

# Rückmeldebogen zur Datenerhebung

**Qualitätssicherung: Anforderungen von Rettungsmitteln aus dem Rettungsdienstbereich Odenwaldkreis**

**durch die Integrierte Leitstelle (ILS) Bayerischer Untermain in Aschaffenburg**

Für alle Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte des Odenwaldkreises:

Da sich die seit mehreren Jahren eingehenden Beschwerden von Rettungsdienstmitarbeitern und Notärzten über die medizinische Sinnhaftigkeit der Anforderungen von Rettungsmitteln aus dem Rettungsdienstbereich Odenwaldkreis zur Notfallrettung durch die Integrierte Leitstelle (ILS) Bayerischer Untermain häufen, wird eine qualitative und quantitative Evaluation derselben erforderlich. Bei über das übliche Maß der rettungsdienstlichen Nachbarschaftshilfe hinausgehenden Einsatzzahlen müssen die abzuwägenden Güter in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Dies ist einerseits die tatsächlich erforderliche rettungsdienstliche Hilfe für Patienten in einem Nachbarbereich, das sog. Patientenwohl, und andererseits die mit einer Einsatzfahrt unter Nutzung von Sonder- und Wegerechten verbundenen Gefahren für alle Beteiligten sowie die vorübergehende Schwächung der rettungsdienstlichen Vorhaltung des Rettungsdienstbereiches Odenwaldkreis und damit eine direkte Einflussnahme auf die Erreichung der durch das Hessische Rettungsdienstgesetz vorgegebenen Hilfsfristen (90% in 10 Minuten).

Mit dem vorliegenden Rückmeldebogen bietet sich die Möglichkeit, dem Rettungsdienstträger Odenwaldkreis Einsätze der Notfallrettung (R1 bzw. R2) zu melden, bei denen Ihnen als Rettungsdienstfachpersonal bzw. Notärztin/Notarzt der Eindruck entstanden ist, dass die Anforderung eines Rettungsmittels aus dem Rettungsdienstbereich Odenwaldkreis im Sinne einer Notfallrettung seitens der ILS Bayerischer Untermain schon zum Zeitpunkt der Disposition **nicht** gerechtfertigt war.

## Einsatz

Datum: \_\_\_\_\_ Alarmierungszeit: \_\_\_\_\_ Einsatznummer: \_\_\_\_\_

## Alarmierungsgrund

PZC mit Text: \_\_\_\_\_ Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Diskrepanz zwischen Anforderung und tatsächlicher Situation** (bitte kurze Beschreibung **ohne** Nennung von Namen)

---

---

---

**Name des Rückmeldenden** \_\_\_\_\_ **Telefon-Nr. (für evtl. Rückfragen)** \_\_\_\_\_

Den Rückmeldebogen bitte an [rettungsdienst@odenwaldkreis.de](mailto:rettungsdienst@odenwaldkreis.de) senden oder in den ÄLRD-Briefkasten im GZO einwerfen.

(Erhebungszeitraum: bis maximal 31.7.2019 - bei hinreichend Datenmaterial vorzeitige Beendigung der Erhebung)

MfG

Dr. med. B. Krakowka

Fachbereichsleitung Rettungsdienst/ Zentrale Leitstelle

Stand 23.1.2019

Ärztliches Qualitätsmanagement