

## Gefährdungsanzeige Pflegedienst **Absender:**

### Gefährdet ist/war

- Patient/innen bzw. Bewohner/innen  Mitarbeiter/innen

**Hinweis:** Vorrang hat immer die umgehende mündliche Mitteilung der Gefährdungssituation an die/den Vorgesetzten, um Abhilfe zu schaffen. Die schriftliche Anzeige dient der Dokumentation und ggf. der Entlastung im Schadensfall.

An: **Die Pflegedirektion**  
**Den Betriebsrat**

Die Geschäftsführung, den/die direkt Vorgesetzte/n,  
die Abt. Arbeitssicherheit, den Betriebsarzt...

**Hiermit weise ich Sie darauf hin, dass am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr keine ausreichende Patienten-/Bewohnerversorgung möglich war/sein wird und dass nicht alle notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß und patienten-/bewohnergerecht durchgeführt werden konnten/können.**

**Es waren/sind \_\_\_\_\_ Patient/innen bzw. Bewohner/innen zu betreuen, davon:**

- \_\_\_ hochgradig pflegebedürftig  
\_\_\_ intensiv zu überwachen  
\_\_\_ isoliert  
\_\_\_ kognitiv erheblich eingeschränkt  
\_\_\_ .....

### Weitere Beschreibung der Situation:

.....  
.....  
.....

### Es wurden

\_\_\_ Patient/innen aufgenommen, \_\_\_ Patient/innen verlegt, \_\_\_ Patient/innen entlassen, \_\_\_ Patient/innen ....

### Die Personalbesetzung war wie folgt:

- \_\_\_ eingearbeitete Pflegefachpersonen  
\_\_\_ einzuarbeitende Pflegefachpersonen (Zeitarbeit, Berufseinsteiger, ...)  
\_\_\_ Stationshilfen  
\_\_\_ Auszubildende  
\_\_\_ Praktikant/innen  
\_\_\_ Betreuungskräfte  
\_\_\_ anderes Personal: .....

**Um eine ordnungsgemäße, sichere Pflege/Betreuung durchführen zu können, benötigen wir jedoch mindestens \_\_\_\_\_ Pflegefachpersonen.**

### Die Gefährdungssituation ist entstanden/entsteht durch:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ungeplanten Personalausfall | <input type="checkbox"/> erhöhtes Arbeitsaufkommen                 |
| <input type="checkbox"/> akuten Notfall              | <input type="checkbox"/> Überbelegung der Station/des Wohnbereichs |
| <input type="checkbox"/> unbesetzte Stelle/n         | <input type="checkbox"/> andere Gründe: .....                      |

### Folgende Tätigkeiten konnten/können aufgrund der beschriebenen Situation nicht ausreichend und/oder zeitgerecht ausgeführt werden:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundpflege       | <input type="checkbox"/> Mobilisation und Aktivierung        |
| <input type="checkbox"/> Lagerung          | <input type="checkbox"/> Vitalzeichenkontrolle               |
| <input type="checkbox"/> Visitenbegleitung | <input type="checkbox"/> Ausarbeitung von ärztl. Anordnungen |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe  | <input type="checkbox"/> Verbandswechsel, Wundkontrolle      |

- Anleitung der Auszubildenden
- Zeitnahe Patiententransporte
- Dokumentation

- Schichtübergabe
- Patienten-/Bewohner-/Angehörigengespräch
- weitere Tätigkeiten, nämlich .....

**Eine erhöhte physische und psychische Gesundheitsgefährdung entstand/entsteht, weil es nicht möglich war/ist:**

- die gesetzliche Pause zu nehmen
- die Arbeitszeit-Höchstgrenze einzuhalten (10 Std.)
- anfallende Arbeiten termingerecht zu erledigen
- die erforderliche Qualität der Arbeitsleistung sicherzustellen
- wichtige administrative Tätigkeiten zeitnah durchzuführen
- Reinigung und Dokumentation entsprechend dem Hygieneplan durchzuführen
- .....

**Die Information per Telefon erfolgte am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr an:**

- Pflegedienstleitung/.....: Frau/Herrn .....

**Durch die benachrichtigte Person eingeleitete Maßnahmen:**

.....

.....

.....

Ich fordere Sie hiermit auf, umgehend Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung der Patient/innen bzw. Bewohner/innen zu ergreifen, z.B. durch eine Erweiterung der Personalausstattung. Des Weiteren bitte ich Sie 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.

Ich weise Sie hiermit darauf hin, dass unter den gegebenen Umständen die Versorgung und Überwachung der Patient/innen bzw. Bewohner/innen meinerseits/unsereiseits nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann und dass es dadurch zu Gefährdungen von Patient/innen bzw. Bewohner/innen kommen kann.

Ich versichere, dass ich alles tun werde, um eine bestmögliche Versorgung der mir/uns anvertrauten Patient/innen bzw. Bewohner/innen sicher zu stellen und Schäden von ihnen abzuwenden. Darüber hinaus fordere ich Sie auf, Ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen und die weitere Gefährdung meiner/unsere Gesundheit zu vermeiden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift/en (Namen), Bereich

.....

.....

.....