Vorlage für: Rettungsdienst

Absender

Name, Vorname: _____

Funktion / Tätigkeit: _____

Einrichtung / Bereich: _____

Empfänger (bitte ankreuzen)

An

☐ Rettungsdienstleitung

Kopie an

☐ Mitarbeitervertretung / Betriebsrat

☐ ver.di – Fachbereich Besondere Dienstleistungen

☐ Zuständige Arbeitsschutzbehörde

Anschrift: _____

Ort, Datum: _____

Überlastungsanzeige / Gefährdungsanzeige

Hiermit zeige ich an, dass die Personalbesetzung am _____ in der _____ nach meiner Wahrnehmung nicht ausreichte, um die anfallenden Aufgaben ordnungsgemäß zu erfüllen.

Datum: _____

Dienst / Schicht (Uhrzeit von – bis): _____

Bereich / Station / Abteilung: _____

Personalsituation

Sollbesetzung: _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte

Tatsächliche Besetzung: _____ Fachkräfte, _____ Hilfskräfte

Art des Ausfalls

☐ Kurzfristige Krankmeldung

☐ Personal für Sonderlage/Großereignis abgezogen

☐ Praktikant:in/FSJler als Besatzungsmitglied gezählt

☐ Fahrzeug außer Dienst mangels verfügbarer Besatzung

☐ Doppelschicht durch anhaltenden Personalausfall erforderlich

☐ Fahrzeug/Besatzung nicht nachbesetzt

☐ Springer ohne Bereichs-/Fahrzeugeinarbeitung

☐ Ausfall ohne organisierten Ersatz

☐ Notarztbesetzung nicht sichergestellt

☐ Sonstiges: _____

Fehlende Qualifikation/Funktion

☐ Kein:e Notfallsanitäter:in im Dienst

☐ Führungsdienst nicht erreichbar/unbesetzt

☐ Ersthelfer-/Sanitätsfunktion unbesetzt

☐ Keine qualifizierte Fachkraft (RA/NotSan) für NA-Begleitung

☐ Nur Berufseinsteiger:innen im Dienst

☐ Kein Notarzt/keine Notärztin besetzt oder zeitgerecht erreichbar

☐ Fehlende Einweisung oder Fortbildung für eingesetztes Gerät

☐ Kein:e Praxisanleiter:in für Auszubildende verfügbar

☐ Sonstiges: _____

Erschwerende Umstände

Versorgte Patient:innen: _____

Zusätzliche/ungeplante Einsätze: _____

Erhöhter Einsatzaufwand

☐ Polytrauma/Schwerstverletzte

☐ Internistische Komplexfälle

☐ Patient:in mit psychischer Ausnahmesituation/Suizidalität

☐ Sprachbarrieren

☐ Mehrere Verletzte gleichzeitig

☐ Intensivtransport mit komplexer Überwachungspflicht

☐ Viele Patient:innen gleichzeitig – erhöhter Koordinierungs- und Betreuungsaufwand

☐ Kindernotfall mit besonderem Versorgungsbedarf

☐ Adipositas-/Schwerlasttransport (besondere Ausstattung und erhöhter Personalbedarf)

☐ Lange Anfahrts- und Transportzeiten (strukturell oder geografisch bedingt)

Notfälle im Dienst

☐ Massenanfall von Verletzten (MANV)

☐ Großbrand/Chemikalieneinsatz

☐ Eigene Verletzung/Gefährdung im Einsatz

☐ Ausrüstungsversagen im Einsatz

☐ Aggression/Gewalt gegen Einsatzkräfte

☐ Reanimation mit verlängerter Einsatzdauer

☐ Komplexer Verkehrsunfall (eingeklemmte Personen, mehrere Beteiligte)

☐ Parallel- oder Nachalarmierung während laufendem Einsatz

☐ Gefahrguteinsatz (CBRN, gefährliche Stoffe oder Strahlung)

Infrastruktur/Ausstattung

☐ Fahrzeug/Gerät defekt

☐ Funk-/Kommunikationsausfall

☐ Leitstelle überlastet/nicht erreichbar

☐ Fehlendes Verbrauchsmaterial/Medikamente

☐ Einsatzleitsystem gestört

☐ Navigations-/IT-Systemausfall (Fahrzeugnavi, Einsatztablet)

☐ Defektes medizinisches Gerät (EKG, Beatmungsgerät, Defibrillator)

☐ Einschränkungen an der Wache (Hygiene, Desinfektion, Infrastruktur)

☐ Sonstiges: _____

Konkrete Gefährdung

Situation kurz und sachlich schildern, z. B. 'Kein zweites Team für Parallel-Einsatz.'

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nicht oder nur eingeschränkt geleistet werden konnten

Notfallmedizinische Versorgung

- ☐ Basisversorgung verzögert/eingeschränkt
- ☐ Medikamentengabe verzögert
- ☐ Schmerztherapie oder Sedierung verzögert oder nicht möglich
- ☐ Monitoring/Überwachung eingeschränkt
- ☐ Hilfsfristen nicht eingehalten
- ☐ Transport in zeitkritische Zielklinik (Schlaganfall, Brustschmerz, Schwerverletzte) verzögert

Dokumentation & Übergabe

- ☐ Einsatzprotokoll nur rudimentär erstellt
- ☐ Einsatzzeiten und Statusmeldungen nicht vollständig erfasst
- ☐ Einsatznachbereitung oder Einsatzbesprechung nicht durchgeführt
- ☐ Übergabe an Klinik verkürzt/fehleranfällig
- ☐ Patientenbezogene Daten unvollständig dokumentiert

Arbeitsschutz Einsatzkräfte

- ☐ Gesetzliche Pausen nicht möglich
- ☐ Persönliche Schutzmaßnahmen nicht vollständig möglich
- ☐ Psychosoziale Nachsorge nach belastendem Einsatz nicht ermöglicht
- ☐ Ruhezeit verkürzt
- ☐ Überstunden nicht vollständig erfasst oder ausgeglichen

Fahrzeug-/Materialcheck & Desinfektion

- ☐ Fahrzeug-/Ausrüstungscheck vor Dienstbeginn nicht vollständig durchführbar
- ☐ Material- und Medikamentenauffüllung ausgeblieben oder verzögert
- ☐ Fahrzeug- und Materialdesinfektion eingeschränkt
- ☐ Regelmäßige Funktionsprüfung medizinischer Geräte nicht möglich

Sonstiges:

_____

_____

Ergriffene Maßnahmen und Information

Informiert wurde (Name/Funktion): _____

Uhrzeit: _____

Auf welchem Weg?

- ☐ Telefon
- ☐ E-Mail
- ☐ Funk/Leitstelle
- ☐ Persönlich
- ☐ Nicht erreicht

Reaktion der Leitung

- ☐ Keine Erreichbarkeit
- ☐ Anweisung zur Priorisierung
- ☐ Unterstützung organisiert (unzureichend)
- ☐ Abhilfe zugesagt (nicht erfolgt)
- ☐ Unterstützung organisiert (ausreichend)
- ☐ Keine Reaktion

Eigene Maßnahmen

- ☐ Einsatzschwerpunkte triagiert/priorisiert
- ☐ Leitstelle über Situation informiert
- ☐ Nachbarwache oder überörtliche Hilfe angefordert
- ☐ Einsätze nach medizinischer Dringlichkeit priorisiert und dokumentiert
- ☐ Verstärkung/Sonderfahrzeug angefordert
- ☐ Führungsdienst verständigt
- ☐ Reserve- oder Springerkraft alarmiert

☐ Sonstiges: _____

Ich bitte um folgende Maßnahmen

☐ Zusätzliches Fahrzeug/Team disponieren
☐ Springer/Reserve alarmieren
☐ Geräte und Material bereitstellen oder instandsetzen
☐ Gefährdungsbeurteilung für die Einsatzsituation aktualisieren
☐ Einsatzsteuerung anpassen
☐ Dienstplan anpassen
☐ Qualifikationsanforderungen für Fahrzeugbesatzungen sicherstellen
☐ Psychosoziale Nachsorge für Einsatzkräfte einleiten

☐ Sonstiges: _____

_____

_____

☐ Diese Situation ist nach meiner Wahrnehmung kein Einzelfall, sondern tritt strukturell wiederkehrend auf.

☐ Ich weise vorsorglich auf folgende allgemein einschlägige Regelungen hin:

- § 3 ArbSchG — Grundpflichten des Arbeitgebers: erforderliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes treffen und auf Wirksamkeit prüfen.
- § 4 ArbSchG — Allgemeine Grundsätze: Arbeit so gestalten, dass Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden wird.
- § 5 ArbSchG — Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung), auch hinsichtlich psychischer Belastungen.
- § 618 BGB — Fürsorgepflicht des Arbeitgebers zum Schutz von Leben und Gesundheit der Beschäftigten.

Ich bitte um Kenntnisnahme sowie um Prüfung und Anpassung der Arbeitsbedingungen. Diese Anzeige dokumentiert ausschließlich die von mir wahrgenommene Sachlage; eine rechtliche Bewertung des Einzelfalls ist damit nicht verbunden.

Haftungsablehnung

Aufgrund der geschilderten Personal- und Arbeitssituation konnte ich die mir übertragenen Aufgaben nicht durchgängig mit der gebotenen Sorgfalt und Fachlichkeit erfüllen. Ich zeige dies an, um Schäden für die anvertrauten Patient:innen, den Rettungsdienst und mich selbst abzuwenden, und bitte um umgehende Abhilfe. Mängel oder Schäden, die nachweislich auf diese unzureichende Personal- und Arbeitssituation zurückzuführen sind und außerhalb meines Einflussbereichs liegen, habe ich nicht zu vertreten.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift

_____
Name in Druckbuchstaben