

ÜBERLASTUNGSANZEIGE

Von	An
Betriebsname /-adresse:	die Pflegedienstleitung / Heimleitung
	– im Hause –
Wohnbereich / Station / Abteilung:	Betriebsname /-adresse:
Mitarbeiter: (Vor-, Nachname, Personal-Nr.)	

Ort, Datum

**Betreff: Leistungseinschränkungen in der Pflege und Betreuung der Bewohner(innen)
aufgrund einer unzureichenden Personalbesetzung / Arbeitsüberlastung**

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

hiermit möchte(n) ich / wir Sie darauf aufmerksam machen, dass ich/wir uns wegen des derzeitigen Personalmangels /
Arbeitsüberlastung nicht in der Lage sehe(n), alle notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß und im Interesse der von mir / uns betreuten
Bewohner(innen) durchzuführen.

So waren am _____, dem _____ durchschnittlich folgende Pflegekräfte im Einsatz:
____, ____ im Frühdienst
____, ____ im Spätdienst
____, ____ im Nachtdienst

In meinem/unserem Pflegebereich werden derzeit _____ Bewohner/innen betreut.

Davon sind

- _____ Bewohner/innen schwerstpflegebedürftig,
- _____ Bewohner/innen schwerpflegebedürftig,
- _____ Bewohner/innen erheblich pflegebedürftig
- _____ Bewohner/innen nicht pflegebedürftig.

Hohe Belastungen ergeben sich daraus, dass derzeit

- _____ Bewohner/innen bettlägerig sind,
- _____ Bewohner/innen vom Rollstuhl abhängig sind,
- _____ Bewohner/innen regelmäßig zur Toilette geführt werden müssen,
- _____ Bewohner/innen essen gereicht bekommen,
- _____ Bewohner/innen eine Wundversorgung benötigen,
- _____ Bewohner/innen aufgrund ihres Verwirrungs- und Desorientierungsgrades besonderer
Zuwendung bedürfen.

Zu der Arbeitsüberlastung ist es insbesondere aus folgenden Gründen gekommen:

- ☐ ungeplanten Personalausfall
- ☐ Urlaub von Personal
- ☐ unbesetzte Stellen in der Abteilung
- ☐ Personalmangel
- ☐ einen akuten Notfall

☐ erhöhter Arbeitsanfall

Im Einzelnen stellt sich die Situation wie folgt dar:

Unter diesen Bedingungen kann / können ich / wir keine sichere, ausreichende Pflege mehr gewährleisten. Nach wie vor bemühe(n) ich / wir uns darum, die notwendigste Pflege und Betreuung sicherzustellen. Für die Bewältigung von gesundheitlichen Zwischen- bzw. Notfällen bei Bewohnern bleibt jedoch kaum noch ein zeitlicher Spielraum. Die Möglichkeiten zur Anordnung von Überstunden sind ausgeschöpft. Meine / unsere physischen und psychischen Kräfte stoßen immer häufiger an ihre Grenzen. Ein zumindest zeitweiliger Zusammenbruch der Versorgung und Betreuung kann nicht ausgeschlossen werden. Insoweit ist der Zustand gefährlicher Pflege erreicht.

Ich / wir sehen uns daher außerstande, die Verantwortung für die Folgen solcher Pflegefehler und -mängel zu tragen, die in der schlechten Personalbesetzung begründet liegen, unter anderem:

- Einschränkung bei indirekten Pflegemaßnahmen wie z. B. Dokumentation, Pflegeplanung, Berichts- und Anforderungsbögen,
- Einschränkung in der Körperpflege der Bewohner/innen,
- unzureichende Hygiene,
- unzureichende Prophylaxen z. B. gegen Wundliegen, Entzündungen der Atemwege, Kontrakturen,
- unzureichende Kontrolle bei der Zufuhr von Flüssigkeit,
- Einschränkungen beim Verabreichen der Mahlzeiten,
- Einschränkungen beim Verabreichen von Medikamenten,
- unzureichende Reaktion auf zunehmende Unruhe und Weglauftendenzen bei verwirrten und desorientierten Bewohner/innen,
- Verlängerung der Bettliegezeiten,
- Einschränkung bzw. völlige Einstellung mobilisierender, aktivierender und rehabilitativer Pflegemaßnahmen,
- Einschränkung des Kontinenztrainings und Verlängerung der Zeitintervalle zum Unterlagenwechsel,
- keine sterbebegleitenden Maßnahmen,
- längere Wartezeiten für hilferufende Bewohner/innen,
- Sonstiges, und zwar: _____

Um eine sichere Pflege durchführen zu können, ist folgende durchschnittliche Personalbesetzung mit Pflegekräften erforderlich:

___,___ im Frühdienst
___,___ im Spätdienst
___,___ im Nachtdienst.

Folgende Maßnahmen könnten die Arbeitssituation verbessern:

Ich / wir fordern Sie hiermit auf, umgehend Maßnahmen zur Sicherstellung einer solchen Personalbesetzung zu ergreifen. Soweit die Bereitstellung von zusätzlichem Pflegepersonal erforderlich wäre und Sie sich dazu nicht in der Lage sehen, bitte(n) ich / wir um eine Entscheidung darüber, welche Aufgaben bei einer personellen Unterbesetzung mit welcher Priorität zu erfüllen sind, welche Einschränkungen in Qualität und Standard vorgenommen werden und welche Aufgaben unerledigt sollen. Ich / Wir bitten diesbezüglich um Erteilung einer schriftlichen Arbeitsanweisung. Aufgrund der Tatsache, dass meine / unsere Überbelastung auf einer mangelnden Organisation des Wohnbereichs / der Station / der Abteilung beruht, kann / können ich / wir die Verantwortung für auftretende Fehler im Rahmen meiner / unserer Arbeitsleistung nicht übernehmen. Dies gilt insbesondere für auftretende Schadensersatzforderungen. Ich / wir werde(n) auch etwaige Rügen meiner / unserer Arbeitsleistung, z.B. in Form von Ermahnungen oder Abmahnungen zurückweisen. Des Weiteren werde(n) ich / wir mir / uns die Verweigerung von Arbeitsleistungen, die über den Rahmen der einschlägigen arbeitsrechtlichen Bestimmungen hinausgehen, vorbehalten.

Ort, Datum

Unterschrift(en)