



[Klinik-, Abteilungs- oder Stationsstempel]

**Überlastungsanzeige
des ärztlichen Dienstes
an den Klinikumsvorstand**
(über das Sekretariat des Ärztlichen Direktors)
Fax: 15757

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,
der Klinik / dem Bereich _____

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eingearbeiteten Assistenzärzten, | <input type="checkbox"/> Fachärzten (im Haus), |
| <input type="checkbox"/> einzuarbeitenden Assistenzärzte, | <input type="checkbox"/> Oberärzten (im Haus), |
| <input type="checkbox"/> Gastärzten, | <input type="checkbox"/> Fach- oder Oberärzte in Rufbereitschaft |

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

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 Arztes bzw. der Leitung des Bereichs

Diese Felder können durch den Leiter des Bereichs ausgefüllt werden (Vorlage nicht zwingend erforderlich)

Ein Personalausgleich aus anderen Bereichen war
 möglich nicht möglich nicht ausreichend qualifiziert möglich.

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

Verteiler: Ärztlicher Direktor
Klinik- / Institutsdirektor
Personalrat