Stadt Leipzig
Der Oberbürgermeister

Stadt Leipzig • Amt 53 • 04092 Leipzig

Gesundheitsamt

Friedrich-Ebert-Straße 19 a
04109 Leipzig

Tel.: 0341 123-6800
Fax: 0341 123-6805
E-Mail: gesundheitsamt@leipzig.de

Mitteilung von wesentlichen Beeinträchtigungen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit (§ 20a IfSG)

Hinweis: Zuständig für den Vollzug von § 20a IfSG ist das Gesundheitsamt am Sitz der Einrichtung, bei überregionalen Anbietern am Sitz der jeweiligen Betriebsstätte.

1. Stammdaten

Einrichtung
Einrichtungsleitung
Anschrift
Telefonnummer

2. Stammdaten der betreffenden Personen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit

Name, Vorname
Anschrift
Telefonnummer
Tätigkeit
Qualifikation
Wochenarbeitszeit

3. Begründung der Notwendigkeit zur Weiterbeschäftigung der betreffenden Personen

Besitzen die o.g. Person eine Qualifikation, die zur Sicherstellung der Versorgung unabdingbar ist?	☐ ja ☐ nein
Gibt es in der Einrichtung Personen mit vergleichbaren Tätigkeits- und Qualifikationsprofil?	☐ ja ☐ nein
Kann die o.g. Person aus der unmittelbaren Klienten-/Patientenversorgung bzw. dem Kontakt zu pflegendem/betreuendem Personal in einem anderen Bereich der Einrichtung eingesetzt werden?	☐ ja ☐ nein
Ist ohne die weitere Beschäftigung der in der Anlage benannten Personen die Einhaltung von Versorgungs- oder Leistungsvereinbarungen gefährdet?	☐ ja ☐ nein

Bitte beschreiben Sie, weshalb die Person zwingend in der Einrichtung beschäftigt werden muss und weshalb die ausgeübte Tätigkeit nicht durch andere Beschäftigte oder organisatorische Veränderungen kompensiert werden kann:

4. Angaben der Einrichtung

Welche Maßnahmen hat die Einrichtung ergriffen oder geprüft (soweit zutreffend)?	
Wurde eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit des Bestandspersonals mit Nachweis im Sinne von § 20a Absatz 2 Satz 1 geprüft?	☐ ja ☐ nein
Wurde Personalleasing (Leiharbeitskräfte oder Honorarkräfte) geprüft?	☐ ja ☐ nein
Wurde eine trägerinterne Personalüberlassung geprüft?	☐ ja ☐ nein
Wurde eine trägerübergreifende Personalüberlassung (z. B. Kooperation mit einem anderen zugelassenen Leistungserbringer) geprüft?	☐ ja ☐ nein
Wurde eine Änderung der Dienstplangestaltung zur Absicherung der Versorgung geprüft?	☐ ja ☐ nein
Wurde die Neueinstellung von Personal geprüft?	☐ ja ☐ nein

5. Übersicht des Personals sowie der zu betreuenden Personen

(Hinweis: Sofern vorhanden ist beim Personal-Soll auf bestehende Leistungs- oder Versorgungs-vereinbarungen abzustellen.)

Gesamteinrichtung:

Anzahl Beschäftigte im Soll
Anzahl Beschäftigte im Ist
Mindestanzahl von Beschäftigten zur Sicherstellung der Versorgung
Anzahl der betreuten Personen im Ist
Anzahl der betreuten Personen im Maximum
durchschnittlicher Personalausfall in %
Impfquote der Einrichtung
Impfquote unter vergleichbaren Beschäftigten

Betreffender Bereich (soweit betreffende Personen in abgegrenzten Bereichen tätig sind):

Anzahl Beschäftigte im Soll
Anzahl Beschäftigte im Ist
Mindestanzahl von Beschäftigten zur Sicherstellung der Versorgung
Anzahl der betreuten Personen im Ist
Anzahl der betreuten Personen im Maximum
durchschnittlicher Personalausfall in %
Impfquote im Bereich der betreffenden Personen

6. Weitere Bemerkungen

Die Einrichtungsleitung bestätigt mir ihrer Unterschrift, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden. Es wurden alle personellen und organisatorischen Maßnahmen ausgeschöpft, um die Versorgungssicherheit ungeachtet der Weiterbeschäftigung der in der Anlage benannten Personen sicherzustellen. Die Einrichtungsleitung verpflichtet sich zur unverzüglichen Mitteilung, sofern die Versorgungssicherheit ohne die in der Anlage benannten Personen hergestellt werden konnte und ist insofern verpflichtet, dies fortlaufend zu prüfen und entsprechende Maßnahmen, wie z. B. Neueinstellungen, zu ergreifen. Die Einrichtungsleitung wird darauf hingewiesen, dass die gemachten Angaben Teil der Verfahrensakte zum Vollzug von § 20a IfSG werden und insofern auch Bestandteil etwaiger Widerspruchs- und Klageverfahren sein können.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Einrichtungsleitung

Bearbeitungsvermerk des Gesundheitsamtes

1. **Ist die Versorgung der Patienten bzw. Klienten nach Prüfung der o. g. Punkte als gefährdet einzuschätzen und damit ein Einsatz von Beschäftigten ohne Immunitätsnachweis im Sinne von § 20a IfSG zwingend erforderlich zur Aufrechterhaltung der Versorgung?**

   ☐ ja

   ☐ nein

2. **Die Bestätigung der Weiterbeschäftigung wurde erteilt?**

   ☐ ja

   ☐ nein

3. **Die Weiterbeschäftigung wurde befristet bis:**

   _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Prüfer/-in)

Anlage:
Übersicht der betreffenden Beschäftigten ohne Nachweis nach § 20a Absatz 2 Satz 1 IfSG aber mit Notwendigkeit der Weiterbeschäftigung zur Sicherstellung der Versorgung

Name	Vorname	Anschrift	Rufnummer	Tätigkeit	Art des Kontaktes zu vulnerablen Personen	Qualifikation	Wochenarbeitszeit

Drucken Eingabe löschen