

Gefährdungsanzeige stationäre Langzeitpflegeeinrichtung

Name der Einrichtung: _____

Eine zeitnahe mündliche Mitteilung an die/den nächsten Vorgesetzten hat zu erfolgen, um umgehend Abhilfe schaffen zu können. Die schriftliche Anzeige dient der Dokumentation und ggf. der Entlastung im Schadensfall.

Gefährdungsanzeige erstellt von: Position:

An: Pflegedienstleitung, Heim/Einrichtungsleitung, Qualitätsmanagement, Geschäftsführung
An: Betriebsrat, Mitarbeitervertretung, mit der Bitte um Unterstützung

Gefährdet sind/waren

- Bewohnerinnen/Bewohner Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

Ich/Wir weise/n Sie hiermit darauf hin, dass am in der Zeit von bis Uhr keine ausreichende bedarfsgerechte Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet ist/war/sein wird und dass nicht alle in der Zeit anfallenden/angefallenen und notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß und den Bewohnerinnen und Bewohnern gerecht werdend durchgeführt werden können/konnten.

Es sind/waren Bewohnerinnen/Bewohner zu betreuen. Davon sind/haben:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hochgradig pflegebedürftig | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz |
| <input type="checkbox"/> isolationspflichtig | <input type="checkbox"/> kognitiv erheblich eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Wunden |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Beschreibung aus Sicht des Erstellers sofern notwendig:

geplante Personalbesetzung ist/war:

- Pflegefachkraft (Stammpersonal)
 Pflegefachkraft (Zeitarbeit, Freiberuflich, ...)
 Pflegehilfskraft
 Pflegeassistenz
 Auszubildende
 Praktikant/innen
 Betreuungskräfte
 Servicekräfte
 anderes Personal

Personalbesetzung zur Zeit der Gefährdungssituation:

- Pflegefachkraft (Stammpersonal)
 Pflegefachkraft (Zeitarbeit, Freiberuflich, ...)
 Pflegehilfskraft
 Pflegeassistenz
 Auszubildende
 Praktikant/innen
 Betreuungskräfte
 Servicekräfte
 anderes Personal

Um eine fachlich qualitative, ordnungsgemäße und sichere Versorgung/Betreuung durchführen zu können, sind mindestens ____ Pflegefachkräfte und ____ Pflegehilfskräfte/Assistenzkräfte erforderlich.

Die Gefährdungssituation ist entstanden/entsteht durch:

- ungeplanten Personalausfall erhöhtes Arbeitsaufkommen akuten Notfall
 Überbelegung des Wohnbereichs unbesetzte Stellen andere Gründe

Folgend genannte Tätigkeiten können/konnten aufgrund der beschriebenen Situation, fachlich nicht ausreichend und/oder zeitgerecht und den Bedürfnissen entsprechend durchgeführt werden:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundpflege | <input type="checkbox"/> Mobilisation und Aktivierung | <input type="checkbox"/> Positionierung (Lagerung) |
| <input type="checkbox"/> Vitalzeichenkontrolle | <input type="checkbox"/> Begleitung Hausarztvisite | <input type="checkbox"/> Medikamentengabe |
| <input type="checkbox"/> Ausarbeitung von ärztlichen Anordnungen | <input type="checkbox"/> Schichtübergabe | |
| <input type="checkbox"/> Verbandswechsel, Wundkontrolle | <input type="checkbox"/> Anleitung der Auszubildenden | |
| <input type="checkbox"/> Bewohner-/Angehörigengespräche | <input type="checkbox"/> Dokumentation | |
| <input type="checkbox"/> Serviceaufgaben (Mahlzeiten, Getränke verteilen ...) | | |
| <input type="checkbox"/> weitere Tätigkeiten: | _____ | |

Eine erhöhte physische und psychische Gesundheitsbelastung/-gefährdung des anwesenden Personals ist/könnte entstanden/entstehen, aufgrund dessen, weil es nicht möglich ist/war:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> die gesetzliche Pause zu nehmen | <input type="checkbox"/> die hohe Arbeitsdichte zu minimieren |
| <input type="checkbox"/> die Arbeitszeit-Höchstgrenze einzuhalten (10/12 Std.) | |
| <input type="checkbox"/> anfallende Arbeiten termingerecht zu erledigen | |
| <input type="checkbox"/> die erforderliche fachliche Qualität der Arbeitsleistung sicherzustellen | |
| <input type="checkbox"/> wichtige administrative Tätigkeiten zeitnah durchzuführen | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten dem Hygieneplan entsprechend durchzuführen | |
| <input type="checkbox"/> weitere Faktoren: | _____ |

Eine Information erfolgte am **um** **Uhr an:**

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungsleitung | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> Betriebsrat/MAV | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> andere | Name: _____ |

Eine Information an den nächsten Vorgesetzten ist/war nicht möglich. **Grund:** _____

Die benachrichtigte Person leitete Maßnahmen ein: JA NEIN
 eingeleitete Maßnahme/n: _____

Hiermit weise ich/wir Sie darauf hin, dass unter der gegebenen Lage/Situation die Versorgung und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner meinerseits/unsereiseits nicht vollumfänglich gewährleistet werden und es dadurch zu Gefährdungen der Bewohnerinnen und Bewohnern kommen kann. Ich werde mein möglichstes Tun, um eine bestmögliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicher zu stellen und Schäden von ihnen abzuwenden. An dieser Stelle appelliere ich gleichzeitig an Sie, Ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen und weitere Gefährdungen meiner/unsere Gesundheit zu vermeiden. Ich fordere Sie hiermit auf, umgehend nachhaltige Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu ergreifen. Des Weiteren erbitte ich von Ihnen eine Entscheidung darüber, welche Aufgaben welche Priorität erhalten, welche Einschränkungen in Qualität und Standards vorgenommen werden und welche Aufgaben unmittelbar nicht erledigt werden sollen. Eine Kopie dieser Gefährdungsanzeige bleibt beim Ersteller.

Ort, Datum	Name/n der Beteiligten	Unterschrift/en
-------------------	-------------------------------	------------------------