

An das örtlich zuständige Gesundheitsamt

Erwartete Auswirkungen der Umsetzung von § 20a IfSG auf die Sicherstellung der
Beförderungsdienste (gemäß § 20a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3e IfSG)

Name der Einrichtung:

--

Anschrift:

--

Landkreis/Kreisfreie Stadt:

--

Art der Einrichtung:

--

A. Dienstleistung - Beförderung

			Anmerkungen:
aktuelle Situation (Datum:):			
1	Zahl der zu befördernden Leistungsberechtigten (insgesamt):		
2	aktuell eingesetzte VzÄ (Personal ohne Langzeitkranke, Mutterschutz u.ä.) - insgesamt:		

Auswirkung der Umsetzung von § 20a Abs. 5 IfSG (Betretungs-/Tätigkeitsverbote):			
	von möglichen Betretungsverboten betroffene VzÄ (lt. Mitteilung des GA) - 3 insgesamt:		(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 Funktion (z. B. verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung), deren Ausfall nicht ohne weiteres durch eine andere geeignete Person ggf. vertretungsweise kompensiert werden kann.)
	somit perspektivisch - bei Umsetzung der Betretungsverbote - noch verfügbare VzÄ 4 (Differenz 2 - 3) - insgesamt:		
	perspektivisch verfügbarer Personalanteil in % (4 von 2) - insgesamt:		

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 Beförderungsdienstleistung:

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

☐

(ja/nein)

Anzahl der voraussichtlich bei Umsetzung der angekündigten Betretungs-/Tätigkeitsverbote **nicht mehr zu befördernden leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen** (ca.):

Anmerkungen:

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):

Art der Tätigkeit (Funktionsbereich):	physischer Kontakt zu Menschen mit Behinderungen (ja/nein)	Anzahl der aktuell tätigen Personen	Anzahl der von § 20a Abs. 5 IfSG ggf. betroffenen Personen (lt. Information des Gesundheitsamtes)	Anmerkungen: (Einschätzung der Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung der gepflegten/betreuten Personen 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.: