

ggf. Stempel



Gefahrenanzeige Bettenführende Station Geburtshilfe

- An die Krankenhausverwaltung
- An die Pflegedienstleitung
- An den Chefarzt / die Chefärztin der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
- An den Betriebsrat / Mitarbeitervertretung / Personalrat

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte den Eingang durch die Verwaltung bestätigen lassen und eine Kopie bei der leitenden Hebamme / leitenden Pflegekraft aufbewahren.

Die Beschäftigten sind nach §§ 15 und 16 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) verpflichtet, festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für Sicherheit und Gesundheit ihrer selbst und der Patienten dem zuständigen Vorgesetzten zu melden.

Hiermit komme/n ich/wir der gesetzlichen Pflicht nach, und melde/n nachfolgende Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten/des Patienten, damit die Vorgesetzten/die Geschäftsführung diese im Rahmen ihrer Pflicht zu Schutzmaßnahmen nach § 618 BGB zeitnah abstellen kann.

Diese Gefahrenanzeige ist auch als Überlastungsanzeige im Sinne von § 85 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) zu werten (§ 85 Abs. 1 BetrVG: Der Betriebsrat hat Beschwerden von Arbeitnehmern entgegenzunehmen und, falls er sie für berechtigt erachtet, beim Arbeitgeber auf Abhilfe hinzuwirken). Die Gefahrenanzeige ist auch als Entlastungsanzeige im Sinne der §§ 242 und 618 BGB sowie 15 Arbeitsschutzgesetz im Falle eines eintretenden vom Arbeitnehmer nicht fahrlässig verschuldeten Schadensfalles zu werten.

Auf folgende Gefahr/en (z.B. technische oder organisatorische Mängel) weise/n ich/wir hin.

Für die Gefahrenanzeige auf bettenführender Station / Geburtshilfe bitte die folgenden zwei Seiten ausfüllen.

ÜBERLASTUNGS-/ENTLASTUNGSANZEIGE

Auf der Station _____ kam es am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr zu einer gefährlichen Situation durch Arbeitsüberlastung. Diese Arbeitsüberlastung wurde verursacht durch:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> erhöhten Arbeitsanfall | <input type="radio"/> Nichteinhaltung der Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG | <input type="radio"/> großer Zeitaufwand durch Sprachbarrieren |
| <input type="radio"/> einen akuten Notfall | <input type="radio"/> Nichteinhaltung der Pausenzeiten | <input type="radio"/> Dienstplan konnte aufgrund des bestehenden Personalmangels nicht regulär besetzt werden |
| <input type="radio"/> unbesetzte Stellen auf Station | <input type="radio"/> Urlaub von Personal | |
| <input type="radio"/> ungeplanten Arbeitsanfall | | |

Während dieses Zeitraumes sind folgende Aufgaben angefallen:

Es waren gleichzeitig zu betreuen: (Bitte die Anzahl eintragen) _____ Frauen/Personen auf Station

Davon:

- | | |
|--|--|
| _____ Schwangere | _____ Frühgeborene mit einer besonderen Überwachungspflicht |
| _____ Risikoschwangere | _____ isolierte Frauen |
| _____ angeordnete CTG- Kontrollen | _____ Begleitpersonen |
| _____ Wöchnerinnen | _____ Betreuung bei einem Schwangerschaftsabbruch zur Operationsvorbereitung |
| _____ Wöchnerinnen mit einem besonderen Risiko | _____ nicht gynäkologische/ geburtshilfliche Patientinnen/Patienten |
| _____ Neugeborene am Termin | |
| _____ Neugeborene mit Blutzuckerüberwachung | |

Zeitintensive Betreuungen z.B. HELLP-Syndrom, p.p. Präeklampsie: (Bitte die Anzahl eintragen und nachfolgend aufführen)

Zeitintensive kindliche Überwachungen z.B. BZ-Kontrollen, Ausführung für den Überwachungsbogen, Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht, da Intensivstation belegt ist, etc.:

(Bitte die Anzahl eintragen und nachfolgend aufführen)

Wegen der oben genannten anfallenden Arbeiten konnten folgende Arbeiten/ Anordnungen nicht oder verspätet ausgeführt werden: z.B. CTG-Kontrollen konnten nicht zeitnah angelegt und überwacht werden, ärztliche Anordnungen konnten nur verspätet durchgeführt werden. *(Bitte nachfolgend auflisten)*

- Ausbildung von werdenden Hebammen zeitnahe Dokumentation
-
-
-

Folgende organisatorische Mängel zeigten sich: *(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)*

- fehlende / defekte Geräte nicht ausreichende Räumlichkeiten Putz- / Auffüllarbeiten
 Nichteinhaltung von Absprachen fehlende Organisationsvorgaben _____

Folgende Schritte wurden zur Entlastung unternommen: *(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)*

- Personal des Vordienstes _____ Stunden länger geblieben Personal von anderer Station / KRS eingesetzt
 zusätzliches Personal von _____ Uhr bis _____ Uhr in den Dienst geholt Stationsleitung informiert / gerufen / gekommen
 PDL informiert / gerufen / gekommen
 Oberarzt / Facharzt / Chefarzt informiert / gerufen / gekommen – Folgende Entlastungsmaßnahmen wurden ergriffen/ angeordnet: _____

Mit folgenden Schäden muss im Wiederholungsfall gerechnet werden. Ich/wir weise/n darauf hin, dass im Falle einer solchen Überlastung Fehler bei der Erbringung meiner/unsere Arbeitsleistung und Schäden nicht auszuschließen sind. Mögliche Schäden betreffen insbesondere folgende Bereiche: *(Bitte nachfolgend auflisten)*

Zur Abhilfe sind meines/unsere Erachtens folgende Maßnahmen erforderlich: *(Bitte nachfolgend auflisten)*

Ich/ wir werde/n meine/ unsere Arbeit weiterhin mit größtmöglicher Sorgfalt erledigen. Ich/ wir mache/n jedoch darauf aufmerksam, dass die oben genannten Arbeiten aufgrund der beschriebenen Tatsachen nicht oder nur teilweise erledigt werden konnten und demnach die Versorgung der Frauen und Kinder nicht in vollem Umfang erfolgen konnte.

Für den oben genannten Zeitraum waren folgende Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter anwesend:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____