

[Klinik-, Abteilungs- oder Stationsstempel]

**Überlastungsanzeige des  
pflegerischen Funktionsdienstes und des  
medizinisch-technischen Dienstes  
an den Klinikumsvorstand**  
(über das Sekretariat des Ärztlichen Direktors)

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,  
dem Arbeitsbereich \_\_\_\_\_

stand am \_\_\_\_\_, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr nur eine personelle Besetzung von

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> eingearbeiteten Fachkräften,            | <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfern,   |
| <input type="checkbox"/> einzuarbeitenden Fachkräften,           | <input type="checkbox"/> Auszubildenden und      |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt einsetzbaren Fachkräften, | <input type="checkbox"/> sonstigen Beschäftigten |

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<br>(stichwortartig, bitte<br>ggf. umseitig<br>ergänzen) | _____   |

Die akute Überlastungssituation führt unter anderem zu:

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

Die direkte Information der PDL bzw. der leitenden MTA erfolgte am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

Die direkte Information des verantwortlichen Oberarztes 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 bzw. der Leitung des Arbeitsbereichs

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

Ein Personalausgleich von anderen Arbeitsbereichen war

- möglich     nicht möglich     nicht ausreichend qualifiziert möglich.

Verteiler: Klinik- bzw. Institutsdirektor  
PDL bzw. leitende MTA  
Personalrat