

An das örtlich zuständige Gesundheitsamt

Erwartete Auswirkungen der Umsetzung von § 20a IfSG auf die Sicherstellung der Versorgung **Einrichtung gemäß § 20a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1n IfSG, sofern es sich um Berufsförderungswerke handelt;**  
Nummer 6 - 7 des Formulars nur ausfüllen falls zutreffend

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Landkreis/Kreisfreie Stadt:

Art der Einrichtung:

Impfquote der Einrichtung/des Unternehmens

A. aktuelle Situation (Datum: .....):			Anmerkungen:
1	Anzahl der tätigen VzÄ (Personal ohne Langzeitkranke, Mutterschutz u.ä.)		
2	Welche konkreten Berufsgruppen sind zwingend zur Aufrechterhaltung des betreffenden Einrichtungsbetriebes notwendig?		

<b>Auswirkung der Umsetzung von § 20a Abs. 5 IfSG (Betretungs-/Tätigkeitsverbote):</b>			
3	von möglichen <b>Betretungsverboten</b> betroffene VzÄ (lt. Mitteilung des GA):		(bspw. Hinweis auf weitere erwartete Personalausfälle in VzÄ durch zeitversetzte Nachmeldung von Personen ohne Nachweis in den nächsten 3 Monaten oder Hinweis auf Personen mit besonders bedeutsamer (Leitungs-)Funktion, deren Ausfall nicht ohne weiteres durch eine andere geeignete Person ggf. vertretungsweise kompensiert werden kann )
4	Welche konkreten Berufsgruppen sind von einem möglichen Betretungsverbot betroffen?		
5	somit perspektivisch - bei Umsetzung der Betretungsverbote - verfügbare VzÄ (Differenz 1 - 3):		
6	Droht der Wegfall von beruflichen Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation aufgrund der Betretungsverbote?		
7	Können aufgrund des/der möglichen/möglichen Betretungsverbotes/Betretungsverbote gesetzliche Verpflichtungen nicht mehr eingehalten werden?	ja/nein	
		ja/nein	

**Folgende Möglichkeiten zur Kompensation des Personalausfalls wurden geprüft, sind aber ohne ausreichenden Erfolg geblieben**  
 (bspw. Dienstplangestaltung, Erhöhung der Arbeitszeit, Personalleasing, trägerinterne Personalüberlassung, Neueinstellung):

--

**Einschätzung der Sicherstellung der Versorgung:**

**Anmerkungen:**

Die Sicherstellung der Versorgung wäre bei Umsetzung der angekündigten Betretungs-/Tätigkeitsverbote ohne wesentliche Beeinträchtigungen gewährleistet:

  
(ja/nein)

**Glaubhaftmachung einer drohenden Gefährdung der Versorgung**

(Hinweis: Hiermit legen Sie ggü. dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt konkret dar, dass aus welchen Gründen und in welchem Umfang mit einem durch das Gesundheitsamt angeordneten Tätigkeits- bzw. Betretungsverbot für die betreffenden Personen, die Versorgung gefährdet wäre. Die Darlegung muss plausibel, widerspruchsfrei und nachvollziehbar sein. Zur Glaubhaftmachung gelten die üblichen Grundsätze (vgl. § 23 SGB X, §§ 16, 27 VwVfG):

Freitextfeld:

**B. sonstiges Personal (inkl. externe Dienstleister):**

<b>Art der Tätigkeit (Funktionsbereich):</b>	physischer Kontakt zu Rehabilitanden (ja/nein)	Anzahl der aktuell tätigen Personen	Anzahl der von § 20a Abs. 5 IfSG ggf. betroffenen Personen (lt. Information des Gesundheitsamtes)	<b>Anmerkungen:</b> (Einschätzung der Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung der Rehabilitanden bzw. des Betriebs der Einrichtung, Hinweis auf Personen mit besonders bedeutsamer Funktion, deren Ausfall nicht ohne weiteres durch eine andere geeignete Person ggf. vertretungsweise kompensiert werden kann)

Ort, Datum:

Name, Vorname (Einrichtungsleitung):

E-Mail / Tel.-Nr.: