

[Klinik-, Abteilungs- oder Stationsstempel]

**Überlastungsanzeige
des stationären Pflegedienstes
an den Klinikumsvorstand**
(über das Sekretariat des Ärztlichen Direktors)

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,
der Station _____

stand am _____, von _____ bis _____ Uhr nur eine personelle Besetzung von

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eingearbeiteten Pflegefachkräften, | <input type="checkbox"/> Pflegehelfern / Pflegehilfskräften, |
| <input type="checkbox"/> einzuarbeitenden Pflegefachkräften, | <input type="checkbox"/> Auszubildenden und |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt einsetzbaren Pflegefachkräften, | <input type="checkbox"/> sonstigen Beschäftigten (z.B. Stationsassistenten) |
| <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfern, | zur Verfügung. |

Die reduzierte Mitarbeiterzahl bzw. die hohe Arbeitsbelastung entstand unter anderem durch:
(Bitte soweit möglich jeweils Anzahl angeben)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ungeplante Personalausfälle, Krankheit, | <input type="checkbox"/> Langzeiterkrankung von Beschäftigten, |
| <input type="checkbox"/> erhöhten ungeplanten Arbeitsanfall, | <input type="checkbox"/> gesetzliche Vorschriften des MuSchG, |
| <input type="checkbox"/> akute Not- bzw. Störfälle, | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fachweiterbildungen o.ä., |
| <input type="checkbox"/> unbesetzte Stellen, | <input type="checkbox"/> Urlaub von Beschäftigten, |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe
(stichwortartig, bitte
ggf. umseitig
ergänzen) | _____ |

Die akute Überlastungssituation führt unter anderem zu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einschränkungen der Pflegequalität, | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gefährdungen der Patienten, |
| <input type="checkbox"/> Einschränkungen in der Dokumentation, | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter, |
| <input type="checkbox"/> Verletzung des Arbeitszeitgesetzes, | <input type="checkbox"/> Verletzung von Dienstvereinbarungen, |
| <input type="checkbox"/> weitere Folgen
(stichwortartig, bitte
ggf. umseitig
ergänzen) | _____ |

Die Station hat _____ Planbetten, davon sind z. Zt. _____ belegt.

Die direkte Information der PDL erfolgte am _____ um _____ Uhr.

Die direkte Information des diensthabenden Arztes erfolgte am _____ um _____ Uhr.

Mit dieser Anzeige weisen wir Sie darauf hin, dass wir uns aufgrund der oben erläuterten Situation nicht mehr in der Lage sehen, alle notwendigen Aufgaben qualitätsgerecht sicherzustellen. Für die überlastungsbedingt eintretenden Konsequenzen und Gefährdungssituationen können wir keine Verantwortung übernehmen. Wir bitten darum, umgehend Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität zu ergreifen.

Für die Richtigkeit _____

Datum

Name und Unterschrift des anzeigenden Beschäftigten oder der Stationsleitung

Diese Felder können durch die Stationsleitung bzw. die PDL ausgefüllt werden (Vorlage nicht zwingend erforderlich)

Ein Personalausgleich von anderen Stationen / Funktionsbereichen war

möglich nicht möglich nicht ausreichend qualifiziert möglich.

Eine kurzfristige Bettensperrung bzw. Verlegung von Patienten war möglich nicht möglich.

Der Einsatz von Sitzwachen bzw. Studentendiensten war möglich nicht möglich.

Verteiler: Klinikdirektor
PDL
Personalrat