

ggf. Stempel



# Gefahrenanzeige Kreißsaal

- 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 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 im Kreißsaal bitte die folgenden zwei Seiten ausfüllen.*

# ÜBERLASTUNGS-/ENTLASTUNGSANZEIGE

Im Kreißsaal kam es am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr zu einer gefährlichen Situation durch Arbeitsüberlastung. Die Arbeitsüberlastung wurde verursacht durch:

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> erhöhten Arbeitsanfall           | <input type="radio"/> Nichteinhaltung der Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG                                      | <input type="radio"/> Isolation von infektiösen Patientinnen  |
| <input type="radio"/> einen akuten Notfall             | <input type="radio"/> Ablehnung aus anderen Krankenhäusern  | <input type="radio"/> großer Zeitaufwand durch Sprachbarrieren  |
| <input type="radio"/> unbesetzte Stellen im Kreißsaal  | <input type="radio"/> überdurchschnittliche Anzahl ambulanter Betreuungen                                   | <input type="radio"/> Dienstplan konnte aufgrund des bestehenden Personalmangels nicht regulär besetzt werden |
| <input type="radio"/> ungeplanten Personalausfall      | <input type="radio"/> Patientin/nen konnte/n wegen Raumnot auf der Station nicht zeitgerecht verlegt werden |   |
| <input type="radio"/> Urlaub von Personal              |   |   |
| <input type="radio"/> Nichteinhaltung der Pausenzeiten |   |   |

## Während dieses Zeitraumes sind folgende Aufgaben angefallen:

Es waren gleichzeitig zu betreiben: *(Bitte die Anzahl eintragen)*

- |                            |                                  |                                   |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ____ ambulante Kontrolle/n | ____ Geburtsbegleitungen         | ____ sekundäre Sectio/nes         |
| ____ stationäre Aufnahme/n | ____ Spontangeburt/en            | ____ postpartale Überwachung/en   |
| ____ stationäre CTG/s      | ____ vaginal-operative Geburt/en | ____ postoperative Überwachung/en |
| ____ Geburtseinleitung/en  | ____ primäre Sectio/nes          |                                   |

Zeitintensive Betreuungen z.B. HELLP-Syndrom, manuelle Plazentalösung:

*(Bitte die Anzahl eintragen und nachfolgend aufführen)*

---

---

---

Zeitintensive kindliche Überwachungen z.B. BZ- und/oder pH-Wert-Kontrollen, Frühgeburt, Reanimation:

*(Bitte die Anzahl eintragen und nachfolgend aufführen)*

---

---

---

Die genauen Daten sind dem Geburtenbuch und den Stationskurven zu entnehmen.

**Wegen der oben genannten angefallenen Arbeiten konnten folgende Arbeiten nicht ausgeführt werden:**

z.B. Hebamme konnte nicht mit zur Sectio bei Frau X, laufendes CTG bei Frau Y konnte nicht zeitnah überwacht werden, Anleitung von werdenden Hebammen / Sprechstunde konnte nicht stattfinden:

(Bitte nachfolgend aufführen)

---

---

---

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

- fehlendes / defektes CTG-Gerät     nicht ausreichende Räumlichkeiten     Putz- / Auffüllarbeiten  
 \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

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

- Hebamme des Vordienstes \_\_\_\_\_ Stunden länger geblieben     Hebamme von anderer Station eingesetzt  
 zusätzliche Hebamme von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr in den Dienst geholt     Bereitschaftsdiensthebamme gerufen / gekommen  
 Frauen wurden an andere Krankenhäuser verwiesen / Aufnahme-Stopp     PDL informiert / gerufen / gekommen  
 Leitende Hebamme 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 aufführen)

---

---

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

---

---

---

**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 nicht in vollem Umfang erfolgen konnte.**

Für den oben genannten Zeitraum waren folgende Hebammen anwesend:

Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_