Vorlage für: Pflege

**Absender**

Name, Vorname: _____

Funktion / Tätigkeit: _____

Einrichtung / Bereich: _____

**Empfänger (bitte ankreuzen)**

**An**

☐ Pflegedienstleitung

**Kopie an**

☐ Mitarbeitervertretung / Betriebsrat

☐ ver.di – Fachbereich Gesundheit

☐ 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 in einen anderen Bereich abgezogen

☐ Azubi/Praktikant:in als Ersatz gezählt

☐ Doppeldienst mangels Ersatz erforderlich

☐ Überstundenabbau / geplanter Frei nicht nachbesetzt

☐ Unbesetzter Dienst (nicht nachbesetzt)

☐ Leasing-/Springerkraft ohne Bereichseinarbeitung

☐ Ausfall ohne organisierten Ersatz

☐ Beschäftigungsverbot (Schwangerschaft/Mutterschutz) ohne organisierten Ersatz

☐ Sonstiges: _____

**Fehlende Qualifikation/Funktion**

☐ Keine Schichtleitung/verantwortliche Fachkraft

☐ Keine Fachkraft für Beatmung/Intensiv

☐ Notfall-/Ersthelferfunktion unbesetzt

☐ Keine Fachkraft für Behandlungspflege (Medikation/Injektion)

☐ Praxisanleitung nicht gewährleistet

☐ Keine Wundexpertise / kein Wundmanagement verfügbar

☐ Keine Hygienefachkraft erreichbar
☐ Keine Palliativfachkraft im Dienst
☐ Sonstiges: _____

## Erschwerende Umstände

Betreute Personen / Patient:innen: _____

Unvorhergesehene Neuaufnahmen: _____

**Erhöhter Betreuungsaufwand**

☐ Hoher Anteil schwerstpflegebedürftig (PG 4/5)
☐ Isolationspflichtige Fälle
☐ Menschen mit Demenz (weglauf-/sturzgefährdet)
☐ Herausforderndes Verhalten/Aggression
☐ Sprachbarrieren
☐ Palliativ-/Sterbebegleitung
☐ Frisch operierte/instabile Patient:innen
☐ Beatmungspflichtige Patient:innen
☐ Personen mit akutem Delir oder ausgeprägter Verwirrtheit
☐ Personen mit Adipositas und eingeschränkter Mobilität (erhöhter Transferaufwand)

**Notfälle im Dienst**

☐ Reanimation
☐ Sturz mit Folgen
☐ Akute Krisenintervention
☐ Eskalation/Gewalt
☐ Ungeplante Einweisung/Verlegung
☐ Todesfall
☐ Aspiration / Atemwegsverlegung
☐ Akute Blutung
☐ Suizidale Krise

**Infrastruktur/Ausstattung**

☐ IT-/Dokumentationssystem ausgefallen
☐ Defekte Hilfsmittel (Lifter/Betten)
☐ Fehlendes Material
☐ Bauliche Mängel
☐ Rufanlage/Notruf gestört
☐ Fehlende Medikamente / Betäubungsmittelvorrat nicht verfügbar
☐ Persönliche Schutzausrüstung (PSA) nicht ausreichend vorhanden

☐ Sonstiges: _____

## Konkrete Gefährdung

*Situation kurz und sachlich schildern, z. B. 'Bei zeitgleichem Notfall zweier Patient:innen keine zweite Fachkraft verfügbar.'*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

## Nicht oder nur eingeschränkt geleistet werden konnten

**Pflegerisch/medizinisch**

☐ Grundpflege entfallen/reduziert
☐ Prophylaxen (Dekubitus/Thrombose/Pneumonie) nicht durchgeführt
☐ Lagerungsintervalle nicht eingehalten
☐ Medikamentengabe verzögert

☐ Vitalzeichen-/BZ-Kontrolle ausgesetzt
☐ Ernährung/Flüssigkeit nicht sichergestellt
☐ Mobilisation entfallen

**Dokumentation & Übergabe**

☐ Pflegedokumentation nicht zeitnah/nur rudimentär
☐ Wundverlauf nicht zeitnah dokumentiert
☐ Beobachtungsbefunde nicht schriftlich festgehalten
☐ Übergabe verkürzt/fehleranfällig
☐ Sturzprotokoll nicht erstellt

**Hygiene & Sicherheit**

☐ Reinigungs-/Desinfektionsroutinen ausgelassen
☐ Händehygiene-Maßnahmen nicht konsequent durchführbar
☐ Persönliche Schutzausrüstung nicht konsequent anlegbar
☐ Unzureichende Beobachtung Sturzgefährdeter
☐ Isolationsmaßnahmen nicht vollständig umsetzbar

**Arbeitsschutz Personal**

☐ Gesetzliche Pausen nicht möglich
☐ Höchstarbeitszeit überschritten/Ruhezeit verkürzt
☐ Rückengerechte Transfertechniken wegen Zeitmangels nicht anwendbar
☐ Trinken/Toilette nicht möglich
☐ Alleinarbeit ohne Absicherung (z. B. Nachtdienst allein)

Sonstiges:

## Ergriffene Maßnahmen und Information

Informiert wurde (Name/Funktion): _____

Uhrzeit: _____

**Auf welchem Weg?**

☐ Telefon
☐ E-Mail
☐ Dienst-Chat / Messenger
☐ 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**

☐ Aufgaben triagiert/priorisiert
☐ Tätigkeiten delegiert
☐ Angehörige bei Betreuung/Begleitung eingebunden
☐ Kolleg:innen aus dem Frei angerufen
☐ Bereichsübergreifend um Hilfe gebeten
☐ Situation im Übergabe-/Dienstbuch schriftlich vermerkt
☐ Diensthabenden Arzt / Ärztin informiert
☐ Sonstiges: _____


Diese Vorlage enthält neutrale Textbausteine und allgemeine Normverweise. Das ausgefüllte Dokument hält ausschließlich die vom Verfasser wahrgenommene Sachlage fest und enthält keine rechtliche Bewertung des Einzelfalls.

## Ich bitte um folgende Maßnahmen

- ☐ Personal nachziehen
- ☐ Zusätzliche Fachkraft anfordern
- ☐ Gefährdungsbeurteilung aktualisieren
- ☐ MAV / Betriebsrat einbeziehen
- ☐ Aufnahmestopp / Verlegung stoppen
- ☐ Dienstplan anpassen
- ☐ Zeitausgleich / Überstundenabbau sicherstellen
- ☐ Vorkommnis im CIRS / Risikomanagementsystem erfassen

☐ 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 Personen, den Betrieb 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