



Überlastungsanzeige des stationären Pflegedienstes an den Klinikumsvorstand

Verteiler via Fax:

Sekretariat des Ärztlichen Direktors: 15757

Personalrat: 15165

Klinikdirektor:

PDL:

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													
Pflegeschlüsselkräfte													
Krankenpflegehelfer/innen, Stationsassistentin													
Schüler/innen, Auszubildende													
Stationshilfe													
Servicekräfte (z.B. FSJ, BFD, stud. Hilfskräfte <u>ohne</u> med. Kenntnisse, Rettungsassistenten, Patientenbegleitdienst)													
Hospitanten in Fachweiterbildung													
Hospitanten od. stud. Hilfskräfte <u>mit</u> med. Kenntnissen (z.B. Medizinstudent)													

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

Stationsituation (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.)		Zusätzliche Aufgaben	
Anzahl vor- und nachstationärer Patienten, die im Dienst zu versorgen waren		Anzahl ambulanter Patienten die im Dienst zu versorgen waren (wiedereinbestellt oder Notfall)	
Akute Not- bzw. Störfälle		erhöhter ungeplanter Arbeitsanfall	

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

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

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) | |

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.

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.

Die Information der PDL erfolgte am _____ um _____ Uhr.

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

Für die Richtigkeit

_____	_____
Datum	Name und Unterschrift des anzeigenden Beschäftigten