

Gefährdungsanzeige / Überlastungsanzeige

(für Bereiche, in denen **nicht** direkt an Patientinnen/Klientinnen und Bewohnern gearbeitet wird)

Absender (Bereich): _____

Datum: _____

(Stempel)

Geschäftsführung/Direktorium _____

Fax _____

nachrichtlich:

1. Leitungsebene darunter _____

Fax _____

2. Direkte/r Vorgesetzte/r Herrn/Frau _____

Fax _____

3. Betriebsarzt _____

Fax _____

4. Fachkraft für Arbeitssicherheit _____

Fax _____

Im Rahmen der ordnungsgemäßen Abwicklung der Aufgaben unseres Bereiches und der damit verbundenen Versorgung und Betreuung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten ist es

am _____ in der Zeit von _____ bis _____ Uhr zu einer erheblichen Arbeitsüberlastung gekommen.

Diese wurde verursacht durch:

unzureichende personelle Besetzung

Personalausfall

erhöhten Arbeitsanfall

akute Notfälle

Information über die Situation an die/den direkte/n Vorgesetzte/n Frau/Herrn _____

erfolgte am _____ um _____ Uhr.

Mit diesem Schreiben möchte/n ich/wir auf die entstandene Situation aufmerksam machen und weise/n darauf hin, dass ich/wir im Falle derartiger Überlastungen Fehler bei der Erbringung meiner/unsere/r Arbeitsleistungen nicht ausschließen kann/können. Es ist auch nicht auszuschließen, dass es dadurch zu Gefährdungen von Patient/innen kommen könnte.

Daher lehne/n ich/wir die Verantwortung für mögliche auftretende Schadensersatzforderungen ausdrücklich ab. Auch werde/n ich/wir etwaige Rügen unserer Arbeitsleistung in jeder Form zurückweisen. Aus den o. g. Gründen war es insbesondere nicht möglich:

die Pausenzeiten einzuhalten/die Pause zu nehmen D die Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG einzuhalten

die anfallenden Arbeiten termingerecht zu erledigen

die erforderliche Qualität der Arbeitsleistung sicherzustellen

wichtige administrative Tätigkeiten zeitnah auszuführen

(wie z.B. Annahme von Telefonaten, Terminvergaben, Dokumentation)

Kolleg/innen einzuarbeiten/auszubilden

Reinigungen und Desinfektionen entsprechend dem Hygieneplan durchzuführen

Weitere Anmerkungen:

Da meine/unsere Arbeitsüberlastung auf einer mangelnden Organisation für solche besonderen Situationen beruht, fordere/n ich/wir Sie auf, Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung zu ergreifen und Ihrer Organisationspflicht gem. ArbSchG §§ 3, 4, 16 sowie BGB § 618 nachzukommen.

Ich/wir betone/n ausdrücklich, dass ich/wir auch weiterhin alle mir/uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, gem. ArbSchG § 15 sowie nach BGB § 242, ausschöpfe/n, um eine Gefährdung der Patient/innen zu vermeiden.

Über eine Rückmeldung über die von Ihnen veranlassten Maßnahmen bis zum _____

würde/n ich/wir mich/uns sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift(en)