

**1. Stammdaten Einrichtung**

Einrichtung	
Einrichtungsleitung	
Schwerpunkt des Angebots der Einrichtung	
Anschrift	
Rufnummer	
E-Mail	

**2. Stammdaten der Personen, die zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit in der Einrichtung unentbehrlich sind.**

Bitte nutzen Sie die Anlage und tragen Sie darin alle betreffenden Tätigen ohne entsprechenden Nachweis nach § 20a Absatz 2 Satz 1 IfSG ein, die für die Sicherstellung der Versorgungssicherheit relevant sind.

**3. Begründung der Notwendigkeit zur Weiterbeschäftigung der betreffenden Personen**

<b>1</b>	Besitzen die in der Anlage benannten Personen eine Qualifikation, die zur Sicherstellung der Versorgung unabdingbar ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>2</b>	Können die in der Anlage benannten Personen aus der unmittelbaren Klienten-/Patientenversorgung in einem anderen Bereich der Einrichtung ohne übertragungsrelevanten Kontakt eingesetzt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>3</b>	Ist ohne die weitere Beschäftigung der in der Anlage benannten Personen die Einhaltung von Versorgungs- oder Leistungsvereinbarungen gefährdet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>4</b>	Besteht die Möglichkeit von Homeoffice/Telearbeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>5</b>	Bitte beschreiben Sie, weshalb die Personen zwingend in der Einrichtung beschäftigt werden müssen und weshalb die ausgeübte Tätigkeit nicht durch andere Beschäftigte oder organisatorische Veränderungen kompensiert werden kann	


#### 4. Angaben der Einrichtungsleitung

<b>Welche Maßnahmen hat die Einrichtung getroffen/geprüft, um die Versorgungssicherheit aufrechtzuerhalten?</b>	
Wurde eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit des Bestandspersonals mit Nachweis im Sinne von § 20a Absatz 2 Satz 1 geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde Personalleasing (Leiharbeitskräfte oder Honorarkräfte) geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine trägerinterne Personalüberlassung geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine trägerübergreifende Personalüberlassung (z. B. Kooperation mit einem anderen zugelassenen Leistungserbringer) geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Änderung der Dienstplangestaltung zur Absicherung der Versorgung geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde die Neueinstellung von Personal geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Mitteilung wesentlicher Beeinträchtigungen der Versorgungssicherheit  
(§ 20a IfSG)**



**5. Übersicht des Personals sowie der zu betreuenden Personen**

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

Angaben beziehen sich auf die Gesamteinrichtung

Anzahl Beschäftigte im Soll:	<input type="text"/>
Anzahl Beschäftigte im Ist:	<input type="text"/>
Mindestanzahl von Beschäftigten zur Sicherstellung der Versorgung:	<input type="text"/>
Anzahl der betreuten Personen im Maximum:	<input type="text"/>
durchschnittlicher Personalausfall in %:	<input type="text"/>
Impfquote der Einrichtung:	<input type="text"/>
Impfquote unter vergleichbaren Beschäftigten (gleiche Qualifikation/Aufgaben)	<input type="text"/>

Die Einrichtungsleitung bestätigt mir ihrer Unterschrift, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden. Soweit die Einrichtungsleitung angibt, dass die Versorgungssicherheit durch die Anzahl der von einer Verbotsverfügung betroffenen Personen gefährdet ist, versichert sie alle personellen und organisatorischen Maßnahmen ausgeschöpft zu haben, um die Versorgungssicherheit ohne die 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 gehalten, 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.

Die Einrichtungsleitung ist auch damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben an die für ihren Bereich zuständigen Aufsichtsbehörde bzw. des örtlichen Kosten- oder Leistungsträgers bzw. der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, Heimaufsicht oder vergleichbarer Institutionen zur Stellungnahme über die Versorgungssicherheit der Einrichtungsart im Burgenlandkreis weitergeleitet werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Stempel, Signatur/Unterschrift Einrichtung