

[Klinik-, Abteilungs- oder Stationsstempel]

**Überlastungsanzeige  
des technischen und Verwaltungspersonals  
an den Klinikumsvorstand**  
(über das Sekretariat des Ärztlichen Direktors)

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,  
im Bereich \_\_\_\_\_

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

Diese wurden unter anderem verursacht 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) | _____   |

Folgende Arbeitsplätze / Dienstaufgaben sind davon betroffen:

\_\_\_\_\_

Die akute Überlastungssituation lässt nachstehende Folgen befürchten:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Technische Probleme und Sicherheitsmängel (z.B. durch verzögerte Wartung), | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gefährdungen der Patienten,  |
| <input type="checkbox"/> längere Bearbeitungsdauer, Wartezeiten                                     | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter, |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden,   | <input type="checkbox"/> Verletzung von Unfallverhütungsvorschriften, |
| <input type="checkbox"/> Fristversäumnisse, Regressansprüche,                                       | <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 an den Leiter des Bereichs 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 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.

Verteiler: Geschäftsbereichs- / oder Stabstellenleiter / oder Leiter der Zentralen Einrichtungen /  
oder Klinik- bzw. Institutsdirektor  
Personalrat