Das sollte auch viel stärker Teil der ärztlichen Ausbildung sein
- <139/142> Fortbildungsveranstaltung
- <140/143> Aufklärung und Information
- <141/144> Pflichtfortbildungen durch Krankenkassen

**20) Hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 5 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert?**

stark verschlechtert	5 (3,94%)
	17 (13,39%)
	63 (49,61%)
	42 (33,07%)
stark verbessert	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	127
ohne Antwort	16
Median	weder verschlechtert noch verbessert

**21) Mit welcher Altersgruppe von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten treten am häufigsten Probleme auf? (Mehrfachnennung möglich)**

20 - 30 Jahre	6 (4,41%)
30 - 40 Jahre	9 (6,62%)
40 - 50 Jahre	53 (38,97%)
50 - 60 Jahre	111 (81,62%)
über 60 Jahre	87 (63,97%)
<hr/>	
Nennungen	266
geantwortet haben	136
ohne Antwort	7

**22) Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

überhaupt nicht	0 (0,00%)
	1 (0,70%)
	10 (7,04%)
	18 (12,68%)
auf alle Fälle	113 (79,58%)
<hr/>	
Summe	142
ohne Antwort	1
Median	auf alle Fälle

**23) Gibt es häufig Probleme beim Ausstellen der Ärztlichen Verordnung einer Krankenförderung (T-Schein)?**

niemals	1 (0,70%)
selten (1-2 x / Quartal)	13 (9,15%)
gelegentlich (3-5x / Quartal)	29 (20,42%)
häufig (6-8x / Quartal)	40 (28,17%)
sehr häufig (> 8x / Quartal)	59 (41,55%)
<hr/>	
Summe	142
ohne Antwort	1
Median	häufig

**24) Wie, denken Sie, könnte man die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten weiter verbessern?**

- <3/6> s.o. Fortbildungen
- <4/7> siehe Antwort Frage 19
- <16/19> wie immer: jeder Seite verständlich machen, warum etwas für die jeweils andere Seite wichtig ist und so gemacht wird
- <21/24> S. 19
- <24/27> Annehmen von Tipps und auf einer Linie sein
- <25/28> siehe 19
- <26/29> Bessere Schulung und Interessenförderung der Hausärzte bezüglich des Rettungsdiensts
- <30/33> siehe 19
- <33/36> Bessere Aufklärung der Hausärzte, was Rettungsdienst bedeutet
- <35/38> Kontaktpflege durch ÄLRD; Angebot für Fortbildungen an Hausärzte machen
- <37/40> Ein jährliches Treffen (Grillfest?) für ungezwungene Gespräche
- <40/43> Hausärzte im Rettungsdienst fahren lassen (ein 1/4 Jahr?)
- <41/44> Hausärzte sollten anfangen, die Arbeit des Rettungsdienstes zu schätzen und uns nicht als Krankenträger abstempeln und mehr Wertschätzung
- <44/47> Kommunikation
- <45/48> Wenn es insgesamt eine Weiterbildungspflicht für die Ärzte gäbe, so dass diese auf dem aktuellen Stand der (Notfall-)Medizin bleiben bzw. kommen könnten und somit aktuelle Standards bei ACS/Apoplex kennen würden
- <50/53> mehr Schulungen für Notfallsituationen
- <51/54> Beseitigung von Eitelkeiten auf beiden Seiten
- <52/55> Tauscheinsätze von Rettungsdienst und Arztpraxen: Ärzte als NEF-Praktikanten und Rettungsdienst-Praktikumseinsätze in Arztpraxen. So könnten auch Probleme wie z.B. beim Ausstellen von T-Scheinen auf Augenhöhe und in Ruhe verbessert werden
- <53/56> Der Rettungsdienst muss freundlicher und weniger arrogant zu den Ärzten sein und darf sich nicht so aufspielen. Ärzte werden sauer, wenn der Rettungsdienst so tut, als habe er mehr Ahnung (hat der Rettungsdienst vielleicht manchmal auch) Der Rettungsdienst muss dem Arzt vielleicht manchmal behutsam "auf etwas hochlupfen", wie man

- so schön sagt. Dann gelingt die Zusammenarbeit besser. Das gleiche sollte man natürlich vom Arzt erwarten
- <54/57> Fortbildungen zu medizinischen Notfällen; bessere Kommunikation; siehe Frage 19
- <55/58> Nach wie vor ist das richtige Ausstellen der T-Scheine ein Problem. Ärzte genau darauf hinweisen, was welches Kreuz bedeutet. Aber auch Angestellte der Praxis sollten den richtigen Umgang damit kennen. Öfters medizinische Notfälle simulieren bzw. trainieren. Leider kann ich keine Aussage dazu tätigen, wie oft in einer normalen Praxis medizinische Notfälle geübt werden, oder inwiefern sich Hausärzte nach neuen Leitlinien und Vorgehensweisen erkundigen müssen. Öfters Dialog zwischen Rettungsdienst-Personal und Ärzten suchen
- <60/63> Rettungsdienst-Personal ist auf Notfälle spezialisiert. Eine Wertschätzung für unsere Arbeit würde schon reichen
- <67/70> Gemeinsame Fortbildungen (z.B. Mega-Code), auch zum Zweck des Teambuildings und des Austauschs
- <69/72> Gemeinsame Fortbildungen, gemeinsame Praktika auf der jeweiligen Gegenseite, Nachbesprechungen, Reden über Behandlungs-Benefit des Patienten und Chancen einer evtl. Verbesserung des Patienten (Palliativ-Patient)
- <70/73> Anzahl der Telefoneinweisungen sollte zu Gunsten von Hausbesuchen zur Qualitätssicherung der Diagnosen und zur Vermeidung unnötiger Fahrten des Rettungsdienstes trotz Zeitknappheit reduziert werden. Außerdem sind potentiell gefährliche Patienten für den ambulanten Konsil-Termin im Krankenhaus keine Indikation für einen Rettungswagen. Diesbezüglich die Indikationsstellungen der Hausärzte bezüglich RTW/KTW/Taxi überprüfen
- <74/77> Schwierig, dazu benötigt man motiviertes Personal und lernwillige Arztpraxen (beides eher unrealistisch). Dann könnte man kurze Einblicke und Schulungen (T-Scheine / RTW-KTW etc.) in Arztpraxen durchführen
- <75/78> Unwahrscheinlich, weil sich Arztpraxen sehr selten was sagen lassen. So wie Rettungsdienst-Personal auch
- <76/79> Praktika bei den jeweiligen Einrichtungen beider Parteien. Von den Bereichsausschüssen und Krankenkassen eine orientierte Schulung über den Krankentransport und Rettungsdienst über Verfügbarkeit in den jeweiligen Kreisverbänden
- <81/84> Gleiche Ausrüstung um eine Kompatibilität herzustellen. Gemeinsame Fortbildungen, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Informationen an die Ärzte, wie T-Scheine für jedes Fahrzeug spezifisch auszufüllen sind. Information an die niedergelassenen Ärzte, welches Krankenhaus in der Umgebung welche Ausstattung hat...
- <82/85> Viele Praxen wissen immer nicht, was für ein Auto kommt. Daher wird auch der T-Schein falsch ausgestellt. Hier mal bitte aufklären
- <83/86> Schulungen zusammen Rettungsdienst und Hausärzte  
Sich besser kennen lernen, wer was tut
- <86/89> Schulungen! Z.B. vom Rettungsdienst für die Praxen --> T-Scheine richtig ausfüllen

- <87/90> Genauere Aufklärung, welche Möglichkeiten bzw. Kompetenzen die einzelnen Rettungsmittel besitzen. Evtl. regelmäßig Notfalltrainings mit Ausbildungsabteilung
- <90/93> Wenn Patienten nicht ausreichend versorgt sind und der Rettungsdienst die fehlenden Maßnahmen durchführt, fühlen sich manche Ärzte in ihrer Ehre gekränkt. Manche Ärzte denken, dass es nicht sein darf, dass der Rettungsdienst manche Maßnahmen besser beherrscht.
- <91/94> Die beiden Tätigkeitsbereiche sollten vielleicht lernen, was in dem anderen Bereich vorliegt und die andere Sichtweise kennen
- <92/95> Mehr Kommunikation, mehr Notfalltraining in den Praxen
- <98/101> Ärzte sind oft fachlich vollkommen professionell, aber zwischenmenschlich etwas daneben, vielleicht durch einfaches Austauschen untereinander...
- <110/113> Bessere Erklärung zum korrekten Ausfüllen der T-Scheine
- <114/117> Schulungen
- <119/122> Verbesserungs- bzw. Vorschlagswesen, mehr Unterstützung bei Problemen von der Rettungsdienst-Leitung
- <120/123> Akzeptanz der Berufsausbildung. Wir sind keine "Taxi-Fahrer" Auch RS, RH und FSJler sollten als Fachpersonal ernst genommen werden.
- <122/125> Aufklärung über die Strukturen des Rettungsdienstes. Fortbildung in Sachen Notfallmedizin
- <125/128> Erledigt sich mit den Jahren von alleine
- <128/131> Schulungen
- <131/134> Telefonische Einweisungen (Ferndiagnosen) unterlassen und Übergabe vor Ort am Pat. durchführen. Kein Arzt vor Ort soll ein Rettungsdienst-Einsatz sein, da dieses Personal die Verantwortung für teilweise gravierende Fehldiagnosen trägt
- <135/138> Schulungen: was ist Rettungsdienst, wie wird Rettungsdienst und Krankentransport finanziert. Ablauf, Indikationen von Rettungsmitteln
- <138/141> Sich kennenlernen ist immer gut!
- <140/143> Aufklärung über Kenntnisse des Rettungsdienst-Personals  
Schulung gemeinsam z.B. Reanimation-Schulung
- <141/144> Sensibilisierung und Aufklärung durch Krankenkassen

**25) Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

- <4/7> Beendigung des ständigen RTW-Missbrauchs für Einweisungen nicht-kritischer Patienten.
- <9/12> Nein.
- <16/19> KTW als RTW verbraten muss aufhören! Wenn es die ILS nicht schafft dann vielleicht über Druck der anfordernden Ärzte  
"Nein, kein RTW - KTW reicht, drei Stunden habt ihr Zeit"
- <24/27> Ärztlicher Notdienst nicht ausreichend in der Fläche. Hausärzte kennen ihre Patienten nicht mehr, ergo viel mehr und auch überzogene Einweisungen!
- <25/28> Gut, dass sich jemand dieser Sache annimmt! :)



- <27/30> Besonders die eindeutige Indikationsstellung für Rettungsmittel fällt in der täglichen Praxis oft unter den Tisch. Es kommt zu einer Verlagerung von Krankentransporten in den Rettungsdienst
- <30/33> Den niedergelassenen Ärzten müssen die Folgen aufgezeigt werden, welche durch Fehlanforderungen von "höherwertigen" Rettungsmitteln entstehen. Jeder muss lernen, über den Tellerrand hinauszusehen und das "große Ganze" zu berücksichtigen. Es muss eine Sensibilisierung diesbezüglich stattfinden. Kenntnisse bezüglich aktuellen Guidelines müssen obligat werden.
- <32/35> Kein Missbrauch der Rettungsmittel für Krankentransporte!
- <33/36> Hausärzte stellen zu oft RTW-Scheine aus; wollen Patienten keine 3 Stunden warten lassen
- <41/44> Ein Megacode-Training für Praxen wären sinnvoll. Mehr Befassung mit den Kompetenzen und der Arbeit des Rettungsdienstes. Bei kritischen Patienten sollte der Arzt vor Ort bleiben bis der Rettungsdienst eintrifft
- <44/47> Anmerkung zu Frage 18: Ich persönlich würde es für sinnvoll halten, gesamte Arzt-Praxen als Team zu Megacode-Trainings in regelmäßigen Abständen (max. 1-2 Jahre) zu verpflichten (Ärzte und Helferinnen und Helfer)
- <45/48> Wenn besonders ältere Ärzte die Weiterentwicklung des Rettungsdienst anerkennen würden, nämlich dass wir keine Transportunternehmen mehr sind, sondern hochqualifiziertes Fachpersonal
- <53/56> Ich würde die Zusammenarbeit mit Ärzten als sehr heterogen bezeichnen. Es gibt junge, sehr nette und kompetente Ärzte, aber auch genau das Gegenteil. Erfahrungsgemäß wird man von jüngeren Ärzten mehr wertgeschätzt (vielleicht waren die Zivildienstleistende beim DRK). Bei älteren Ärzten wird man oft überhaupt nicht ernst genommen. Dort ist man maximal Krankenträger. Ich möchte noch hinzufügen, dass es beim Rettungsdienst leider auch genug Idioten gibt, so dass man sich nicht wundern braucht, dass die Ärzte Vorbehalten haben. Leider!
- <55/58> Schön, dass sich jemand mit diesem Thema beschäftigt!
- <57/60> Es wäre nett, wenn einmal jemand Schwung in die Sache bringen würde. Würde jedem von uns ein einfaches Arbeitsleben bieten
- <60/63> Transporte werden als Krankentransport bestellt und bei Wartezeit als Notfall deklariert. Dies ist ein Verstoß gegen das Rettungsdienst-Gesetz
- <67/70> Im Allgemeinen ist der große Erfahrungsschatz gerade älterer "Hausärzte" sehr wertvoll. In Einzelfällen fehlt jedoch die Praxis für Notfälle und auch die Bereitschaft, sich in dieser Richtung fortzubilden. Dies betrifft jedoch nur wenige.
- <69/72> Für mich wäre es wichtig, nach dem Einsatz mehr Feedback zu bekommen (wie es dem Patienten jetzt geht und ob ich helfen konnte)
- <75/78> Es wird 99%ig keine Verbesserung geben, weil Mediziner ja sowieso immer Recht haben.
- <79/82> Es ist sinnvoll, dass auf das Problem aufmerksam gemacht wird. Jedoch sehe ich da eine gewisse Beratungsresistenz beim akademischen Personal!

- <81/84> Die Zusammenarbeit klappt in dem meisten Fällen auf einem akzeptablen Niveau, hauptsächlich die zwischenmenschliche Kommunikation sollte meiner Meinung nach verbessert werden
- <82/85> Schade ist auch, dass viele Zivilpersonen die Nummer des Kassenärztlichen Notdiensts nicht kennen und wenn doch, er nur selten kommt.
- <87/90> Eine ärztliche Übergabe wäre grundsätzlich ein guter Anfang.
- <90/93> Ärzte sollten von ihrem hohen Ross herunterkommen, so wie es bei Notärzten heute in der Regel der Fall ist. Mehr Miteinander für den Patienten. Fortbildungen zusammen mit den Ärzten (Thema: Kommunikation)
- <91/94> Es ist für mich eine andere Sichtweise in der Bewertung, da ich zwischen meinem FSJ und meinem hauptamtlichen Arbeiten in einer Praxis gearbeitet habe. Am schlimmsten ist, dass auch auf der Schule für die MTA nicht mehr wirklich gezeigt wird, wie man sich im Notfall verhält. Es ist aber von Praxis zu Praxis unterschiedlich.
- <105/108> Ausstellung T-Scheine und Indikationen. Aufklärungsarbeit über Rettungsmittel. Krankentransport bedeutet in der Regel Wartezeit. Wartezeit sollte nicht Erhöhung auf RTW bedeuten
- <119/122> Ich sehe das Hauptproblem an der Überlastung der Hausärzte und dem übertriebenem Anspruchsdenken der Patienten. Ältere Hausärzte sind mit alltäglichen Krankheitsbildern so überhäuft, dass Notfälle sie überfordern.
- <121/124> Teamarbeit beinhaltet Respekt, Anstand und Höflichkeit, jene Eigenschaften, die bei sehr vielen Ärzten während des Studiums offensichtlich verloren gegangen sind. Ab Oberarzt bzw. Chefarzt im Krankenhaus oder Hausarzt mit anderen leitenden Funktionen wird es dann noch schlimmer. Aber so will es wohl die heutige Gesellschaft.
- <124/127> Berufsbild Notfallsanitäter aufwerten und akkreditieren, dadurch erreicht man dann eine bessere Akzeptanz
- <130/133> Ärzte sollten einen SpO2-Messer und ein Fieberthermometer bei Hausbesuchen mit sich führen, um banale Krankheiten erkennen zu können. Apoplex Zeitfenster von 4,5 Stunden kennen wenige Ärzte
- <141/144> Leitstellen "verkaufen" Ärzten, was ihnen am bequemsten ist oder am Schnellsten geht, auch wenn keine RTW-Indikation besteht

## Grundausswertung der Befragung:

Notärzte

### 1) Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

24 Jahre und jünger	0 (0,00%)
25 - 29 Jahre	0 (0,00%)
30 - 34 Jahre	3 (14,29%)
35 - 39 Jahre	4 (19,05%)
40 - 44 Jahre	4 (19,05%)
45 - 49 Jahre	3 (14,29%)
50 - 54 Jahre	3 (14,29%)
55 - 59 Jahre	4 (19,05%)
60 Jahre und älter	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	21
ohne Antwort	1

### 2) Welche Facharztqualifikation besitzen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

Facharzt für Anästhesie	9 (42,86%)
Facharzt für Innere Medizin	7 (33,33%)
Facharzt für Chirurgie	2 (9,52%)
Facharzt für Allg.-Med.	2 (9,52%)
Facharzt für Gynäkologie	0 (0,00%)
sonstige	4 (19,05%)
<hr/>	
Nennungen (Mehrfachwahl möglich!) geantwortet haben	24 21
ohne Antwort	1

### 3) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die medizinische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?

sehr gut	0 (0,00%)
gut	2 (9,52%)
befriedigend	14 (66,67%)
ausreichend	5 (23,81%)
mangelhaft	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	21
ohne Antwort	1
Median	befriedigend

### 4) Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

- <1/21> Deutliche Verbesserungen in den letzten zwei Jahrzehnten bezüglich der Kompetenz
- <4/24> Die meisten Notfälle werden als solche erkannt und der Rettungsdienst zügig alarmiert
- <5/25> Notfälle werden als solche erkannt

- <7/33> Teils optimale Diagnosestellung und Therapiebeginn im Vorfeld, eventuell sogar mithilfe von Troponin-Schnelltests und ähnlichem.
- <8/34> Einige Hausärzte legen bereits eine Infusion an und bleiben bis zum Eintreffen des Notarztes beim Patienten
- <10/36> Gute kardiopulmonale Reanimation, Versorgung mit Larynxtubus, gute Übergabe
- <11/37> Gute Erstversorgung und Kenntnisse über die "eigenen" Patienten
- <12/38> Deutlicher Vorteil bei Kenntnis der Patienten-Historie. Meist vertrauter Umgang zwischen Hausarzt und Patient
- <13/39> Automatische externe Defibrillatoren in der Praxis, venöser Zugang, medikamentöse Therapie begonnen
- <15/41> Vorgeschichte bekannt, soziales Umfeld gut bekannt
- <17/43> Selbstsicherheit
- <18/44> Einzelfälle mit besonders kompetenter Versorgung der Patienten
- <21/47> Manche dieser Kollegen haben den betreffenden Patienten bereits vorbildlich versorgt und machen eine professionelle Übergabe an den Notarzt. Leider ist das in dieser Form nur ausnahmsweise so.
- <22/48> Bei Eintreffen in einer Praxis laufende Reanimation mit bereits liegendem Venenzugang und Larynxmaske

#### **5) Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?**

- <1/21> Bis heute werden Notfallpatienten in Praxen bis zum Eintreffen des Notarztes allein in einem Behandlungsraum gelassen
- <4/24> Häufig keine Überwachung in der Praxis, kein intravenöser Zugang
- <5/25> mangelnde Kompetenz in Sachen Reanimation, mangelnde Materialkenntnis (AED, Atemwegssicherung)
- <6/32> Probleme bei Vitalbedrohung
- <7/33> Absolut offensichtliche Fehldiagnosen teils aufgrund von Inkompetenz (das betrifft hauptsächlich einen Kollegen aus Landau in der Pfalz), teils aufgrund von fehlender Beschäftigung mit dem Patienten
- <8/34> Einige Hausärzte schicken einfach telefonisch den Notarzt zum Patienten, ohne sich selbst zu kümmern.
- <10/36> Schlechte Erstmaßnahmen, Telefoneinweisungen ohne vor Ort gewesen zu sein, falsche medikamentöse Erstversorgung
- <11/37> Z. T. nur telefonisch Rettungsdienst alarmiert ohne vor Ort gewesen zu sein
- <12/38> Es fehlt manchmal an einer strukturierten Übergabe, Medikationsplan nicht ausgedruckt, ebenso z.B. alte Krankenhaus-Berichte. Im worst-case kein intravenöser Zugang
- <13/39> Einweisung bei kritischen Patienten auf dem Nachttisch. Infarktpatienten laufen einem in der Praxis entgegen
- <14/40> Zu abwartende Haltung, zu wenig notfallmedizinische Kenntnis
- <15/41> Schlechte Erreichbarkeit (oft Anrufbeantworter)
- <18/44> Im Schnitt oft ungenügende Erstversorgung (Patient liegt in einem Zimmer, der Hausarzt macht nebenan weiter Sprechstunde kommt regelmäßig vor)
- <20/46> Wenig Erfahrung im Umgang mit Notfällen

- <21/47> Teilweise liegen die Patienten in einem Behandlungszimmer völlig alleine gelassen, die Übergabe findet zwischen Tür und Angel statt, das genügt nicht dem Anspruch einer professionellen Zusammenarbeit.
- <22/48> Oft leider nicht ausreichende bzw. fehlende Basismaßnahmen beziehungsweise der Patient mit Verdacht auf Herzinfarkt sitzt (oft allein) in einem Behandlungszimmer während der hausärztliche Kollege nebenan weiter Sprechstunde macht

**6) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die organisatorische Kompetenz der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten bei medizinischen Notfällen ein?**

sehr gut	1 (4,76%)
gut	6 (28,57%)
befriedigend	12 (57,14%)
ausreichend	2 (9,52%)
mangelhaft	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	21
ohne Antwort	1
Median	befriedigend

**7) Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?**

- <1/21> Begleitpapiere sind seit Einführung der EDV meist bei Eintreffen des Notarztes fertig
- <4/24> Klare Alarmierung
- <5/25> Zeitgerechtes Hinzuziehen Rettungsdienst ist meist der Fall
- <7/33> Vorbefunde und Medikamentenpläne fertig vorbereitet zum mitnehmen, evtl. Voranmeldung in der Klinik
- <10/36> Gute kardiopulmonale Reanimation, Versorgung mit Larynx-tubus, gute Übergabe
- <11/37> Zum Teil sehr gute Ortskenntnisse und Kenntnisse über die hiesigen Strukturen
- <13/39> Klare Übergabe
- <14/40> Meist rechtzeitiges Hinzuziehen des Notarztes
- <15/41> Sprechstunden pünktlich angeboten
- <18/44> Wiederum positive Einzelfälle, nichts Generelles
- <21/47> S. 4.

**8) Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?**

- <1/21> Häufig ist der Patient in keiner Klinik angemeldet
- <4/24> Teilweise Angst vor wirksamen Medikamenten
- <5/25> Kein Monitoring an Notfallpatienten, Notfallpatienten unbeaufsichtigt gelassen
- <10/36> Schlechte Erstmaßnahmen, Telefoneinweisungen ohne vor Ort gewesen zu sein, medikamentöse falsche Erstversorgung
- <11/37> Zum Teil sehr schlechte Zuordnung zu den Fachrichtungen
- <13/39> Meist keine Kenntnis Unterschied KTW/RTW oft schlechte Notarztindikation

- <14/40> Relevante Befunde nur auf Nachfrage (Unterlagen, Diagnosen und Medikation)
- <18/44> Öfters falsche Anforderung bei der Leitstelle (Praxis meldet Notfall und will RTW, ist dann erstaunt wenn Notarzt mitkommt)
- <21/47> S. 5.

**9) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen ein?**

sehr gut	0 (0,00%)
gut	6 (30,00%)
befriedigend	10 (50,00%)
ausreichend	4 (20,00%)
mangelhaft	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	befriedigend

**10) Fühlen Sie sich im Durchschnitt von niedergelassenen Allgemeinmedizinern wertgeschätzt in ihrer Funktion als Notarzt?**

überhaupt nicht	0 (0,00%)
eher nein	1 (5,00%)
teils-teils	1 (5,00%)
eher ja	10 (50,00%)
sehr	8 (40,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	eher ja

**11) Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner in ihrer Region im Durchschnitt medizinische Notfälle richtig erkennen?**

niemals	0 (0,00%)
eher nein	0 (0,00%)
teils-teils	5 (25,00%)
eher ja	13 (65,00%)
auf alle Fälle	2 (10,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	eher ja

**12) Denken Sie, dass niedergelassene Allgemeinmediziner in ihrer Region medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätzen?**

niemals	1 (5,00%)
eher nein	10 (50,00%)
teils-teils	2 (10,00%)
eher ja	7 (35,00%)
auf alle Fälle	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	eher nein

**13) Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?**

überhaupt nicht	0 (0,00%)
eher nein	2 (10,00%)
teils-teils	6 (30,00%)
eher ja	5 (25,00%)
sehr stark	7 (35,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	eher ja

**14) Würden Sie es für sinnvoll halten, niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßige Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

überhaupt nicht	0 (0,00%)
eher nein	2 (10,00%)
teils-teils	1 (5,00%)
eher ja	1 (5,00%)
sehr sinnvoll	16 (80,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	sehr sinnvoll

**15) Wie schätzen Sie die Fähigkeit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?**

sehr gut	1 (5,00%)
gut	1 (5,00%)
befriedigend	7 (35,00%)
ausreichend	7 (35,00%)
mangelhaft	4 (20,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	ausreichend

**16) Haben Sie Vorschläge für die Art und Weise, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

- <1/21> In Zeiten des Mobilfunks wäre es meiner Einschätzung nach sinnvoll, bei medizinischen Notfällen eine direkte Kommunikation von Arzt zu Arzt zu etablieren und nicht, wie bisher, nur indirekt Informationen über die Leitstelle weiter zu leiten.
- <4/24> Gemeinsame Treffen 1x /Jahr, Vorstellung der Notarztkollegen, Diskussionen, Demonstration Rettungsmittel
- <5/25> Standardisierte Übergaben einführen zwischen Arzt und Rettungsdienst
- <6/32> Relevante medizinische Informationen wie Diagnosen, Medikation, wichtige Befunde in digitaler Form auf Chipkarte
- <7/33> In Pflegeheimen ist es üblich, bei Krankenhauseinweisungen eine Art Stammblatt mit Diagnosen, Medikamentenplan, Angehörigen etc. mitzugeben. In der Zeit zwischen Alarmierung und Eintreffen des Rettungsdiensts hätte eine gut organisierte Praxis sicher die Möglichkeit zumindest Diagnose- und Medikamentenlisten vorzubereiten. Eine direkte Übergabe durch den Arzt ist zwingend zu fordern. Wenn es auch fachlich sogar mal verzichtbar sein kann, so ist es dennoch ein Gebot der Höflichkeit.
- <9/35> Vom Rettungsdienst niederschwelliger niedergelassene Kollegen kontaktieren
- <10/36> Gemeinsame Fortbildungen und Telefonkontakt
- <11/37> Gemeinsame Schulungen und Reanimations-Training auch in den Praxen, zur Schulung des gesamten Diensts
- <14/40> Weiterbildung; Ausbildung; Trainingsangebote
- <15/41> Gemeinsame Fortbildungsprogramme z.B. bei DRK mit externen oder internen Referenten; Treffen mit Allgemeinmedizinern
- <18/44> Aufklärung der Niedergelassenen zu Struktur, Aufbau und Abläufen im Rettungsdienst (ggf. Mitfahrten?)
- <21/47> Schwierig! Sicher fehlt oft die selbstkritische Beurteilung eigenen Handelns.

**17) Hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert?**

stark verschlechtert	0 (0,00%)
eher verschlechtert	0 (0,00%)
gleich geblieben	8 (42,11%)
eher verbessert	11 (57,89%)
stark verbessert	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	19
ohne Antwort	3
Median	eher verbessert



**18) Mit welcher Altersgruppe von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten treten am häufigsten Probleme auf? (Mehrfachnennung möglich)**

20 - 30 Jahre	2 (11,11%)
30 - 40 Jahre	0 (0,00%)
40 - 50 Jahre	1 (5,56%)
50 - 60 Jahre	10 (55,56%)
über 60 Jahre	14 (77,78%)
<hr/>	
Nennungen	27
geantwortet haben	18
ohne Antwort	4

**19) Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

überhaupt nicht	0 (0,00%)
eher nein	3 (15,00%)
teils-teils	2 (10,00%)
eher ja	4 (20,00%)
auf alle Fälle	11 (55,00%)
<hr/>	
Summe	20
ohne Antwort	2
Median	auf alle Fälle

**20) Wie, denken Sie, könnte man die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern weiter verbessern?**

- <5/25> Gemeinsame Fortbildungen , z.B. jährliche Reanimations-Schulung mit Rettungsdienst und Praxismitarbeitern gemeinsam
- <6/32> Austauschforum
- <7/33> Siehe Punkt 16. Grundkenntnisse und Umsetzung von initialen Notfallmaßnahmen sollten gewährleistet sein. Das intravenöse Verabreichen von Furosemid (vom Hausarzt zwar gut gemeint und sicher grundsätzlich richtig indiziert) kann auf einer längeren Anfahrt zum Krankenhaus ohne Blasenkatheter aufgrund von Harndrang zu unnötigem zusätzlichen Stress beim Patienten führen.
- <9/35> Schulung des Rettungsdienstes
- <10/36> Info-Veranstaltungen seitens des DRK. Info über Notaufnahme
- <11/37> Mehr interdisziplinäre Arbeit und Schulungen, gemeinsame Fortbildungen (z.B. Notarzt-Refresher im Tal) verbessern das gegenseitige Verständnis und die gemeinsame Arbeit
- <14/40> Angebot zu Fortbildungen mit notfallmedizinischer Thematik
- <18/44> Schulung zu häufigen Krankheitsbildern im Rettungsdienst; Simulatorübungen um Schwere der Erkrankung/Situation besser einschätzen zu können; evtl. mehr Hausärzte als Notärzte ausbilden
- <21/47> Kommunikation über die Probleme, am ehesten über die Kassenärztlichen Vereinigungen, evtl. im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Kreisärzteschaften.

**21) Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

- <1/21> Ich selbst habe als junger Zivildienstleistender Ende der 70er Jahre noch erlebt, wie Patienten mit Myokardinfarkt beim Internisten die Krankenhaus-Einweisung bekamen und mit dem Fahrrad nach Hause geschickt wurden, um ihre Sachen zu packen. Oder wie respiratorisch insuffiziente Patienten die Einweisung (KTW) bekamen und zuhause allein gelassen wurden. Mit diesem Bild vor Augen hat sich in den letzten Jahrzehnten viel getan. Was die Überbewertung von Notfällen betrifft: besonders in sogenannten "Ärztlichen Bereitschaftsdienst", in dem niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen Dienst tun, finden sich häufiger Notarztanforderungen, die absolut überflüssig sind.
- <4/24> Ich finde es klappt meistens ganz gut.
- <7/33> Über die hiesigen Verhältnisse in der Ortenau bin ich eigentlich noch nicht erfahren genug um diese kompetent beurteilen zu können. Da ich erst vor kurzem hergezogen bin, beziehen sich meine Antworten v.a. auf meine bisherigen Tätigkeiten an anderen Standorten.  
Ansonsten viel Erfolg noch
- <9/35> Mir kamen die Fragen suggestiv vor und ich erkenne nicht den Mehrnutzen der erhobenen Informationen.
- <10/36> Keine Telefoneinweisungen. Man muss den Patienten vor Ort sehen, es sei denn es ist EINDEUTIG ein Notfall.  
Patienten sollten aufgeklärt sein bei welchen Notfällen sie den hausärztlichen Notdienst und bei welchen sie den Notarzt bzw. Rettungsdienst rufen sollten

## Grundauswertung der Befragung:

### Hausärzte

#### 1) Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

24 Jahre und jünger	0 (0,00%)
25 - 29 Jahre	0 (0,00%)
30 - 34 Jahre	1 (0,40%)
35 - 39 Jahre	16 (6,37%)
40 - 44 Jahre	15 (5,98%)
45 - 49 Jahre	34 (13,55%)
50 - 54 Jahre	57 (22,71%)
55 - 59 Jahre	31 (12,35%)
60 Jahre und älter	97 (38,65%)
<hr/>	
Summe	251
ohne Antwort	1

#### 2) Welche ärztliche Qualifikation besitzen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

Facharzt für Allgemeinmedizin	179 (71,03%)
Facharzt für Innere Medizin	49 (19,44%)
Facharzt für Kardiologie	4 (1,59%)
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	24 (9,52%)
Praktischer Arzt	5 (1,98%)
sonstige	37 (14,68%)
<hr/>	
Nennungen (Mehrfachwahl möglich!) geantwortet haben	298 252
ohne Antwort	0

#### 3) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die medizinische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals bei gemeinsam abgearbeiteten medizinischen Notfällen ein? (Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen)

sehr gut	79 (31,73%)
gut	147 (59,04%)
befriedigend	17 (6,83%)
ausreichend	6 (2,41%)
mangelhaft	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	249
ohne Antwort	3
Median	gut

#### 4) Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?

- <1/70> Rettungsassistenten geben oft gute Empfehlungen bezüglich der Diagnostik und Medikation ab und sind sehr selbstständig
- <2/240> Kollegiale Kommunikation, professionelle Kommunikation (auch gegenüber Patienten)
- <4/242> Freundlich, teamfähig, fachlich kompetent
- <7/245> Meist freundliches Miteinander, gute Kooperation
- <18/256> Ruhe, Besonnenheit
- <8/246> Strukturiertes Vorgehen, professionelle Ruhe
- <11/249> Kompetentes, mutiges, zielgerichtetes Verhalten; Freundlichkeit und Empathie gegenüber Patienten
- <10/248> Gute Kommunikation
- <13/251> Freundlich, schnell
- <12/250> Kooperation, Zuverlässigkeit, Schnelligkeit
- <14/252> Weitgehend gleiche Kompetenz der "Fahrer"
- <15/253> Die Qualität ist sehr unterschiedlich. Es gibt Rettungsdienst-Personal, das sehr gut Bescheid weiß, aber eben auch viele, bei denen das nicht der Fall ist. Es hängt sehr vom persönlichen Engagement ab.
- <16/254> Schnelles Kommen
- <17/255> Angenehmer Umgang
- <21/259> Freundlichkeit
- <24/262> Perfekte Teamarbeit in der Ortenau, aber ich kenne ja auch alle
- <26/264> Freundliches Personal
- <32/270> Sehr freundlich, kompetent, gute Zusammenarbeit
- <33/271> Freundlich und kompetent (in der Regel)
- <34/272> Freundlichkeit und Sachlichkeit, richtige Kompetenz und das Engagement
- <35/273> Kommt bei mir sehr selten vor, kein Urteil möglich
- <37/275> Professionelles Vorgehen
- <38/276> Schnelle Reaktionszeiten bei tatsächlichen Notfällen, Notarztteam sehr kompetent
- <43/281> Dass die Rettungsassistenten sehr souverän sein können
- <44/282> Gute Kooperation
- <46/284> Ruhiges, professionelles Auftreten, sofortige kompetente Hilfe
- <47/285> Personal geht liebevoll mit Kindern um
- <48/286> Das kommt auf den/die Rettungssanitäter/in an. Viele junge freundliche Mitarbeiter
- <49/287> Freundlicher Umgang mit Patienten
- <50/288> Da ich in Oberkirch Notarzttdienste mache, ist mir die hohe medizinische Kompetenz aufgefallen
- <51/289> Rasche Erreichbarkeit
- <52/290> Umsichtigkeit, Hilfsbereitschaft
- <53/291> Erst nachfragen, dann handeln
- <55/293> Routinierte Abläufe
- <57/295> Sachkompetenz, Empathie
- <58/296> Meist ist man heilfroh, wenn der Rettungsdienst kommt und einem hilft!

- <59/297> Kompetenz des Rettungsdienstes, Ruhe des Rettungsdienstes, Zusammenarbeit; Versorgung der Betreuten. Als Hausarzt nicht auf die Seite geschoben werden
- <61/299> Kümmern sich um Patienten
- <63/301> Freundlich, kompetent
- <65/303> Hohe Routine in der praktischen Umsetzung und bei den Abläufen
- <66/304> Freundlich und kompetent
- <72/310> Nett und fachlich kompetent, Absprachen sind problemlos möglich
- <73/311> Engagement
- <75/313> Freundliche, kompetente Teams
- <76/314> Schnell zur Stelle, gut ausgerüstet
- <77/315> Kollegialität, gute Zusammenarbeit im Notfall (personenbezogen die meisten Fälle)
- <78/316> Schnelligkeit
- <79/317> Schnell
- <80/318> Immer freundlich
- <81/319> Ruhige, konzentrierte Atmosphäre, guter Umgang mit den Patienten, Übergabe Arzt an den Rettungsdienst gut
- <82/320> Freundliches, hilfsbereites Auftreten, kompetente Vorschläge
- <83/321> Meist gutes Miteinander ohne Kompetenzgerangel
- <84/322> In unserer Region immer schnell, kompetent, freundlich
- <85/323> Der Rettungsdienst kommt schnell, freundlicher Umgang mit den Patienten und dem Praxispersonal, gute Kompetenz
- <86/324> Gute Kooperation
- <87/325> Rettungsassistenten sind sehr qualifiziert
- <88/326> Sehr gut zusammenarbeitende Teams, freundlich
- <89/327> Schnelle Erreichbarkeit, zeitnah vor Ort bei Notfällen
- <90/328> Mehrere ältere Rettungssanitäter kenne ich noch aus meiner Zeit als Notarzt, hier ist die Kommunikation besonders gut
- <91/329> Kompetenz
- <93/331> Schnelligkeit, Kompetenz
- <96/334> Schnelle Erreichbarkeit
- <97/335> Sehr gut mitdenkend, ruhig
- <98/336> Grundsätzliche Tätigkeiten werden ohne Anweisung selbstständig durchgeführt
- <100/338> Sind geschult in Notfallsituationen mit Betroffenen und Angehörigen umzugehen
- <101/339> Gut eingespieltes Team, standardisiertes Vorgehen
- <103/341> Strukturiertheit, Leitlinien gerichtete Therapie bei häufigen Notfällen. Meist treffende Einschätzung in Leitstelle
- <106/344> Notfallwissen auf dem neuesten Stand
- <107/345> Fachliche Kompetenz, gute Übergabe des Patienten möglich, angenehme kooperative Atmosphäre
- <108/346> Normale Professionalität, zunehmend deutlich
- <109/347> Gute Ausbildung und Ausstattung
- <112/350> Hilfsbereitschaft
- <113/351> Professionalität
- <116/354> Weitgehend Automatisierung der Handlungsabläufe
- <117/355> Professionelles, ruhiges, schematisiertes, gerechtes Vorgehen

- <120/358> Kooperatives Arbeiten, keine Kompetenz-Querelen, freundlich bis kameradschaftlicher Umgang, fachlich kompetent
- <121/359> Wenig
- <122/360> Super Team! Bin sowohl als Notarzt (eigenes NEF!) als auch als aktiver Leitender Notarzt immer wieder begeistert
- <123/361> Empathischer Kommunikationsstil
- <124/362> Schnelle Auffassung, freundliche ruhige Ansprache
- <125/363> Ruhige, kompetente Arbeit, Freundlichkeit
- <127/365> Hilfsbereitschaft, freundliches Umgehen mit Patienten respektvoller Umgang mit mir
- <128/366> Gute Zusammenarbeit
- <129/367> Die Bemühungen um möglichst schnelle Hilfe
- <130/368> Eingespielte Teams, geläufige Arbeitsabläufe, rasches Handeln
- <131/369> Freundlichkeit, keine Hektik, schnelles Eintreffen
- <132/370> Schnelles Eintreffen, gute Kooperation, Freundlichkeit
- <133/371> Identifizierung mit Patient, Entgegenkommen
- <135/373> Meist gute Zusammenarbeit und freundliches Rettungsdienstpersonal
- <136/374> I. d. R. unbürokratisches und hilfsbereites Verhalten
- <138/376> Umsicht
- <139/377> Ruhige, besonnene Verhaltensweise; fachliche Kompetenz; Wertschätzung des hausärztlichen Handelns
- <141/379> Gute Ausstattung
- <143/381> Kooperationsbereitschaft, Kompetenz, freundlicher Umgang
- <144/382> Einstudierte und geübte Vorgehensweisen; Kommunikation mit Arzt/medizinischer Fachangestellten
- <146/384> In der Regel vor Ort gut geschultes und kompetentes Personal
- <147/385> Gute Zusammenarbeit, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft
- <150/388> Gute Ausstattung der Einsatzfahrzeuge, in der Regel zumindest ein kompetenter Rettungsdienst (sehr schnell vor Ort)
- <151/389> Kurze Einsatzzeiten, gute notärztliche Versorgung
- <152/390> Deutliche Verbesserung in den letzten Jahren
- <153/391> Wenn der Rettungsassistent mitdenkt und mit dem Arzt gemeinsam im "flow" arbeitet
- <154/392> Unkomplizierter Umgang
- <155/393> Individuelle Ansprache des Patienten
- <156/394> Beherrschung des Equipments
- <157/395> Hohes Engagement und Motivation des örtlichen Rettungsdiensts; bei fast allen regelmäßige Fortbildungen verpflichtend
- <158/396> Schnell
- <159/397> Koordiniertes Auftreten im Notfall: jeder weiß, wo sein Platz ist
- <161/399> Hilfsbereitschaft
- <162/400> Organisation gut; medizinische Kompetenz zunehmend besser
- <163/401> Ruhe und Ansprache des Patienten (im Notfall)
- <164/402> Gute Zusammenarbeit und Organisation
- <165/403> Umgang mit Equipment
- <166/404> Gute Teamarbeit, ruhiges strukturiertes Arbeiten
- <170/408> Rasches, zielgerichtetes Handeln
- <172/410> Hilfsbereitschaft; Freundlichkeit, Höflichkeit; beruhigendes Sicherheit ausstrahlendes Einwirken auf den Patienten; praktische Kompetenzen

- <173/411> Ruhe
- <174/412> Umgang mit Patienten, zielgerichtete Fragen
- <175/413> Die Disziplin, das mehr oder weniger standardisierte Vorgehen bei Notfällen, dadurch ein routiniertes, ruhiges unaufgeregtes Arbeiten
- <180/418> Die Schnelligkeit nach Anforderung durch den Notruf und die medizinische Kompetenz bei der Erstellung einer Diagnose in kürzester Zeit bei einem Notfall
- <181/419> Schnelle Präsenz des RTWs; Rettungsassistent immer sachlich sehr gut und fähig; NAW, wenn nötig, ist in circa 15 Minuten bei uns
- <183/421> Gute Kenntnisse für Notfälle
- <185/423> Team-Arbeit; Empathie
- <186/424> Einzelne Versierte, viele Mitläufer
- <188/426> Gute Kooperation
- <189/427> Rasche Hilfe und Erreichbarkeit
- <191/429> Professionelle Tätigkeit
- <192/430> Ruhe, sehr bemüht
- <193/431> Professionelles Setting, eingespielte Abläufe, sehr gutes Fachwissen
- <194/432> Gute Ausrüstung, gute Ideen zum Abtransport bei ungünstigen baulichen Verhältnissen und/oder Adipositas
- <196/434> Schnelles Eintreffen
- <197/435> Durchweg hohe Professionalität
- <199/437> Alles
- <200/438> Denken oft mit und verbessern die präklinische Versorgung
- <201/439> Gute Ausbildung
- <204/442> Beherrschung der Abläufe
- <205/443> Freundlich, zuvorkommend, kompetent
- <206/444> Gute Kooperation, gute Zusammenarbeit mit dem Personal der Rettungswache Lahr, gute Fachkompetenz
- <208/446> Ruhe, Sorgfalt
- <209/447> Schnelle Erreichbarkeit, Kompetenz
- <210/448> Meistens gute Teamarbeit
- <212/450> Empathisches Eingehen auf den Patienten
- <213/451> Freundlicher, dem Patienten zugewandter Ton, Vermittlung von Ruhe und Sicherheit; schnelle korrekte Einschätzung von Art und Schwere des Notfalls
- <215/453> Sanitäter meist nicht nur fachlich, sondern auch sozial kompetent
- <216/454> Ruhiges professionelles Auftreten
- <217/455> Meistens freundlich, fachlich gut
- <218/456> Engagement
- <220/458> Vertrauensvolle Zusammenarbeit, kompetent, guter Umgang mit Patienten
- <221/459> Gegenseitige Unterstützung, gute Zusammenarbeit verstärkt Effektivität
- <222/460> Schnelle Versorgung
- <223/461> Gute Mitbetreuung von Angehörigen
- <224/462> Der empathische Umgang mit den Patienten und deren Angehörigen
- <226/464> Teilweise kompetent und freundlich gegenüber den Patienten
- <227/465> Kompetenz, Freundlichkeit

- <228/466> Freundlichkeit, fachliche Kompetenz; Gefühl für Grenzen des Handelns (z.B. bei sterbenden Pat.)
- <229/467> Ruhe, Kompetenz
- <230/468> Gutes Mitdenken beim Ablauf der Notmaßnahmen eigenständiges Le-gen eines venösen Zugangs
- <231/469> Professionalität
- <232/470> Große Routine
- <233/471> Routiniert bei Erstversorgungen
- <234/472> Gute Kooperation
- <235/473> Sehr kompetent und freundlich
- <236/474> Gute Zusammenarbeit, Hand in Hand
- <238/476> Keine Überheblichkeit, Akzeptanz der eingeleiteten Maßnahmen
- <239/477> Schneller Einsatz nach Absetzen des Notrufs, fachliche Kompetenz, Gerätschaft komplett
- <240/478> Selbstständiges Arbeiten des Rettungsdienstes
- <241/479> Fachlich kompetent mit Bereitschaft zur fachlichen Kompetenz-Erwei-terung über Seminare/Fortbildungen
- <243/481> Zusammenarbeit
- <244/482> Hilfsbereitschaft, gute Kooperation, telefonische Rücksprachen
- <246/484> Organisation, Disziplin, Zusammenarbeit
- <247/485> Freundliche und kompetente Zusammenarbeit, ruhiges Management
- <248/486> Diagnostik wird durchgeführt
- <250/488> Planvolles Vorgehen
- <252/490> Zielgerichtetes Handeln, gute technische Ausstattung

##### **5) Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?**

- <1/70> Anzweifeln einer hausärztlichen Entscheidung und damit erhöhter Zeitaufwand bei dramatischen Einsätzen
- <2/240> Verfügbarkeit von KTW Vertrags-bedingt reduziert, häufig Wartezei-ten über 4 Stunden, dadurch medizinische Notwendigkeit eines RTW
- <4/242> Manche der Kollegen treten auf wie ein „Seal-Rollkommando“ und über-schreiten ihre Kompetenz. Dies wird aber von den Vorgesetzten ernst genommen und angesprochen
- <8/246> Unsicherheit bei "Kinder-Notfällen": Dosierung der Medikamente und allgemeine Einschätzung
- <11/249> Teilweise hypertrophes Verhalten weniger Rettungsassistenten
- <10/248> Leitstelle (NICHT Rettungsdienst vor Ort) manchmal schwierig
- <13/251> Echt nichts
- <12/250> Oft keine ausreichende pädiatrische Erfahrung
- <14/252> Mitunter nicht ganz so kompetente Anamnese in der Leitstelle z.B. "schlechter Allgemeinzustand" als einzige Mitteilung
- <15/253> Die Qualität ist sehr unterschiedlich. Es gibt Rettungsdienst-Personal, das sehr gut Bescheid weiß, aber eben auch viele, bei denen das nicht der Fall ist. Es hängt sehr vom persönlichen Engagement ab.
- <17/255> Verspätetes Eintreffen des Rettungsdienstpersonals (1x). Kaum ge-meinsam notwendige abzuarbeitende medizinische Notfälle in mehr als 20 Jahren
- <21/259> Bei Einzelnen übersteigertes Selbstbewusstsein



- <24/262> Seit ca. 2 Jahren leider zunehmende Fluktuation bei den Rettungsassistenten
- <32/270> Selten unfreundlich, unsympathisch oder arrogant (meist Notärzte)
- <34/272> Hektik und Stress
- <37/275> Bei Neuen: Unsicherheit und Hektik
- <38/276> Geringe Selbstständigkeit einzelner v.a. junger Rettungsassistenten bzw. -innen
- <39/277> Profilierungsverhalten einzelner Personen
- <42/280> Hausärzte werden vom Rettungsdienstpersonal oft als "in der Notfallversorgung nicht kompetent" angesehen
- <43/281> Dass sie (die Rettungsassistenten, Anmerkung des Autors) glauben es besser zu wissen
- <48/286> Überheblichkeit, Arroganz, kein Miteinander; Hypertroph?
- <49/287> Wichtigtueriesches Auftreten bei einigen wenigen
- <50/288> Transportscheine! Das müsste anders geregelt werden
- <55/293> Arroganz
- <58/296> Kommunikation und Mimik des Rettungsdienst-Personals lässt derweil zu wünschen übrig
- <59/297> Selten, in Einzelfällen werden wir Hausärzte "auf die Seite geschoben"
- <60/298> Überheblichkeit, insbesondere der jüngeren Mitarbeiter. Beachten uns Ärzte nicht, lassen uns oft einfach stehen
- <61/299> Manchmal überheblich
- <63/301> Manchmal zu überheblich
- <64/302> Entscheiden oft sehr eigenwillig allein
- <65/303> Inhaltlicher Wissensbackground begrenzt - was in Anbetracht der Ausbildungsdauer nachvollziehbar ist
- <73/311> "Hypertrophes Verhalten" gegenüber Hausärzten
- <75/313> Dauer der Erstversorgung teilweise etwas langsam. In Einzelfällen arrogantes Verhalten
- <76/314> Überaktiv, behandelnder Arzt wird völlig ignoriert. Bei Fahrt ins Krankenhaus von 5 Minuten wird zuerst großes Programm im Rettungswagen durchgeführt
- <77/315> Selten sind Notärzte arrogant, selbstherrlich
- <78/316> Ignoranz hausärztlicher Vorschläge
- <79/317> Teilweise wenig Personal
- <83/321> Manche Notärzte halten Hausärzte für blöd
- <84/322> Kann nichts Negatives berichten
- <85/323> Sehr selten! Überhebliches Gehabe von Rettungsassistenten
- <86/324> Gelegentlicher Übereifer der Rettungsdienstler
- <87/325> Gelegentliche Arroganz der Sanitäter; Rettungssanitäter mit "Formular-Begriffen" nicht sicher: z.B. "Zwangseinweisungsformular" statt "Einweisung mit Akutdiagnose"; gab hier immer wieder Verwirrung
- <88/326> Besonders junge und unerfahrene wollen den Rat des behandelnden Arztes nicht hören
- <90/328> Neulinge, Unverständnis zum Teil borniertes Verhalten (kurzzeitig Leitender Notarzt gewesen)
- <94/332> Manchmal Gefühl der Abgrenzung "Klinikärzte" und "ambulante Ärzte"
- <95/333> Manchmal eigenständiges Handeln ohne Rücksprache

- <98/336> Teilweise etwas träges Arbeiten
- <100/338> Manchmal keine Zeit, wenn die medizinische Situation unklar ist, oder dem psychosozialen Problemfeld zuzuordnen ist
- <106/344> Dass erneut nach Krankheitssymptomen beim Patienten gefragt wird, obwohl es bei der Übergabe bereits gesagt wurde
- <107/345> Im Moment keine Klagen
- <108/346> Vor vielen Jahren inadäquate Arroganz der Notärzte
- <112/350> Manchmal Aktionismus, bevorzuge ruhige Herangehensweise
- <113/351> Ungeduld
- <115/353> Blaulichtfetischismus, Wichtigtuerei, Überheblichkeit, Arroganz u.ä.
- <117/355> Gelegentlich wird zu wenig auf unsere Hinweise/Wünsche eingegangen
- <121/359> Viele "neunmalklugen Drückeberger"
- <122/360> Belastende Ausbildungssituation der Rettungsassistenten, Zusatzbelastung mit hohen Anforderungen, z.T. Kosten nicht geklärt
- <127/365> Sehr selten Ignoranz
- <128/366> Seit Notdienstreform lange Fahrzeiten für Anfahrt; hohe Kosten auf Abrechnung für Notfallpraxis und Umlagen
- <129/367> Das "Feilschen" um das "Transportmittel" KTW oder RTW
- <130/368> Z.T. etwas zu forsches Auftreten, Überschreiten der Handlungskompetenz (sehr vereinzelt!)
- <133/371> Teilweise fehlende Ruhe
- <135/373> Selten überhebliches, arrogantes Rettungsdienstpersonal
- <136/374> Notärzte insbesondere im Telefonkontakt teilweise arrogant
- <150/388> Manches Rettungspersonal hat keine Ahnung
- <151/389> Kompetenzgerangel mit Rettungsdienst
- <153/391> Wenn der Rettungsassistent für jede Aktion eine Ansage braucht
- <155/393> Keine Rückmeldung an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, falls dieser zum Zweit-/Nachbesuch angefordert wird
- <157/395> Teilweise wird ärztliche Kompetenz angezweifelt, z.T. leider auch zu Recht
- <159/397> Fünf-Mann-Trupps sind meiner Einschätzung nach im Notfall zu viel
- <161/399> Unfreundlichkeit gegenüber dem Hausarzt
- <163/401> Manchmal Kompetenzüberschreitung evtl. nur verbal; Diagnose des Hausarztes angezweifelt
- <164/402> Hin und wieder "Besserwissen" älterer Kollegen im Rettungsdienst anbei
- <165/403> Nichtärztlicher Rettungsdienst: Überschreiten von Kompetenzen (bereits ärztlich durchgeführte Untersuchungen werden unnötigerweise wiederholt und deshalb Zeitverlust bei der Versorgung)
- <167/405> Teilweise Selbstüberschätzung
- <170/408> Mängel in der Patienten-orientierten Kommunikation, Selbstüberschätzung
- <172/410> Selten aus eventuellem Selbstschutz arrogantes Verhalten
- <174/412> Z.T. Arroganz gegenüber dem Arzt, trotz ausführlicher Untersuchung des Patienten durch nicht ausführliche Übergabe komplette Nachuntersuchung durch das Rettungsdienstpersonal
- <175/413> Das ist sehr individuell zu sehen, Einzelfall-bezogen
- <179/417> Leitstelle ist teilweise unfreundlich und nicht immer „compliant“

- <186/424> Viel Arroganz
- <191/429> Oft arrogantes Verhalten und wenig Empathie
- <192/430> Wenig Erfahrung mit Kindernotfällen
- <193/431> Manchmal zu "technisches" Vorgehen, ohne den Patienten zu informieren, zu trösten oder ihm Ängste zu nehmen
- <194/432> Wenig Beachtung der hausärztlichen Anamnese des Patienten
- <204/442> Wenig Patientenkommunikation
- <206/444> Teilweise schlecht motiviertes bzw. überhebliches Personal der Rettungswache Offenburg, gute Fachkompetenz
- <207/445> Tendenziell „Upgrading“ des Notfallniveaus
- <208/446> Langsamkeit bei manchen Handlungen; manchmal Wichtigtuerei
- <209/447> Kompetenz des Hausarztes nicht gefragt
- <210/448> Kompetenzgerangel, besonders schlecht vor dem Patienten
- <213/451> Wenn Rettungsdienst mich über Art und Größe des venösen Zugangs anweist, dabei dem Grundproblem, einem schnellen Transport in die Klinik, vorangestellt wird
- <215/453> Notärzte mitunter unfreundlich
- <216/454> Vereinzelt überhebliche Feindseligkeit
- <219/457> Oft wenig Erfahrung im Bereich Kinderheilkunde
- <222/460> Auftreten einzelner Rettungsdienstmitarbeiter und Ärzte
- <226/464> Teilweise starke Überschätzung der eigenen Kompetenz und Überschreitung der Zuständigkeit
- <231/469> Gelegentlich keine Zusammenarbeit
- <233/471> Gelegentlich etwas "präpotent"
- <234/472> Bei Notfällen mit psychiatrischen Erkrankungen fehlt manchmal Kompetenz
- <235/473> Teilweise (sehr selten) arrogant (- unsicher?)
- <236/474> Nichts
- <238/476> Die Angabe eines Zeitfensters des Eintreffens wäre super, vor allem auf Hausbesuchen mit Rettungsdiensten
- <241/479> Prinzipiell keine auffällig negativen Erfahrungen
- <242/480> Häufiger Versuch der Bevormundung
- <248/486> Beispiel aus meinem letzten hausärztlichen Notdienst: Verdacht auf Pneumonie, Temperatur 38,0° Celsius (unter Novalgin); Rettungsdienst war vor einer Stunde da, hat ihn aber nicht mit ins Krankenhaus genommen. Ich kam eine Stunde später, nach der Untersuchung kam es zu einer späten Einweisung! Rücksprache wäre besser gewesen
- <251/489> Bei einigen massive Selbstüberschätzung, vor allem bei den jüngeren Rettungsassistenten

**6) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die organisatorische Kompetenz des Rettungsdienstpersonals bei gemeinsam abgearbeiteten medizinischen Notfällen ein? (Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen)**

sehr gut	92 (37,55%)
gut	132 (53,88%)
befriedigend	13 (5,31%)
ausreichend	8 (3,27%)
mangelhaft	0 (0,00%)
<hr/>	
Summe	245
ohne Antwort	7
Median	gut

**7) Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?**

- <1/70> Leitstellenmitarbeiter denken immer gut mit und geben hilfreiche Empfehlungen
- <2/240> Kompetente Ansprechpartner in Leitstelle
- <3/241> Rasch vor Ort
- <4/242> Zusammenarbeit Hausarzt, Leitstelle, Notarzt und Sanitäter
- <8/246> Klare Absprachen, zuverlässige Zeitplanung
- <17/255> Fachkompetenz und ruhiges Vorgehen
- <24/262> Organisation und fachlich top
- <32/270> Strukturiert und organisiert
- <34/272> Jeder weiß Bescheid was soll gemacht werden
- <36/274> Meist wird Arbeit zügig und sachgerecht erledigt
- <41/279> Offener, unvoreingenommener Umgang miteinander
- <46/284> Sofortige Reaktion
- <48/286> Gute Leitlinien
- <49/287> Hilfsbereit, sehen was fehlt bzw. gebraucht wird
- <52/290> Schnelle Verfügbarkeit trotz ländlichem Raum
- <53/291> Erklären dem Patienten, was nun folgt
- <55/293> Kommunikation Leitstelle/Krankenhäuser i.d.R. problemlos
- <57/295> Zügiger Abtransport ohne Behinderung der Praxisabläufe
- <61/299> Routine
- <65/303> Abläufe koordiniert
- <73/311> Zielorientiertes Verhalten
- <75/313> Gute Kooperation mit Klinik bei STEMI
- <76/314> Schnell erreichbar
- <77/315> Organisatorisch: meist ruhiges Arbeiten, kein Chaos, zielgerichtet
- <78/316> Eingespielte Abläufe
- <79/317> Kompetent
- <82/320> Sehr engagiert
- <83/321> Manche RTW-Besatzung übernimmt die Anmeldung per Funk selbst
- <86/324> Organisation durch die Leitstelle sehr gut
- <87/325> Leitstellenpersonal arbeitet hochqualifiziert, beseitigt Missverständnisse, organisiert gut
- <88/326> Leitstelle macht zutreffende Angaben über Dauer der Fahrzeit
- <89/327> Gut eingespieltes Personal

- <90/328> Ältere Mitarbeiter der Rettungsleitstelle erkenne ich schon an der Stimme, weiß sie einzuschätzen, kompetent
- <98/336> Klare Absprachen, kein unnötiger Zeitverlust
- <101/339> Kenntnis des Rettungsdienst-Bereichs und der Kliniken; Besonderheiten z.B CT-Wartung; Herzkatheter-Labor-Wartung --> Alternativen
- <103/341> Gute Vernetzung mit anderen Institutionen
- <107/345> Guter medizinischer Austausch bereits bei Anmelden des Notfalls in Leitstelle
- <109/347> Gut strukturiert
- <112/350> Rasche, unbürokratische Abwicklung
- <113/351> Professionalität
- <116/354> Gutes Fachwissen, Kompetenz
- <121/359> Wenig
- <122/360> Siehe 4 - habe im Schnitt 50 - 70 Einsätze nur von der Leitstelle und Notfälle (1-2 pro Woche!) in der Praxis, super Teamwork
- <123/361> Gute Kenntnis der Versorgungsstrukturen im Landkreis
- <124/362> Schnelle Einsatzzeit in der Stadt
- <127/365> Fachkompetenz der Leitstelle, sehr rasches Handeln. Gute Info während der eigenen Fahrdienste
- <128/366> Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit
- <129/367> Die Anstrengungen um ein bestmögliches Ergebnis
- <130/368> Freundliches und kompetentes Personal auf den Leitstellen
- <131/369> Reanimation in der Praxis mit Super-Erfolg
- <132/370> Absprache bei weiterem Vorgehen, telefonische Organisation
- <139/377> Sehr realistische Einschätzung der Auswahl der Transportmittel durch den Rettungsdienst
- <146/384> Teilweise gute Vorsortierung auch durch Leitstelle; meist schnelle Repräsentanz vor Ort
- <150/388> Sehr schnell vor Ort
- <151/389> Schnelle Verfügbarkeit
- <153/391> Es läuft fast immer gut
- <154/392> Organisationshilfe bei Einweisungen
- <157/395> Etablierte Strukturen z.B. bei kardialen Notfällen; Apoplex/Unfällen
- <158/396> Gute Zusammenarbeit, schnell
- <159/397> Jeder kennt seine Aufgabe und Stellung in der Hierarchie
- <163/401> Umsicht und konsequentes Vorgehen
- <166/404> Gute Kommunikation untereinander, eingeübte sichere Abläufe
- <167/405> Zeitnahes Eintreffen
- <170/408> Telefonisch gut erreichbar, zuverlässig
- <172/410> Routiniertes, ruhiges, besonnenes Abarbeiten der Arbeitsschritte
- <173/411> Prompte Reaktion, Professionalität
- <175/413> Mehr oder weniger standardisiertes, strukturiertes Vorgehen
- <180/418> Die kognitive Präsenz, die Sicherheit in der technisch-apparativen Handhabung, die systematische Abarbeitung zur Diagnose-Erstellung mit Freundlichkeit
- <181/419> Rasch vor Ort; viele Leute kennt man; gutes Miteinander
- <183/421> Bei echten Notfällen erfolgt unverzüglicher Einsatz
- <185/423> Rasches Eintreffen, wertschätzende Kommunikation
- <188/426> Gute Kooperation

- <191/429> Koordinierte Abläufe
- <193/431> Oft durchlebte Situationen, daher gutes Wissen um Abläufe
- <194/432> Schnelles Eintreffen bei Anforderung von Notarzt und RTW
- <199/437> Alles
- <200/438> Kommt immer auf das Team an. Manche arbeiten hervorragend, bei anderen Teams stimmt die Kommunikation nicht
- <204/442> Gute organisatorische Kompetenz
- <205/443> Kooperation und Kompetenz
- <207/445> Nicht mehr jeder geht stationär
- <209/447> Gute Erreichbarkeit
- <213/451> Wenn Rettungsdienstpersonal von sich aus Vorschläge macht, wo Patient jetzt am besten hinsollte und mit der Klinik abspricht
- <216/454> Routinierter Ablauf
- <219/457> Einsatz in der Regel gut strukturiert
- <220/458> Gute Absprachen, vertrauensvolle Zusammenarbeit. Wenn ich sage, es ist dringend, läuft das auch dringend
- <222/460> Gute Weiterleitung an entsprechende Fachabteilung oder Station
- <223/461> Gute Auswahl geeigneter Transportmittel
- <224/462> Die Ruhe, in der alles abgearbeitet wird
- <228/466> S.o.. Zusätzlich Umsicht, Ruhe, beruhigendes Einwirken auf Patienten; respektvoller Zugang mit medizinischen Mitarbeitern inklusive Ärzten
- <229/467> Unkompliziert
- <231/469> Professionalität
- <232/470> Schnelle unkomplizierte Zusammenarbeit
- <233/471> Schnelle Reaktionen
- <235/473> Gute Zusammenarbeit
- <236/474> Schnelles Handeln
- <237/475> Schnelligkeit und zielgerichtetes Vorgehen
- <239/477> Alles
- <240/478> Zügig routiniertes Arbeiten
- <241/479> Meist langjährig erfahrene Mitarbeiter, die mit den organisatorischen Abläufen vertraut sind
- <243/481> Kompetenz
- <245/483> Gewöhnlich sehr gute Zusammenarbeit
- <247/485> Gute eingespielte Teams
- <248/486> Blick auf das Wesentliche, sie reagieren schnell und konzentriert
- <252/490> Zeitnahes Erscheinen

### **8) Was ist Ihnen besonders negativ aufgefallen?**

- <1/70> Unfreundlichkeit und Unschlüssigkeit am Telefon gegenüber Mitarbeitern des ärztlichen Bereitschaftsdiensts
- <3/241> Kompetenzgerangel "Gockelsyndrom"
- <4/242> Manchmal würde man sich bessere Infos wünschen
- <8/246> Fehlen geeigneter Sicherungssysteme für Transport (z.B. Maxi-cosi)
- <11/249> Keine negativen Erlebnisse
- <17/255> Verspätetes Eintreffen (1x)
- <21/259> Nichts

- <38/276> Teilweise erhebliche Wartezeiten bei nicht so dringenden Einsätzen
- <43/281> Ein Patient wurde (entgegen meiner Anweisung) in ein weit entferntes Krankenhaus gebracht
- <48/286> Anamnese wird nicht angehört bei der Übergabe
- <49/287> Manche sehen es halt nicht (hängt von der Person ab)
- <52/290> Gewisse Tendenz der Leitstellen RTW statt KTW zu empfehlen
- <55/293> Einsatzzeiten in Landarztpraxis zu lang
- <58/296> Bei Anforderung eines KTWs geht es oft viele Stunden bis er eintrifft!
- <65/303> Bei zweizeitigem Eintreffen gelegentlich Übergabeprobleme: was wurde gemacht
- <73/311> Der Hausarzt wird oftmals gering geschätzt
- <76/314> Es wird zu viel im Vorfeld gemacht; macht auch den Patienten große Angst
- <82/320> Durch Vorgaben und Vorschriften ist flexibles Arbeiten erschwert
- <83/321> Neben der Versorgung des Patienten im Praxisablauf muss noch ein freies Bett der richtigen Fachrichtung gesucht werden
- <84/322> Krankentransport spontan nur selten möglich bzw. frei; Wartezeit 4 – 6 Stunden, dann zwangsweise ohne eigentliche medizinische Indikation RTW
- <90/328> Abwehrendes Verhalten, keine Auskunft wer z.B. augenärztlichen Notdienst hat bei großer Arbeitsbelastung; keine Rückmeldung, wenn ein Patient von Notarzt ins Krankenhaus eingewiesen wird
- <93/331> Überlastung bei telefonischer Anmeldung; Rettungswagen nicht verfügbar (alle unterwegs)
- <94/332> Häufig lange Wartezeiten für KTW
- <103/341> Verkehrsbehinderung auch bei relativen Notfällen
- <107/345> Gelegentlich zu lange Wartezeiten, wenn nicht ausdrücklich Anfahrt mit Signal angefordert wurde.
- <115/353> Trotz vorgespielder Kompetenz große organisatorische Defizite; mangelnde Triage-Kompetenz
- <116/354> Oft zu übereifrig
- <127/365> Nur ganz vereinzelt Unsicherheit
- <130/368> Zur Zeit nur RTW, wenngleich KTW angefordert
- <150/388> Ein Patient mit Herzinsuffizienz und Dyspnoe wurde noch längere Zeit im RTW, der stark abschüssig abgestellt war, versorgt
- <155/393> Teils "Übergehen" des Hausarztes bzw. dessen Informationen
- <157/395> Teilweise längere Wartezeiten auf den Transport (aber eher selten)
- <159/397> Ab und zu Wichtigtuerei
- <165/403> Nichtärztlicher Rettungsdienst: Auf dem Weg ins Krankenhaus wird unnötigerweise Notarzt angefordert, auch Zeitverlust durch Warten auf den Notarzt
- <166/404> Neues Personal, das mich nicht kennt, hat kurz Probleme, mich als "Fachfrau" zu akzeptieren
- <174/412> Oft kein KTW frei, sondern nur ein RTW verfügbar für Einweisung
- <180/418> Dieses Rettungspersonal mit dieser täglichen Stressbewältigung sollte unbedingt besser bezahlt werden(!) um diesen wichtigen ärztlichen Beruf noch attraktiver zu machen
- <193/431> Verlagern von organisatorischen Aufgaben (wie z.B. Anmeldung in einer Klinik) auf den Arzt

- <194/432> Stundenlanges Warten auf KTW
- <200/438> Kommt immer auf das Team an. Manche arbeiten hervorragend, bei anderen Teams stimmt die Kommunikation nicht
- <204/442> Deutlich mangelhafte Patientenzuwendung
- <207/445> Weiterhin Neigung, Patienten als zu schwer erkrankt einzuschätzen
- <213/451> Rettungsdienstpersonal wollte mit schwer krankem Patient nicht zur Klinik fahren, bevor ich dort die Bereitschaft zur Aufnahme vom Notaufnahmearzt hatte, dass sie kommen können; das dauerte insgesamt 30 Minuten
- <222/460> Telefonische Erstkontakt mit Rettungsdienst-Zentrale oft von Erfahrung des entsprechenden Mitarbeiters abhängig
- <230/468> Mitunter sehr lange Wartezeit auf KTW häufig wird darauf gedrängt, einen RTW statt KTW zu schicken
- <233/471> Hinterlassen gelegentlich echt "Schlachtfelder"
- <235/473> Natur der Sache: manchmal Schwierigkeiten, wenn alle Stationen voll z.B. Stroke Unit
- <236/474> Nichts
- <238/476> Mangelndes Vorstellen. Es ist manchmal unklar, wer bei zwei oder oft auch drei Rettungssanitätern mein Ansprechpartner zur Übergabe ist. Wenig Mitteilung, z.B. "mit Transportstuhl", das beansprucht Zeit und Arbeitskraft unseres Personals, welches z.B. auf weitere Anweisung wartet
- <239/477> Nichts
- <245/483> Am Wochenende oder abends stehen im Rettungsdienst zu wenige KTWs zur Verfügung. Daher muss der Arzt notgedrungen oft auf RTWs ausweichen! Dies ist das größte Problem.
- <246/484> Vorgehensweise nicht immer am Patienten orientiert

**9) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst bei medizinischen Notfällen ein?**

sehr gut	68 (27,87%)
gut	129 (52,87%)
befriedigend	30 (12,30%)
ausreichend	15 (6,15%)
mangelhaft	2 (0,82%)
<hr style="width: 100%;"/>	<hr style="width: 100%;"/>
Summe	244
ohne Antwort	8
Median	gut



**10) Wie schätzen Sie (im Durchschnitt) die Qualität der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienst im Regelbetrieb (KTW-Transporte u.ä.) ein?**

sehr gut	46 (19,09%)
gut	122 (50,62%)
befriedigend	53 (21,99%)
ausreichend	17 (7,05%)
mangelhaft	3 (1,24%)
<hr/>	
Summe	241
ohne Antwort	11
Median	gut

**11) Denken Sie, dass bei einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten Aufklärungsbedarf über die verfügbaren Rettungsmittel und deren genaue Einsatzindikation besteht? (Wann besteht z.B. eine RTW-Indikation u.ä.)**

überhaupt nicht	36 (15,06%)
eher nicht	59 (24,69%)
teils-teils	56 (23,43%)
eher ja	52 (21,76%)
auf alle Fälle	36 (15,06%)
<hr/>	
Summe	239
ohne Antwort	13
Median	teils-teils

**12) Fühlen Sie sich im Durchschnitt von dem Rettungsdienstpersonal wertgeschätzt und respektiert in ihrer Funktion?**

überhaupt nicht	7 (2,85%)
eher nicht	16 (6,50%)
teils-teils	47 (19,11%)
eher ja	83 (33,74%)
sehr	93 (37,80%)
<hr/>	
Summe	246
ohne Antwort	6
Median	eher ja

**13) Denken Sie, dass das Personal des Rettungsdienstes in ihrer Region im Durchschnitt medizinische Notfälle richtig erkennt und behandelt? (Bezogen auf Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen mit Nachforderung des Rettungsdienstes)**

niemals	0 (0,00%)
eher nein	7 (2,93%)
teils-teils	25 (10,46%)
eher ja	113 (47,28%)
auf alle Fälle	94 (39,33%)
<hr/>	
Summe	239
ohne Antwort	13
Median	eher ja

**14) Denken Sie, dass das Personal des Rettungsdienstes in ihrer Region medizinisch unkritische Patienten oft als zu dramatisch einschätzt? (Bezogen auf Notfälle in der Hausarztpraxis und bei Hausbesuchen mit Nachforderung des Rettungsdienstes)**

niemals	12 (4,96%)
eher nein	131 (54,13%)
teils-teils	66 (27,27%)
eher ja	29 (11,98%)
auf alle Fälle	4 (1,65%)
<hr/>	
Summe	242
ohne Antwort	10
Median	eher nein

**15) Wie schätzen Sie die Einhaltung der medizinischen Kompetenzen des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals ein?**

sehr gut (Komp. nie überschritten)	50 (20,58%)
gut (Komp. nur selten überschritten)	144 (59,26%)
befriedigend (Komp. teilweise überschritten)	42 (17,28%)
ausreichend (Kompetenzen häufig überschritten)	4 (1,65%)
mangelhaft (Komp. sehr häufig überschritten)	3 (1,23%)
<hr/>	
Summe	243
ohne Antwort	9
Median	gut

**16) Würden Sie sich eine bessere interdisziplinäre Kommunikation zwischen Hausärzten und Rettungsdienstpersonal wünschen?**

überhaupt nicht	37 (15,35%)
eher nein	84 (34,85%)
teils-teils	62 (25,73%)
eher ja	36 (14,94%)
sehr stark	22 (9,13%)
<hr/>	
Summe	241
ohne Antwort	11
Median	eher nein

**17) Würden Sie es für sinnvoll halten, niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten regelmäßig Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis anzubieten?**

überhaupt nicht	11 (4,51%)
eher nein	9 (3,69%)
teils-teils	27 (11,07%)
eher ja	40 (16,39%)
sehr sinnvoll	157 (64,34%)
<hr/>	
Summe	244
ohne Antwort	8
Median	sehr sinnvoll

**18) Wie schätzen Sie die Fähigkeit der niedergelassenen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?**

sehr gut	8 (3,40%)
gut	68 (28,94%)
befriedigend	98 (41,70%)
ausreichend	49 (20,85%)
mangelhaft	12 (5,11%)
<hr/>	
Summe	235
ohne Antwort	17
Median	befriedigend

**19) Wie schätzen Sie die Fähigkeit des Rettungsdienstpersonals im Durchschnitt ein, leitliniengetreu zu reanimieren?**

sehr gut	129 (52,87%)
gut	97 (39,75%)
befriedigend	13 (5,33%)
ausreichend	4 (1,64%)
mangelhaft	1 (0,41%)
<hr/>	
Summe	244
ohne Antwort	8
Median	gut

**20) Hatten Sie bereits Einsätze mit dem Rettungsdienst, bei denen es zu Spannungen aufgrund Ihrer Weisungsbefugnis gegenüber dem nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals kam?**

nie	141 (56,85%)
eher selten	70 (28,23%)
weder selten noch häufig	18 (7,26%)
eher häufig	14 (5,65%)
sehr häufig	5 (2,02%)
<hr/>	
Summe	248
ohne Antwort	4
Median	weder selten noch häufig

**21) Hatten Sie bereits Einsätze mit dem Rettungsdienst, bei denen es aufgrund von Meinungsdivergenzen mit Notärzten (die medizinische Versorgung oder die Organisation des Patiententransports betreffend) zu Spannungen kam?**

nie	151 (60,89%)
eher selten	67 (27,02%)
weder selten, noch häufig	20 (8,06%)
eher häufig	7 (2,82%)
sehr häufig	3 (1,21%)
<hr/>	
Summe	248
ohne Antwort	4
Median	nie

**22) Haben Sie Vorschläge für die Art und Weise, wie es zu Verbesserungen der interdisziplinären Kommunikation zwischen allgemeinmedizinischen Praxen und Rettungsdienstpersonal kommen könnte?**

- <4/242> Vierteljährliche Treffen mit Rettungsdienst-Führung und Hausärztezirkel
- <7/245> Vorgefertigter Bogen bei Übergabe des Patienten
- <8/246> Gemeinsame Fortbildungen
- <11/249> Eventuell gemeinschaftliche Fortbildungsveranstaltungen
- <10/248> Kommunikationsverbesserung nur mit Leitstelle und Notärzten, NICHT mit Personal Rettungsdienst vor Ort nötig
- <14/252> Gemeinsame Fortbildungen
- <15/253> Gegenseitiges Verständnis und Respekt fehlt gelegentlich! Wir sollten nicht übereinander, sondern miteinander reden! Kompetenzgerangel ist wenig hilfreich
- <19/257> Zusammenarbeit hier im Ortenaukreis ist gut, nicht zuletzt durch langjährige persönliche Bekanntschaft der Beteiligten
- <24/262> Pflicht-Fortbildung für Hausärzte
- <30/268> Eine klare Aufgabentrennung ist nötig. Anforderungen müssen grundsätzlich von der Praxis ausgehen.
- <36/274> Offene und ehrliche Kommunikation über Verwendung des Rettungsdienstes (häufig müssen wir Patienten ins Krankenhaus einweisen,

- weil es "nur" Versorgungsprobleme beim Patienten gibt. Junges Rettungsdienstpersonal weiß häufig nicht, mit welchen Möglichkeiten bzw. wie limitiert Hausärzte arbeiten (z.B. steht nachmittags nur noch in geringem Ausmaß Laborarbeit zur Verfügung)
- <39/277> Vorstellung der Rettungsleitstelle in z.B. meiner Praxis und umgekehrt, um Angebot und Personen kennen zu lernen
  - <42/280> Mehr Respekt voreinander, gemeinsame Schulungen, persönliche Kenntnis wäre zu wünschen
  - <43/281> Nein, Missverständnisse liegen am Auftreten der jeweilig Beteiligten, also deren Charaktere
  - <47/285> Kommt in pädiatrischer Praxis nicht vor
  - <48/286> Kommunikation und Höflichkeit hilft auch in Stresssituationen Ruhe zu bewahren
  - <55/293> Vor allem Verständnis für den Unterschied von täglich geübtem Notfallhandling und eher seltenen Notfällen im alltäglichen Praxisbetrieb
  - <57/295> Die Kommunikation der Leitstellen-Disponenten mit der Praxis ist nicht immer optimal
  - <58/296> Wenn sich die Hilfsfrist nicht weiter verlängert, wäre ich schon zufrieden
  - <59/297> Gemeinsame Fortbildung mit Simulation; kurze Info über Ziel der Verlegung; Notarzt Bericht leserlich
  - <63/301> Weiterbildung, Seminare
  - <65/303> Gemeinsame Fortbildungsangebote
  - <69/307> Schulungen - Workshop in den Praxen durch erfahrene Rettungsanwärtler
  - <72/310> Für mich alles okay
  - <73/311> In Schulungen für das DRK-Personal darauf hinweisen (letztendlich wird dieses Problem nie 100% zu lösen sein!) (bezieht sich auf geringe Wertschätzung der Hausärzte von Seiten des DRK)
  - <75/313> Vorschläge des Hausarztes sollten nicht hinterfragt werden
  - <77/315> Kennenlernen, auch im Rahmen von Reanimations-Übungen
  - <78/316> Bessere Info des Notarztes bereits im Vorfeld (auf dem Weg)
  - <80/318> Gemeinsame Schulung und Fortbildung
  - <84/322> In unserer Region sehe ich momentan keine Probleme, habe keine Kritik
  - <86/324> Seit der ärztliche Bereitschaftsdienst über die Rettungsleitstellen läuft ist alles Wesentliche erledigt
  - <89/327> Durch mehr Fortbildungsveranstaltungen
  - <90/328> Notarztprotokolle wieder als Fax in die Praxis; oft weiß ich nicht, dass ein Patient notfallmäßig im Krankenhaus liegt, würde sonst Kontakt aufnehmen mit Verwandten
  - <93/331> Fortbildung, gemeinsame Schulungen
  - <94/332> Mehr Wertschätzung der Hausärzte in der Kommunikation durch Notärzte
  - <98/336> Regelmäßige Fortbildungen (mindestens 1x jährlich)
  - <101/339> Notfallseminare in Arztpraxen durch Rettungsdienst-Mitarbeiter anbieten
  - <103/341> Im Rahmen der Fortbildungen der Ortenauer Ärzteschaft: Strukturen, Standards, Probleme, Anfahrtszeiten

- <107/345> Eventuell gelegentlich gemeinsame Fortbildungen zum Thema Notfallmedizin.
- <108/346> Nein. Einige Notärzte entlasten, um inadäquaten "Hochmut" (als Stress-Symptom) zu reduzieren z.D. Reduktion von gleichzeitigen Verpflichtungen im Krankenhaus
- <112/350> Nein; weiter respektvollen, hilfsbereiten Umgang pflegen mit Verständnis jeweils für die andere Seite. Motto soll sein: "Wir arbeiten gut zusammen"
- <113/351> Bei Notfallschulungen auch Kommunikationsprobleme thematisieren
- <115/353> Bin selbst 10 Jahre in der Ortenau Notarzt gewesen, habe heute das Gefühl, dass ein großer Teil, insbesondere der jüngeren, Rettungssassistenten glaubt, dass nur sie Notfälle richtige einschätzen und behandeln können, peinlich!
- <116/354> Bei uns läuft der Rettungsdienst und die Kommunikationsfähigkeit
- <117/355> Ich sehe derzeit wenig Handlungsbedarf. Insgesamt hat aber die Anzahl der Fälle mit gemeinsamen Einsatz in den letzten Jahren eher abgenommen!
- <119/357> Weiterbildung in niedergelassenem Bereich dringend notwendig!
- <120/358> Keine, funktioniert aus meiner Sicht hier im Landkreis sehr gut!
- <121/359> Eine bessere Ausbildung der Sanitäter wäre sinnvoll
- <122/360> An alle Allgemeinmediziner: Schreibt aus der EDV Arztbriefe, Notfallausweise! Manche Einweisungen sind (sorry) Schmierzettel!
- <124/362> Fortbildung Reanimation für Allgemeinärzte sinnvoll
- <127/365> Kann ich nicht beurteilen, da wir selbst lange Notarzt gefahren sind (also Rettungsdienstpersonal auch gut kennen). Da die jungen Kollegen auch eine Notarztweiterbildung in der Regel machen, wird das Kommunikationsproblem in der nächsten Generation nicht mehr bestehen
- <128/366> Zentrale Datenerfassung der Patientendaten und Zugriff per PC / Laptop / Tablet, mehr EDV-Einsatz
- <130/368> Gemeinsame Fortbildungen, auch praktische Übungen. Die Notfall-Fortbildungen in Freudenstadt waren super! Teilnahme des Rettungsdienstes an ärztlichen Veranstaltungen
- <131/369> Respekt vor dem Tätigkeitsspektrum der jeweiligen "Fraktionen" (Hausärzte - Rettungspersonal)
- <132/370> Teilnahme des Hausarztes am Notfalldienst (hier besonders Fahrdienst) und Zusammenarbeit mit den Fahrer/-innen verbessert die Kommunikation und des gegenseitigen Verständnis für die nicht immer einfachen Entscheidungen
- <136/374> Möglichkeit, direkt mit dem Personal des Rettungsdienstes zu telefonieren, z.B. wenn Fahrzeug vor Ort ist bzw. war und ein Hausbesuch gefordert wird
- <138/376> Wenige Berührungspunkte
- <139/377> Visitationen der Ärzte bei Notärzten bzw. Rettungsdienst; Akzeptieren der Kompetenz des Personals des Rettungsdienstes durch die niedergelassenen Ärzte; gemeinsame Fortbildungen
- <140/378> Persönliches Kennenlernen; z.B. Besuch der Leitstelle; Teilnahme am Notdienst (Fahrdienst)
- <144/382> Gemeinsame Fortbildungen

- <146/384> Meines Erachtens ausreichend vorhanden
- <150/388> Eigentlich keine, da nach meiner Erfahrung das Rettungsdienstpersonal ausreichend gut geschult ist. Wenn Probleme auftreten liegen diese eher im individuellen charakterlichen Bereich
- <151/389> Funktioniert bei uns sehr gut; ich bin selbst Notarzt gefahren
- <153/391> Wenn jemand eine gute Ausbildung hatte und dann auch noch professionell kommuniziert ist das okay und deutlich besser als das, was ich vor 20 Jahren erlebt habe.
- <155/393> Falldiskussion mit Aufzeigen der Problematik aus der jeweiligen Sicht
- <157/395> Gemeinsame Fortbildungen mit v.a. praktischen Übungen
- <163/401> Austausch am "runden Tisch", 1x pro Jahr
- <164/402> Gemeinsame Kurse und Fortbildungen, um alle kennenzulernen
- <165/403> Gegenseitiges Vertrauen!
- <166/404> Gemeinsame Fortbildungen mit praktischen Reanimations-Übungen
- <168/406> Gelegentliches gemeinsames Üben von "Notfällen", insbesondere die häufig vorkommenden
- <170/408> Kommunikationsschulungen; Praktika, inoffizielle Kontakte; spricht der Rettungsdienst die Ärzte an?
- <172/410> Gemeinsame Fortbildungen
- <175/413> Gemeinsame regelmäßige Pflicht-Übungen (wie bei den Flugbegleitern und Piloten). Standardisierte Flussdiagramme (laminiert), die in jedem "Notfallzimmer" "Schallraum" o.ä. hängen (sodass das "Auge" nicht an was "Neues" im Stressfall orientieren muss
- <177/415> Es ist für den Praxisarzt schwer zu erkennen, wer der medizinische Kollege ist und an wen man sich zur Informationsweitergabe wenden soll!
- <181/419> Ich bin im Allgemeinen so zufrieden
- <184/422> Jeder Hausarzt sollte mal beim Rettungsdienst mitfahren, damit das Verständnis für die schwierige Arbeit "on the road" verbessert wird
- <185/423> Nein, läuft hervorragend
- <188/426> Z.B. Vorträge beim DRK für Hausärzte bzw. "runder Tisch"
- <190/428> Lief bei uns bisher sehr gut
- <193/431> In der Regel hat man sich als Hausarzt etwas dabei gedacht, wenn man ein bestimmtes Rettungsmittel anfordert. Vom Rettungsdienst-Personal fühlt man sich manchmal nicht ernst genommen bzw. Überlegungen werden hinterfragt oder angezweifelt.
- <194/432> Länger zuhören beim Organisieren des Transports bei der Leitstelle; gemeinsame Checkliste zur Wahl des Rettungsmittels
- <200/438> Fortbildung für Ärzte, die sich in der Notfallmedizin nicht auskennen, Pflichtpraktika für Assistenzärzte
- <204/442> Notärzte heute meistens Anästhesisten. Diese sind spezialisiert auf Maximaltherapie und besitzen wenig Kompetenz für hausärztliches Handeln. Daher situationsbezogenes Handeln und auf Patienten eingehen
- <207/445> Eventuell mehr Feedback, wenn Dinge sehr schlecht oder sehr gut gelaufen sind, mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität
- <208/446> Bei organisatorischen Änderungen im Rettungsdienst ein Rundfax an die Hausärzte verschicken
- <209/447> Gemeinsame Übungen und Seminare

- <210/448> Gemeinsame Übungen, Treffen; klare Anweisungen bezüglich professionellen Umgang miteinander; nie Auseinandersetzungen vor Patienten ausfechten
- <212/450> Bei aufgetretenen Problemen im Einsatz Nachgang in Ruhe nochmal erörtern
- <213/451> Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung der Arbeit des Anderen als Grundannahme zu etablieren
- <215/453> Regelmäßige Schulungen der niedergelassenen Kollegen würden deren Notfallkompetenz erhöhen, reibungslose Übergaben begünstigen und dadurch auch das Ansehen der Niedergelassenen in den Augen des Rettungsdiensts verbessern. Es gibt doch große interindividuelle Unterschiede zwischen den Kollegen
- <217/455> Gemeinsame Fortbildungen, gemeinsames Training, mehr Kontakt und Austausch wären super
- <220/458> Kurze Rückmeldung an den Hausarzt, falls ein anderes Krankenhaus angefahren werden musste als geplant, damit dieser die Angehörigen informieren kann. Eine kurze Information an den Hausarzt, falls es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten kam und wenn ein Notarzt nachgefordert werden musste
- <221/459> Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen
- <222/460> Alle sollten sich mit dem nötigen Respekt begegnen
- <223/461> Notfallfortbildungen für allgemeinmedizinische Praxen durch qualifizierte Rettungsassistenten und Notärzte
- <224/462> Sich gegenseitig respektieren - ich erlebe es so, dass das auch meist so gelebt wird
- <235/473> Durch mehr Verständnis in der besonderen Situation des Einzelnen. Praktika beim Allgemeinmediziner
- <236/474> Bei uns läuft es rund
- <238/476> Klare Kommunikation des Rettungsteams, was von uns noch gebraucht wird (Infos, Rollstuhl etc.) und ob wir noch gebraucht werden, da das Eintreffen ja immer unvorhergesehen mitten im Sprechstundenablauf ist und wir weitere Arbeit zu verrichten haben
- <239/477> Da es bis jetzt keine interdisziplinäre Kommunikation in meinem Bereich gibt, sollte diese auf freiwilliger Basis, in welcher Form auch immer, angeboten werden
- <241/479> Regelmäßige, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen (1x/Jahr)
- <246/484> Information der Hausärzte über notfallmäßig versorgte Patienten (eigene Patienten)
- <247/485> Gemeinsame Fortbildungen und Schulungen
- <250/488> Zirkel für Kommunikationsaustausch
- <251/489> Das kann ich nur individuell sehen, im Großen funktioniert klappt es gut. Einzelne überschätzen sich leider sehr, was ihre Qualifikation und Wissen angeht und vergessen, dass mancher Hausarzt über langjährige Erfahrung verfügt und seine Patienten gut kennt.
- <252/490> Akute Notfälle funktionieren prima, es bestehen aber Engpässe bei KTW-Transporten, die am gleichen Tage ausgeführt werden sollen (Engpass KTW führt zum Upgrade auf RTW)



**23) Hat sich die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation in den letzten 10 Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert?**

stark verschlechtert	1 (0,44%)
eher verschlechtert	13 (5,73%)
gleich geblieben	92 (40,53%)
eher verbessert	95 (41,85%)
stark verbessert	26 (11,45%)

Summe	227
ohne Antwort	25
Median	eher verbessert

**24) Mit welcher Altersgruppe von Rettungsdienstpersonal treten am häufigsten Probleme auf? (Mehrfachnennung möglich)**

jünger als 20 Jahre	28 (22,05%)
20 - 30 Jahre	77 (60,63%)
30 - 40 Jahre	32 (25,20%)
40 - 50 Jahre	15 (11,81%)
50 - 60 Jahre	18 (14,17%)
über 60 Jahre	12 (9,45%)

Nennungen	182
(Mehrfachwahl möglich)	
geantwortet haben	127
ohne Antwort	125

**25) Wie, denken Sie, könnte man die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst weiter verbessern?**

- <2/240> Bin insgesamt sehr zufrieden
- <6/244> Gemeinsame Fortbildungen; Reanimationsfortbildungen; Vorstellen der medizinischen Ausrüstung und der Notfallmedikation in KTW und RTW beziehungsweise NEF
- <7/245> Gemeinsame Schulungen, ggf. Feedback bei Komplikationen
- <11/249> Verbesserter Austausch; eventuell „round-table“ Gespräche
- <21/259> Hospitation in allgemeinmedizinischen Praxen
- <27/265> Z.B. Einladung zum Qualitätszirkel der Ärzte
- <36/274> Gemeinsame Fortbildungen, z.B. Reanimationsfortbildungen, gemeinsame "Qualitätszirkel" und Fortbildungen - Einsatz von Rettungsmitteln im Alltag (bei uns im Kreis FDS gibt es z.B. ab 18 Uhr abends keine KTW mehr; ich bin mir aber lange nicht sicher, ob das alle Hausärzte wissen)
- <39/277> Gemeinsame Schulung mit Training bezüglich medizinischer Notfälle
- <41/279> Austausch - gegenseitige Info! Kennenlernen. Fortbildungsveranstaltungen auf DRK-Ebene
- <44/282> Bei mir in der Region gab es noch nie Probleme. Bekannt sind jedoch Vorurteile - insbesondere von Mitgliedern des Rettungsdienstes - die manchem Hausarzt ihre Kompetenz absprechen. Die Zusammenarbeit

- bessert sich jedoch, sobald man sich kennt und häufig zusammenarbeitet
- <47/285> Zu wenig Erfahrung
  - <48/286> Schulung im Umgang mit Kollegen und Mitarbeitern auch ärztlicher Mitarbeiter
  - <50/288> Transportscheine, das müsste man ändern. Sonst alles bestens
  - <55/293> Verkürzung der Einsatzzeiten im ländlichen Raum dringend notwendig
  - <57/295> Aktuell führen wir alle 2 Jahre Notfallschulungen in unserer Praxis unter Anleitung eines erfahrenen Rettungssanitäters durch. Malteser bzw. DRK "trainiert" in den eigenen Räumen. Gemeinsame Übungsabende wären sehr sinnvoll mit Praxispersonal und Rettungsdienst, ggf. jährlich. Regelmäßige Berichte der Rettungsdienste an die Praxen über gute, schlechte oder schwierige Einsätze auf Veranlassung der Hausärzte wären als Feedback hilfreich
  - <58/296> Auch in stressigen Situationen wertschätzend miteinander kommunizieren -- "wir kochen alle nur mit Wasser"
  - <63/301> Telefonschulung bezüglich Freundlichkeit
  - <65/303> Über die Leitstellenkommunikation
  - <69/307> Praktika in Praxis und für Medizinische Fachangestellte im RTW
  - <73/311> Gespräche führen mit dem ärztlichen Leiter
  - <76/314> Wenn Personal auf die Erfahrung des Hausarztes hört
  - <77/315> Gemeinsames Training und 1-2 Mal pro Jahr Treffen (kennenzulernen etc., Austausch)
  - <78/316> Gemeinsames Training
  - <82/320> Mehr Flexibilität ermöglichen durch weniger strikte Vorgaben
  - <84/322> Gemeinsame Fortbildungen, Hospitation - Rettungsassistent in Hausarzt-Praxis
  - <85/323> Der Rettungsdienst sollte nur bei vitalen Bedrohungen angefordert werden
  - <89/327> Vermittlung spezieller Kenntnisse von (leitenden) Notärzten durch Seminare
  - <90/328> Ist eigentlich schon gut; man kennt sich, spricht auch mal Probleme mit dem Leiter durch; Thema inadäquates Verhalten "Neulinge"
  - <93/331> Fortbildung, gemeinsame Schulungen
  - <97/335> Gemeinsame Schulung
  - <101/339> Gemeinsame Fortbildungen anbieten
  - <103/341> Fortbildung der Ärzte: Notfälle/Rettungsdienst
  - <104/342> Fallbezogene Erörterung ("Lesemanagement") retrospektiv
  - <107/345> Eventuell gelegentliche Rundschreiben ähnlich dem letzten, bei dem es um die Indikation des RTW gegenüber dem KTW geht.
  - <113/351> Rückmeldungen über Probleme, Nachgespräche auch bei problemlosen Verläufen
  - <115/353> Man sollte sich in facto überlegen, eine Mindestaltersgrenze einzuführen
  - <120/358> Meiner Meinung nach nicht nötig
  - <121/359> Eine eindeutige Anordnungs-Hierarchie erscheint dringend notwendig
  - <124/362> Fortbildung

- <127/365> Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen auf beiden Seiten (Ärzte und Rettungsdienstpersonal); Steigerung der Wertschätzung und der Entlohnung des Rettungsdienstpersonals
- <128/366> Mehr EDV/Patientendatenaustausch per App
- <129/367> Verbesserung der Kommunikation - kurze Telefonate nach aktueller Situation und bei Einsätzen wäre sinnvoll
- <131/369> Kennenlernen der Leitstelle
- <132/370> Besuch auf der Leitstelle (Einblick in die Vermittlungsfähigkeit); Teilnahme am Notdienst (KV) s.o.. Klare Angaben bei telefonischen Anforderungen
- <139/377> Verstärkte Bereitstellung von KTW während des Tages, da zum Teil keine KTWs verfügbar sind und deshalb aufgrund zu langer Wartezeiten RTWs angefordert werden. Bei dem RTW-Personal stößt man dann oft auf Unverständnis, weshalb ein RTW und kein KTW angefordert wurde. Bereitstellung einer gemeinsamen Patientenakte für den Rettungsdienst
- <146/384> Z.B. interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Rettungsdienst wie Hospitationstage in der Praxis, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und ähnliches
- <147/385> Gemeinsame Fortbildungen und mehr Kommunikation
- <149/387> 1 Mal pro Jahr runder Tisch
- <150/388> Die Zusammenarbeit ist eigentlich sehr gut
- <153/391> In dem alle Handlungen am Patienten verbal begleitet werden. Das bedeutet: der Patient versteht, der Kollege versteht, der Arzt versteht
- <157/395> Der ärztliche Dienst (Rottweil) ist wie gesagt sehr gut. Es ist sehr wichtig, sich als Team zu sehen mit sich je ergänzenden Kompetenzen
- <159/397> Bei mir läuft es am Ort optimal
- <166/404> Gemeinsame Fortbildungen, gemeinsame Stammtische; Unterweisung der Ärzte in die Möglichkeiten und das Equipment des Rettungsdienstes
- <171/409> Ich sehe da kein Problem, was eher daran liegen mag, dass ich regelmäßig als Notarzt beim Rettungsdienst arbeite
- <172/410> Insgesamt bin ich mit der Zusammenarbeit sehr zufrieden
- <175/413> Mehr Kontakte und Kommunikation, evtl. verpflichtend Kommunikationstraining
- <180/418> Indem alle niedergelassenen Ärzte vielleicht 1x eine Woche in diesen RTW mitfahren (nach entsprechender Einweisung) um selbst eine größere Sicherheit zu bekommen und diese sehr belastende RTW-Tätigkeit mehr zu würdigen lernt
- <181/419> Eventuell wäre 1-2x jährlich ein Treffen (Kennenlernen) mit Stammtisch zwischen DRK-Personen und Hausärzten sinnvoll
- <184/422> Gemeinsame Fortbildungen!
- <193/431> Mehr KTW einsetzen, da diese nahezu immer ausgebucht sind, häufig aber ausreichend wären. Gemeinsame Fortbildungen Ärzte/Rettungsdienstpersonal
- <194/432> Gemeinsame Fortbildungen; Erfahrungsaustausch ambulant – Rettungsdienst - Krankenhaus; Nachbesprechung von Fällen
- <200/438> Mehr Fortbildung für Rettungsdienst gemeinsam mit niedergelassenen Kollegen, um sich auszutauschen

- <204/442> Z.B. Praktika in Hausarztpraxen; gilt besonders für Klinikärzte
- <207/445> Verschärfte Einbeziehung des hausärztlichen Bereitschaftsdiensts, evtl. nachfordern
- <212/450> Klappt gut!
- <215/453> Mit gutem Willen von beiden Seiten
- <216/454> Gelegentliches zwangloses Treffen
- <217/455> Neue Regel, wann Patient nicht mehr eingewiesen werden soll oder will z.B. Altersheim. Die Rettungsassistenten sollten psychologisch besser geschult sein, z.B. Erkennen von Panikattacken, psychiatrischen Erkrankungen. Man sollte mehr Wert auf Gespräche (Psychologie statt Technik) legen. Regelmäßige gemeinsame Fortbildungen wären Klasse
- <219/457> Auch Rückmeldung von Rettungsdienst bezüglich Einsätzen und Information usw.
- <222/460> Regelmäßige Befragungen wegen evtl. Missständen
- <224/462> Eventuell gemeinsame Schulungen zur Notfalltherapie, dadurch besseres Kennenlernen und besseres Zusammenarbeiten
- <233/471> Alles okay - die telefonische Erreichbarkeit ist manchmal eingeschränkt
- <234/472> Wenn Kommunikationsprobleme auftauchen sind dies fast ausschließlich Kommunikationsprobleme, die beim Anruf in der Leitstelle passieren und an das Rettungspersonal falsch interpretiert oder missverständlich weitergegeben werden
- <235/473> Bei uns klappt alles sehr gut bis auf eine Person
- <236/474> Läuft gut
- <237/475> Es läuft bei uns gut!
- <238/476> Bei Eintreffen des Rettungsdiensts ohne Notarzt sollte es einen klaren Ansprechpartner geben. Oft kommen 3, manchmal 4 Rettungsassistenten. Da ist für uns nicht ersichtlich, wer für uns Ansprechpartner zur Übergabe ist.
- <241/479> Gemeinsame Veranstaltung mit gezielter Themenauswahl
- <244/482> Gute Kommunikation untereinander
- <245/483> Wenn bei den jüngeren hochmotivierten Rettungskräften ein Respekt vor älteren Kollegen aufgebaut wird
- <246/484> Persönliches Kennenlernen der Mitarbeiter des Rettungsdienstes (eventuell ein gemeinsames Notfallversorgungsseminar)
- <247/485> Hospitierungs-Angebote von beiden Seiten
- <252/490> Vorhalten von mehr KTW

**26) Würden Sie mir noch gerne etwas zu dem Thema sagen oder liegt Ihnen die Beseitigung eines bestimmten Missstandes besonders am Herzen?**

- <4/242> Mit DRK-Führung und den meisten Mitarbeitern des RK macht die Zusammenarbeit Spaß!
- <14/252> Ich habe meine Antworten weitgehend in Bezug auf meine Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst im Ortenaukreis beantwortet. Insofern sind sie vielleicht nicht besonders repräsentativ (14)

- <15/253> Die Indikation ist bei den meisten Kollegen bekannt. Häufig liegt der "fehlerhafte" Einsatz an nicht verfügbaren KTW. Einsatzorganisation!! (zu Frage 11)  
Wir alle (!) arbeiten oft unter schwierigen Bedingungen, leider unter zunehmender Arbeitsverdichtung. Ich würde mir wünschen, dass wir zum Wohle der Patienten handeln und nicht die persönliche Eitelkeit beziehungsweise die Profilierungssucht unser Handeln bestimmen.
- <24/262> Das Problem sind die Hausärzte in Deutschland, ganz schlecht; keine seriöse Fortbildung!
- <26/264> Leider sind nachts beziehungsweise am Wochenende nur RTWs verfügbar, auch wenn oft ein KTW-Transport ausreichend wäre (hat vermutlich Kosten-/Personalgründe bei den Rettungsdiensten)
- <27/265> In meinem Fall Kommunikation sehr gut, da ich bis vor 15 Jahren als Notarzt Einsätze begleitet habe. Ländliche Gegend. Personal überschaubar, man kennt sich, was die Kommunikation erleichtert
- <30/268> Der Fragebogen legt zu viel Schwergewicht auf Missstände und Kommunikationsprobleme, so als würden die im Vordergrund stehen, dem ist nicht so!
- <31/269> Sorry, dass ich Ihre Freitextfragen nicht ausfüllen kann. Ich habe mir bisher keine Gedanken dazu gemacht. Ärger verursacht mir meist nur die Leitstelle, wenn ich einen RTW bestellen muss, weil ein KTW erst nach etlichen Stunden frei wäre und ich die Patienten keinen Tag warten lassen kann! Ansonsten gibt es wenig Probleme. Jeder Mitarbeiter ist anders. Ich sehe eventuelle Spannungen eher als persönliche Probleme eher Einzelner
- <36/274> Zu Frage 12: sehr wertgeschätzt fühle ich mich nur weil ich selbst als Notärztin tätig bin und mich das Personal des Rettungsdienstes kennt und schätzt. Das Rettungsdienstpersonal ist manchmal erschüttert, in welcher Umgebung Patienten aufgefunden werden; wir Hausärzte aber auch (wir wissen oft nicht wie grenzwertig Patienten zu Hause "hausen", solange sie es noch irgendwie in die Praxis schaffen. Die häusliche Umgebung zu ändern, ist für alle Seiten eine sehr schwierige Aufgabe
- <37/275> Bessere Bezahlung der Rettungssanitäter. Bei starker Unterbesetzung im Landkreis FDS
- <38/276> Auf Grund der räumlichen Lage Praxis zu DRK- / Notarztstandort im selben Haus habe ich fast keine Probleme, nur bei betriebsfremden Notärzten und Rettungssanitätern gibt es häufiger Probleme (wenn angefordert, weil die lokalen Kräfte im Einsatz sind)
- <40/278> In den 10 Jahren meiner Praxistätigkeit benötigte ich nie den Rettungsdienst. Deshalb beantworte ich die Fragen nicht.
- <44/282> Oft ist eine recht zeitnahe Einweisung notwendig, auch wenn keine wirkliche Indikation für einen RTW besteht. Mit dem Argument, dass der nächste KTW erst in vielen Stunden (oft dann auch erst nachts) verfügbar ist, wird man von der Rettungsleitstelle gedrängt, trotzdem einen RTW anzufordern
- <48/286> Arbeite viel mit Rettungsdienstlern zusammen; ich denke, ganz häufig ist es halt so, dass der Rettungssanitäter Action will und braucht und bei diesen Charakteren auch Kompetenzprobleme aufkommen

- <49/287> Es sollten mehr KTW schneller verfügbar sein zwischen Notfall und 8 Stunden Wartezeit gibt es die meisten Fälle! Sprich: mehr KTW, die in ca. 1h - 2h verfügbar, sind werden benötigt!
- <58/296> Ich weiß aus mehreren Quellen, dass die Unzufriedenheit des Rettungsdienst-Personals über ihre eigene Organisation und Bezahlung hoch ist. Aktuell große Fluktuation bei uns in der Gegend- Viele haben gekündigt. Oft sind in KTW's FSJ'ler eingesetzt, die nur sehr wenig Ahnung haben.
- <61/299> Personalkürzungen, Dauer bis Rettungsdienst kommt zum Teil wegen Fahrzeugkürzungen
- <63/301> Unfreundliche, herablassende Art des Telefondiensts, abweisende Art
- <65/303> Kooperation im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Wenn viel los ist erfährt der nachrückende ÄBD meist erst verzögert warum der RTW da war (und entschieden hat, dass kein Notarzt aber der ÄBD "hin sollte"
- <69/307> Zu wenig Notärzte in ländlichen Regionen. Zu häufige Anforderung des Rettungsdienstes infolge unattraktiver Leistung der Kasse für die primär versorgenden Hausärzte (42 Euro Pauschalen(!) pro Quartal)
- <73/311> Gegenseitige Wertschätzung
- <84/322> Ich denke, die Beantwortung wird regional sehr unterschiedlich sein
- <88/326> Nach 19 Uhr stehen zu wenige Krankenwagen beziehungsweise gar keine Krankenwagen zur Verfügung, was sich sicher unnötig kostentreibend auswirkt
- <95/333> Eventuell wäre es sinnvoll gewesen, auch das Geschlecht der Ärzte zu erfassen?
- <97/335> Ich habe und hatte noch nie Probleme mit dem Rettungsdienst
- <100/338> Es liegt ein Gesetzesfehler vor, es wird sich nicht richtig um die Ausbildung gekümmert
- <103/341> Mehr KTWs, somit bessere/schnellere Verfügbarkeit der RTWs
- <104/342> Verbesserung der Rettungszeiten in den Randgemeinden
- <109/347> Im Regelbetrieb zu wenig Transportkapazitäten für KTW, dadurch lange Wartezeiten bei ungeplanten Transporten und Druck seitens der Leitstelle auf Rettungsdienst auszuweichen. Dadurch hohe Kosten!
- <113/351> Transportschein-Formular: sehr unübersichtlich. Beim Ausfüllen besteht meistens Unsicherheit, ob alles richtig ist
- <115/353> Der Beispiele gäbe es viele, als ich einmal einen KTW für meine eigene Mutter benötigte, habe ich wiederholt einen Rettungsassistenten "angebrüllt", er solle meinen Weisungen folgen und den Mitschnitt der Runde mit Verweis auf seine Unkompetenz wiederholt abhören, nachdem er mir doch tatsächlich entgegnete: "jetzt setze ich mich über Ihre Anweisungen bewusst hinweg" ....., dümmer geht nimmer
- <118/356> Angebot für Schulungen für Notfallsituationen in der Praxis, praktische Durchführung von Reanimationen und Notfallsituationen
- <121/359> Meine oben genannten Hinweise sind eindeutig
- <122/360> Informationsfluss verbessern!
- <129/367> Es ist bedauerlich, dass bei Veranstaltungen, die der Verbesserung der Zusammenarbeit und der Fortbildung dienen die Resonanz doch oft etwas gering ist
- <134/372> Verfügbarkeit von KTW und RTW zu Stoßzeiten mangelhaft; Wartezeit oft 2-3 Stunden

- <136/374> Notwendigkeit der Anforderung von RTW, weil KTW in akzeptablen Zeitrahmen nicht verfügbar
- <140/378> Intensive Aufklärung der Bevölkerung über Zuständigkeit der einzelnen Dienste!
- <142/380> Die Kommunikation mit der Leitstelle hat sich deutlich verbessert in Freundlichkeit, Kompetenz und Effektivität. Notärzte können gelegentlich arrogant sein. Man hat den Eindruck, dass das Personal des Rettungsdiensts gut und häufig geschult wird, manchmal hat man den Eindruck, dass das auch mal zu Selbstüberschätzung führen kann
- <143/381> Zu Frage 10: immer wieder steht kein KTW zur Verfügung für Transporte, bei denen ein KTW ausreicht. Deshalb unnötigerweise Anforderung eines RTW. Dies ist ein organisatorisches (vielleicht auch finanzielles) Problem. RTW-Einsatz bringt mehr Geld
- <150/388> Ich finde, dass oft am Einsatzort zu lange "rumgemacht" wird, anstatt den Patienten möglichst schnell ins nächste Krankenhaus zu bringen
- <151/389> Gemeinsame Fortbildungen
- <153/391> Es kann sein, dass ich mit 3 Leitstellen zu tun habe: RW / FDS / OG; ich verstehe nicht, warum die Landkreis übergreifende zur Verfügungstellung von Rettungsmitteln noch nicht wirklich optimiert wird. Die Vernetzung der Leitstellen darf besser werden!
- <155/393> Sehr häufig muss aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit ein Rettungstransport statt des ausreichenden Krankentransportes verordnet werden (dieser ist mit den Routineaufträgen ausgelastet) - was zusätzlich Kosten und einen unnötigen Ressourcenverbrauch impliziert
- <157/395> DRK kritisiert oft Einweisungen per Ferndiagnose (ohne Hausbesuch), ist aber bisweilen nicht anders machbar
- <163/401> Großes Problem ist die Bezahlung auch der Notärzte (aktuell Scheinselbstständigkeit). Eine bessere Vergütung in allen Bereichen müsste angestrebt werden.
- <166/404> Ich fände das Angebot regelmäßiger Reanimationskurse sehr sinnvoll
- <168/406> Die größten Probleme gibt es wegen häufig vorkommenden Kompetenzüberschreitungen und teilweise anmaßenden Verhalten gegenüber mir und meinen Angestellten. Darüber hinaus häufig völlig inadäquates Auftreten dem Patienten gegenüber. Einfachste Höflichkeitsregeln werden missachtet. ("wie die Axt im Walde")
- <172/410> Häufig schlechte Bezahlung der Rettungskräfte und unterbezahlte Bereitschaftsdienste. Zu wenig KTW und KTW-Fahrer führen zu unnötigen Einsätzen von RTW
- <173/411> Insgesamt sind Notfälle mit Rettungsdienst extrem selten (<1/Jahr). Deswegen kann ich nur sehr schlecht ihre Fragen beantworten
- <174/412> Durchschnittlich gute Zusammenarbeit!
- <180/418> Das Management sollte aufhören immer schnellere Anfahrten von diesen sehr engagierten und sehr gut ausgebildeten Personal zu verlangen! Es klappt doch alles schnell und kompetent genug!
- <183/421> Die Rufnummer des Rettungsdienstes 19222 ist meist nur über Ortswahl erreichbar. Für Patienten ist dies oft nicht klar!
- <189/427> Ich bin seit 4 Jahren niedergelassen. Bisher hatte ich bis auf zwei unkomplizierte Transporte keinen Kontakt
- <190/428> Läuft in Offenburg gut

- <192/430> Als kinderärztliche Praxis ist die Notwendigkeit für den Rettungsdienst sehr selten, insofern sind meine Erfahrungen auch übersichtlich. Die Kompetenz bei Notfällen mit Kindern ist bei Erwachsenen-Medizinern per se vermindert.
- <193/431> Das Schlimmste beim Thema Ambulante Medizin/Rettungswesen sind die oft überheblichen oder arrogant-abweisenden Klinikkollegen...
- <194/432> Zeitraubend und nervend ist das "Suchen" von Betten für die Aufnahme von Patienten und die schier unerträgliche Ignoranz gegenüber "nur hausärztlichen" Befunden von Seiten der Krankenhauskollegen
- <195/433> Bezüglich Leitstelle: Es werden oftmals nur sehr teure Transporte (mit Notarzt) angeboten, mit der Begründung, dass alle preiswerteren KTWs ausgebucht bzw beansprucht werden, obgleich keine medizinische Notwendigkeit besteht. Die Leitstelle treibt dadurch die Kosten hoch.
- <197/435> Den Rettungsdienst im Kreis FDS sehe ich als sehr positiv an; ich arbeite gerne mit den Mitarbeitern des DRK und den Johannitern zusammen. Zum Thema KTW/RTW: oft besteht man auf einen RTW, obwohl KTW ausreicht, da die KTWs zu stark ausgelastet sind
- <200/438> Ich bin selbst noch aktiver Notfallmediziner. Oftmals denken die niedergelassenen Kollegen nicht nach und haben auch kein Verständnis für die Belange des Rettungsdiensts
- <202/440> Mehr KTW zur Verfügung stellen. Den Rettungsdienst wieder dezentralisieren, periphere Krankenhäuser wieder mit einbinden, Notdienst am Wohnort durchführen dürfen, Hausbesuche im Notdienst von zu Hause aus, nicht von der oft weit entfernten Zentrale aus
- <207/445> Trotzdem weiterhin Quelle von Ressourcen: z.B. hausärztliche Bereitschaftsdienstkonsile: ca. 100 Euro; Rettungsdienst und 3 Tage unnötig stationär: 2000 Euro + nosokomiale Infektion
- <211/449> Meist klappt es problemlos, selten personengebundene Differenzen
- <213/451> Wir alle, die wir in der medizinischen Patientenversorgung arbeiten, sitzen im selben Boot, nehmen am selben System teil, das wir nicht gemacht haben. Daher sollte uns klar werden, dass ein Miteinander mehr bringt als das Ziehen von Gräben und Gegeneinander Arbeiten
- <215/453> Es wäre förderlich für die Toleranz zwischen den Berufsgruppen, wenn Niedergelassene, Krankenhauspersonal und Rettungsdienst gelegentlich auch bei den jeweils anderen hospitieren würden, um die verschiedenen Perspektiven besser nachvollziehen zu können
- <217/455> KTW-Transporte dauern oft lange, so dass manchmal ein RTW bestellt wird, obwohl es medizinisch nicht nötig wäre. Hygienevorschriften z.B. bei MRSA im Umgang zu streng, Frage: Mundschutz/Kittel. Ich habe es einmal erlebt, dass Patienten mit Schüttelfrost mit Antiepileptika vom Notarzt behandelt wurde.
- <218/456> Gemeinsame Schulungen
- <219/457> Verfügbarkeit Krankentransport manchmal eingeschränkt
- <220/458> Insgesamt läuft die Kooperation hier sehr gut. Wir können uns glücklich schätzen, dass es eine so gute, vertrauensvolle und verlässliche Kooperation gibt



- <223/461> Manche niedergelassenen Kollegen haben eine sehr hohe Scheu, den Rettungsdienst oder Notarzt zu rufen. Zu zögerliche Notrufe führten mehrfach zu unnötigen und bedrohlichen Komplikationen
- <226/464> Insgesamt sehr starke Schwankungen von freundlich kompetent bis unverschämt und überheblich gegenüber dem Hausarzt ist alles geboten
- <234/472> Auffällig in den letzten Jahren ist der Personalschwund bei den Rettungskräften aufgrund unterschiedlicher regionaler Vergütungen. Gute Leute wandern in Regionen ab, wo besser vergütet wird, Nachwuchs ist nicht genug da. Das führt zu oft überarbeiteten und demotivierten Mitarbeitern im Rettungsdienst.
- <238/476> Wirkliche Missstände können wir zum Glück nicht beklagen
- <239/477> Insgesamt gibt es ja eine Unmenge von Weiterbildungsmöglichkeiten, aber über dieses Thema kamen zu mir noch keine Vorschläge. Über die Kreisärzteschaft und das DRK zusammen könnte durchaus 1x/Jahr eine Zusammenkunft vermittelt werden.
- <240/478> Ich bin im hiesigen Rettungsdienst selbst als Notarzt tätig und daher mit den nichtärztlichen Rettungsdienst-Kollegen vertraut, nicht zuletzt durch gemeinsame Fortbildungen.
- <241/479> Derzeit wohl einiges im Umbruch durch Ausbildung von Rettungssanitätern mit erweiterten Kompetenzen! Hier noch keine Erfahrungen
- <245/483> Das wichtige Thema KTW oder RTW: Meist sind zu wenige KTWs da. Wenn dann der Transport erst in 5 Stunden stattfinden kann (im Ärztlichen Bereitschaftsdienst), weicht man auf RTWs aus. Dies führt dann zu einem Rüffel durch die Krankenkassen, dass zu viele RTWs angefordert würden. Dies ist ein allgemeines strukturelles Problem, das für das DRK Vorteile hat, da es sehr viel mehr am Transport verdient. Also besteht von Seiten des DRK keinerlei Interesse, mehr KTWs bereit zu halten. Die Kassen meckern konstant, sind aber ebenfalls nicht willens, auf das DRK Druck auszuüben. Also bleibt der schwarze Peter an den leidgeprüften Bereitschaftsärzten hängen. Vielleicht können SIE Druck machen.
- <249/487> Mangel an KTW-Fahrzeugen zum Transport von Patienten ins Krankenhaus im hausärztlichen Notdienst, zu lange Wartezeiten von mehreren Stunden
- <250/488> Zu lange Wartezeiten im Notfall
- <252/490> Insgesamt mit Rettungsdienst sehr zufrieden, liegen allerdings auch nur etwa 2 Kilometer von Klinikum und Leitstelle entfernt. Mehr KTW-Kapazitäten