

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

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. Sonstiges (bitte im Freitext erläutern)

Freitext:

---

---

---

---

**2. 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. häusliche Versorgung durch „Nachbarschaftshilfe“ in Einzelvereinbarungen
- 6. Sonstiges (bitte im Freitext erläutern)

Freitext:

---

---

---

---

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

**1. dem Gesundheitsamt**

Kontakt Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. der zuständigen Heimaufsicht/FQA**

Kontakt Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. der örtlichen Katastrophenschutzbehörde/dem regionalen Krisenstab**

Kontakt Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Kontakt Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

erfolgte am (Datum): \_\_\_\_\_

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