

Meldung von wesentlichen Beeinträchtigungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach § 150 Abs. 1 SGB XI (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)*

**Zu senden an die Landesverbände der Pflegekassen im Bundesland
Nachrichtlich an**

- Heimaufsicht**
- Gesundheitsamt**
- Katastrophenschutzbehörde/regionaler Krisenstab**

Pflegeeinrichtung/Pflegedienst (Name und Anschrift):

Institutionskennzeichen: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon/Email: _____

1. Was ist der Grund der wesentlichen Beeinträchtigung?

beispielhaft:

- 1. nicht kompensierbare Krankheits- oder quarantänebedingte Ausfälle des Personals
- 2. Höherer Aufwand in der Versorgung des an Corona-Virus erkrankten Pflegebedürftigen, der mit dem Stammpersonal nicht leistbar ist
- 3. erhöhte Anforderung durch behördlich angeordnete Isolation bzw. Quarantäne
- 4. fehlende Schutzmaterialien
 - Meldung an die zuständige Ordnungsbehörde erfolgt?
 - Ja
 - Nein
- 5. nicht kompensierbare Ausfälle von Beschäftigten, gegenüber denen das Gesundheitsamt ein Betretungs- bzw. Tätigkeitsverbot ausgesprochen hat, da sie der Nachweispflicht gem. § 20a Abs. 2 IfSG nicht nachgekommen sind.
- 6. Sonstiges (bitte im Freitext erläutern)

Freitext:

Welche individuellen Maßnahmen vor Ort sind bereits geplant/eingeleitet?

beispielhaft:

- 1. Einsatz der Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI in anderen Leistungsbereichen
- 2. Personalleasing (Leiharbeitskräfte oder Honorarkräfte**)
- 3. Trägerinterne Personalüberlassung (z. B. Einsatz von Tagespflegepersonal im ambulanten Bereich)
- 4. Trägerübergreifende Personalüberlassung (Kooperation mit einem anderen zugelassenen Leistungserbringer)
- 5. Sonstiges (bitte im Freitext erläutern)

Freitext:

2. Es gab bereits Absprachen/Abstimmungen/Anordnungen u.a. mit:

1. dem Gesundheitsamt

am: _____

Kontakt Ansprechpartner: _____

2. der zuständigen Heimaufsicht/FQA

am: _____

Kontakt Ansprechpartner: _____

3. der örtlichen Katastrophenschutzbehörde/dem regionalen Krisenstab

am: _____

Kontakt Ansprechpartner: _____

4. der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

am:

Kontakt Ansprechpartner: _____

Soweit die oben genannten Beeinträchtigungen aufgehoben sind, werden wir die Pflegekasse formlos informieren.

Für eine Anzahl von _____ Pflegebedürftigen kann die individuelle pflegerische Versorgung auch mit den eventuell bereits geplanten und eingeleiteten Maßnahmen vor Ort nicht mehr sichergestellt werden (§ 69 SGB XI).

ab wann? _____

Bitte umgehend Kontaktaufnahme mit

Frau/Herrn _____

unter der Telefonnummer _____

Ort/Datum:

Unterschrift:

*Hinweis: Bei der Übertragung unverschlüsselter Nachrichten bestehen Sicherheitsrisiken. Senden Sie uns bitte daher keine sensiblen Daten per unverschlüsselter E-Mail

**Bei der Prüfung der Sozialversicherungspflicht von Honorarkräften sind die Ausführungen des BSG-Urteils vom 7. Juni 2019 – B 12 R 6/18 R - zu berücksichtigen.