



[Abteilungs- oder Bereichsstempel]

**Überlastungsanzeige
des Verwaltungspersonals
an den Klinikumsvorstand**

(über das Sekretariat des Ärztlichen Direktors)
Fax: 15757

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,

in der Abteilung _____

ist es vom _____ bis _____ zu erheblichen Einschränkungen in der Qualität der Arbeitsleistungen gekommen.

Diese wurden u.a. verursacht durch

- | | |
|---|--|
| <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 aufführen) _____ | |

Folgende Arbeitsplätze / Stellen / Dienstaufgaben sind davon betroffen:

Nachstehende dienstliche Folgen sind zu befürchten:

(Beschreibung der Qualitätsdefizite z.B. längere Bearbeitungsdauer, Beschwerden, Fristversäumnisse, Regressansprüche, etc.)

Mit dieser Anzeige weise/n ich/wir Sie darauf hin, dass ich/wir uns aufgrund der oben erläuterten Situation nicht mehr in der Lage sehe/n, alle notwendigen Aufgaben entsprechend unseren Qualitätsanforderungen und Verantwortungen durchzuführen.

Zur Abgabe einer solchen Anzeige bin ich / sind wir entsprechend § 15 ff Arbeitsschutzgesetz verpflichtet.

Wir bitten Sie hiermit deshalb, umgehend Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität zu ergreifen. Des Weiteren bitte/n ich/wir um eine Entscheidung darüber, welche Aufgaben mit welcher Priorität zu erfüllen sind, welche Einschränkungen in Qualität und Standard vorgenommen werden und welche Aufgaben unmittelbar nicht erledigt werden sollen.

Unterbleibt ein solcher Hinweis, werde/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen selbst entscheiden, welche Aufgaben vorrangig auszuführen sind. Für die daraus entstehenden Konsequenzen und Gefährdungssituationen übernehme ich/wir keine Verantwortung. Sowohl eventuelle Ansprüche auf Regress von Seiten Dritter als auch dienstrechtliche Sanktionsmaßnahmen weise/n ich/wir vorsorglich zurück. Wir bitten darum, umgehend Maßnahmen zur Entlastung zu ergreifen.

Der Leiter des Bereiches / der Abteilung wurde

am _____ um _____ Uhr von der Situation und den Umständen informiert.

Für die Richtigkeit

_____ Datum

_____ Name und Unterschrift des/der anzeigenden Beschäftigten

Verteiler: Ärztlicher Direktor
Kaufmännischer Direktor
Leiter des Bereiches / der Abteilung
Personalrat