

Überlastungsanzeige des stationären Pflegedienstes an den Klinikumsvorstand

Verteiler via Fax:

Sekretariat des Ärztlichen Direktors: 15757

Direktorat Pflegedienst: 290375

Klinikdirektor:

Pflegedienstleitung:

Personalrat: 15165

Fachbereich:	Station:	Telefon:
Datum:	Schicht / Zeitraum	Name des anzeigenden Beschäftigten::

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,
der Station stand in o.g. Schicht bzw. Zeitraum nur folgende Besetzung zur Verfügung:

Personalbesetzung												
Schicht	Besetzung laut Dienstplanung				IST-Besetzung				für qualitätsgerechte Pflege erforderliche Besetzung)*			
	F	M	S	N	F	M	S	N	F	M	S	N
Stationsleitung												
Pflegefachkräfte												
Krankenpflegehelfer/innen, Stationsassistentin												
Schüler/innen, Auszubildende												
Sonstige												

) * bitte versuchen Sie in diesen Spalten, eine aus Ihrer Sicht so objektiv wie mögliche Besetzung für den Dienst anzugeben, die eine Überlastung vermieden hätte.

Stationssituation (bitte Anzahl eintragen, soweit bekannt)		
Belegbare Betten der Station		IST – Belegung im Dienst für den Überlastung angezeigt wurde
Sperrbetten a.G. von Hygienemaßnahmen		Sperrbetten aus anderen Gründen
Anzahl der Patienten mit besonderem hygienischen Aufwand (z.B. MRSA usw.)		Akute Not- bzw. Störfälle
Anzahl vor- und nachstationärer Patienten, die im Dienst zu versorgen waren		Anzahl ambulanter Patienten die im Dienst zu versorgen waren (wiedereinbestellt oder Notfall)

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 ohne Personalersatz |
| <input type="checkbox"/> unbesetzte Stellen | <input type="checkbox"/> MuSchG ohne Personalersatz |
| <input type="checkbox"/> Urlaub von Beschäftigten | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fachweiterbildungen o.ä. |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe (stichwortartig) | |

Fachbereich:	Station:	Telefon:
Datum:	Schicht / Zeitraum	Name des anzeigenden Beschäftigten::

Die akute Überlastungssituation führt unter anderem zu:

**Einschränkung
Pflegequalität**

(bitte stichwortartig konkretisieren)

**Gesundheitliche
Gefährdung der
Patienten**

(bitte stichwortartig konkretisieren und Handlungskette ausfüllen)

**Gesundheitliche
Belastung der
Mitarbeiter**

(bitte stichwortartig konkretisieren)

Verstoß gegen Arbeitszeitgesetz (soweit bekannt)			
Keine Pause		Höchst Arbeitszeit von 10h überschritten	
Mindestruhezeit von 10h zwischen zwei Diensten unterschritten		andere	

Ein Personalausgleich von anderen Stationen / Funktionsbereichen war

- möglich nicht möglich nicht ausreichend qualifiziert möglich.

Die Handlungskette wurde eingeleitet

- ja nein nicht möglich.

Folgende Maßnahmen wurden ergriffen:

Mit dieser Anzeige weisen wir / ich 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 Entlastung zu ergreifen.

Für die Richtigkeit

_____ Datum

_____ Name und Unterschrift des anzeigenden Beschäftigten