

An das örtlich zuständige Gesundheitsamt

Erwartete Auswirkungen der Umsetzung von § 20a IfSG auf die Sicherstellung der Versorgung **Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 20a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1c und 1g IfSG**

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Landkreis/Kreisfreie Stadt:

Indikationen:

**A. medizinische Betreuung, Therapie und Pflege**

			Anmerkungen:
1	vertraglich vereinbarte Bettenkapazität		
2	Plan-VzÄ		
3	Zahl der aktuell belegten Betten		
4	aktuell eingesetzte VzÄ (Personal ohne Langzeitkranke, Mutterschutz u.ä.)		
5	<b>davon Fachpersonal gesamt</b> (in VzÄ):		
	Anzahl der tätigen Ärzte		
	Anzahl der tätigen MFA/Therapeuten		
	Anzahl des Pflegefachpersonals		
6	<b>davon Hilfspersonal gesamt</b> (in VzÄ):		

Auswirkung der Umsetzung von § 20a Abs. 5 IfSG (Betretungs-/Tätigkeitsverbote):			
7	von möglichen <b>Betretungsverböten</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 )
8	<b>davon:</b> Fachkräfte (in VzÄ)		
	davon Ärzte		
	davon MFA/Therapeuten		
	davon Pflegefachpersonal		
9	<b>davon:</b> Hilfspersonal (in VzÄ)		
10	Betretungsverbote - verfügbare VzÄ (Differenz 4 - 7):		
11	<b>davon:</b> perspektivisch verfügbare Fachkräfte (Differenz 5 - 8):		

**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 pflegerischen und therapeutischen Versorgung:**

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

☐  
(ja/nein)

**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):

<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.: