

An das  
Bayerische Landesamt für Pflege  
Köferinger Straße 1  
92224 Amberg

Per E-Mail an: [LQ-Hilfe@lfp.bayern.de](mailto:LQ-Hilfe@lfp.bayern.de)

**Antrag auf Ausgleichszahlungen gemäß der Richtlinie für Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) ohne Zulassungen oder Verträge im Bereich der Sozialversicherungen für die Freihaltung von Kapazitäten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie**

**1. Angaben zum Antragsteller**

Name der Privatklinik	Straße, PLZ, Ort
Vertreter*in der Klinik / Ansprechpartner*in	Telefon / E-Mail
Rechtsform	Zuständige Aufsichtsbehörde und Konzessionsgeber
Handelsregisternummer	Konzessionsbescheid vom / Aktenzeichen
USt-IdNr / Steuernummer	Zuständiges Finanzamt

Bankverbindung Name des Kreditinstituts: _____ BIC: _____ IBAN: _____
--

**2. Angaben zur Klinik**

2.1 Wie viele Patientenbetten waren 2019 insgesamt durchgehend in der Klinik vorhanden?	
2.2 Wie viele Betten stehen ausschließlich Privatpatientinnen und –patienten zur Verfügung?	
2.3 Wie viele zugelassene Betten i.S.d. § 108 SGB V sind in der Klinik vorhanden? Hiervon sind _____ im Krankenhausplan 2020 des Freistaats Bayern aufgelistet.	

2.4 Wie viele Betten dienen der akutstationären Behandlung mit einer Konzession nach § 30 GewO?	
2.5 Wie hoch war die prozentuale Auslastung der akutstationären Behandlungskapazitäten im Jahr 2019?	
2.6 Sind im Laufe des Jahres 2019 weitere Patientenbetten hinzugekommen?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, zur akutstationären Behandlung nach § 30 GewO, wann: _____ wie viele: _____	<input type="checkbox"/> Ja, sonstige Behandlungskapazitäten, welche: _____ wann: _____ wie viele: _____
2.7 Bestehen Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, für wie viele akutstationäre Behandlungskapazitäten nach § 30 GewO: _____ <input type="checkbox"/> Ja, für wie viele sonstige Behandlungskapazitäten: _____	<input type="checkbox"/> Ja, für wie viele zugelassene Betten nach § 108 SGB V: _____

### 3. Weitere Angaben

3.1 Wurden von der Klinik Ausgleichszahlungen nach § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beantragt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann _____
3.2 Wurden von der Klinik Ausgleichszahlungen nach § 111d Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) beantragt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann _____
3.3 Wurden von der Klinik Ausgleichszahlungen § 3 Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) beantragt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann _____

### 4. Ergänzende Angaben oder Erläuterungen zum Antrag (freiwillig)

## 5. Erklärung zur Unterzeichnung des Antrags

Mit der Unterzeichnung des Antrags durch die vertretungsberechtigte Person der Klinik wird versichert, dass alle Angaben vollständig und ordnungsgemäß erfolgt sind. Die Kenntnisnahme der Richtlinie und der Hinweise zu den Ausgleichszahlungen wird bestätigt. Es wird ebenfalls bestätigt, dass bekannt ist, dass fehlerhafte oder unvollständige Angaben Rückforderungsansprüche sowie strafrechtliche Konsequenzen zur Folge haben können.

Mit der Unterzeichnung des Antrags durch die vertretungsberechtigte Person der Klinik wird das Einverständnis erklärt, dass alle Antragsangaben und -unterlagen

- unter Wahrung des Datenschutzes für das Bewilligungsverfahren erfasst, gespeichert und ausgewertet werden dürfen,
- auch noch nach erfolgten Ausgleichszahlungen bis zum Abschluss des gesamten Verfahrens durch das Bayerische Landesamt für Pflege kontrolliert werden dürfen sowie
- an eine andere Behörde, insbesondere an den Bayerischen Obersten Rechnungshof zum Zwecke der Überprüfung weitergegeben werden dürfen.

Die in der Allgemeinverfügung vom 24. März 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134 (BayMBI. Nr. 164) sowie in der Allgemeinverfügung vom 8. Mai 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134 (BayMBI. Nr. 253) festgesetzten Auflagen nach EU-Beihilferecht sind bekannt und werden eingehalten.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

- eine Kopie der Konzession der Privatklinik durch die zuständige Behörde nach § 30 Abs. 1 Satz 1 GewO,
- ein geeigneter Nachweis über die Anzahl der Belegungstage und der betriebenen Betten in 2019 (z.B. beglaubigter Auszug aus einer Bilanz oder einem Geschäftsjahresbericht mit entsprechenden Angaben, Bestätigung einer für die Klinik tätigen zentralen Abrechnungsstelle für Privatpatienten, eines Steuerberaters oder eines staatlich geprüften Wirtschaftsprüfers; falls dies nicht möglich eine Versicherung an Eidesstatt),
- Angaben zur Berechnung des Referenzwertes (gemäß den zur Verfügung gestellten Excel Datei, Anlage 1),
- Angaben zur Ermittlung der bisherigen tagesbezogenen Ausgleichsbeträge ab dem 25.03.2020 (gemäß der zur Verfügung gestellten Excel Datei, Anlage 2)
- eine überschlägige Ermittlung des durch die Freihaltung von Behandlungskapazitäten voraussichtlich entstehenden Einnahmeausfalls (z.B. durch Vergleichszeiträume in den Jahren 2019 und 2018),
- eine Erklärung zur Subventionserheblichkeit der Angaben.

---

Ort, Datum

Unterschrift Titel, Namensangabe und Klinikstempel

## Hinweise zur Antragsstellung:

Zu Nummer 1) Die Angaben dienen zur Erfassung der erforderlichen Grunddaten der antragstellenden Klinik. Die Rechtsform ist anzugeben, soweit sie vorhanden ist.

Zu Nummer 2) Die Angaben dienen zur Bewertung der Größe und Auslastung der Klinik im Hinblick auf die Bildung und Beurteilung des Referenzwertes.

Zu Nummer 3) Die beantragten landesrechtlichen Ausgleichszahlungen für Privatkliniken sind ausgeschlossen, wenn vorrangige bundesrechtliche Ansprüche nach § 21 KHG, § 111d SGB V oder § 3 SodEG bestehen.

Zu Nummer 4) Hier kann die antragstellende Klinik ergänzende Erläuterungen zum Antrag angeben, wenn sie dies möchte.

Zu Nummer 5) Der Antrag ist von der für die Klinik vertretungsberechtigten Person zu unterzeichnen. Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben bestätigt und das Einverständnis zur Durchführung des Antragsverfahrens erteilt. Der Antrag wird als PDF- Datei zur Verfügung gestellt. Speichern Sie den Antrag nach dem Ausfüllen ab und drucken Sie ihn aus. Bitte lassen Sie dann den ausgedruckten Antrag von der vertretungs- und zeichnungsberechtigten Person der Klinik persönlich unterschreiben (keine eingescannte Unterschrift verwenden) und versehen Sie ihn mit einem Klinikstempel. Scannen Sie dann den so ausgefertigten Antrag ein und senden Sie ihn als PDF- Datei per E-Mail mit den weiteren Antragsunterlagen an das Bayerische Landesamt für Pflege ([LQ-Hilfe@lfp.bayern.de](mailto:LQ-Hilfe@lfp.bayern.de)).

Die Ausgleichszahlung wird nur auf Antrag der Privatklinik gewährt. Der Antrag muss spätestens bis zum 31.08.2020 beim Bayerischen Landesamt für Pflege eingehen (Ausschlussfrist). Der Antrag soll in elektronischer Form gestellt werden. **Verfügt eine Privatklinik über mehrere Standorte, muss für jeden Standort eine separate Antragstellung erfolgen.** Der Antrag muss von einer autorisierten Person der Privatklinik gestellt werden, die mit ihrer Unterschrift unter den Antrag die Vollständigkeit und Korrektheit der Angaben versichern muss.

Soweit es im Einzelfall erforderlich erscheint (z.B. bei unvollständigen Antragsunterlagen) kann das Bayerische Landesamt für Pflege Abschlüsse zahlen und vorläufige Bewilligungen erlassen.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- eine Kopie der Konzession der Privatklinik durch die zuständige Behörde nach § 30 Abs. 1 Satz 1 GewO,
- ein geeigneter Nachweis über die Anzahl der Belegungstage und der betriebenen Betten in 2019 (z.B. beglaubigter Auszug aus einer Bilanz oder einem Geschäftsjahresbericht mit entsprechenden Angaben, Bestätigung einer für die Klinik tätigen zentralen Abrechnungsstelle für Privatpatienten, eines Steuerberaters oder eines staatlich geprüften Wirtschaftsprüfers (s.u. zur Verfügung gestelltes Formular); falls dies nicht möglich eine Versicherung an Eidesstatt (s.u. zur Verfügung gestelltes Formular)),
- Angaben zur Berechnung des Referenzwertes (gemäß den zur Verfügung gestellten Excel Datei, Anlage 1),

- Angaben zur Ermittlung der bisherigen tagesbezogenen Ausgleichsbeträge ab dem 25.03.2020/ Wochenmeldungen (gemäß der zur Verfügung gestellten Excel Datei, Anlage 2)
- eine überschlägige Ermittlung des durch die Freihaltung von Behandlungskapazitäten voraussichtlich entstehenden Einnahmeausfalls (z.B. durch Vergleichszeiträume in den Jahren 2019 und 2018),
- eine Erklärung zur Subventionserheblichkeit der Angaben.

Das Bayerische Landesamt für Pflege kann im Bedarfsfall weitere Unterlagen zur Klärung der Ansprüche auf Ausgleichszahlungen von der Privatklinik anfordern und deren Vorlage verlangen (wie z.B. die Vorlage von Abrechnungsunterlagen, Bilanzen, Steuerbescheiden oder Bescheiden der Agentur für Arbeit). Eine hierbei fehlende oder unzureichende Mitwirkung der antragstellenden Klinik kann zur Ablehnung des Antrags führen.

Das Verfahren ist kostenfrei. Mit der Antragstellung und der Vorlage bzw. Übermittlung der Antragsunterlagen verbundenen Kosten sind von der antragstellenden Klinik zu tragen und können nicht vom Bayerischen Landesamt für Pflege erstattet werden.

Privatklinik, Standort, Straße, PLZ, Ort	Vertreterin oder Vertreter der Privatklinik
--	---

**Erklärung über subventionserhebliche Tatsachen für die Gewährung von Ausgleichszahlungen gemäß der Richtlinie für Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) ohne Zulassungen oder Verträge im Bereich der Sozialversicherungen für die Freihaltung von Kapazitäten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie**

**Erklärung zu § 264 Strafgesetzbuch (StGB)**

Ich erkläre hiermit, dass ich berechtigt bin, die Privatklinik im Antragsverfahren zu vertreten.

Weiterhin erkläre ich, dass mir bekannt ist, dass

- sämtliche in diesem Antrag gemachten Angaben sowie die in den beigefügten Anlagen und Vordrucken gemachten Angaben subventionserhebliche Tatsachen im Sinne des § 264 Abs. 8 StGB in Verbindung mit Art. 1 des Bayerischen Strafrechtsausführungsgesetzes (BayStrAG) und § 2 Subventionsgesetz (SubvG) darstellen.
- sämtliche während und nach dem Ende der Maßnahme gemachten Angaben (postalisch oder elektronisch) und eingereichten Unterlagen (postalisch oder elektronisch), insbesondere die Angaben zur Anforderung der Ausgleichszahlung, ebenfalls subventionserhebliche Tatsachen im Sinne des § 264 Abs. 8 StGB sind.
- subventionserhebliche Tatsachen auch solche sind, die durch Scheingeschäfte oder Scheinhandlungen verdeckt werden, sowie Rechtsgeschäfte oder Handlungen unter Missbrauch von Gestaltungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der beantragten Ausgleichszahlung (§ 4 SubvG in Verbindung mit Art. 1 BayStrAG). Für die Beurteilung ist der tatsächlich gewollte Sachverhalt maßgeblich.
- die Regelungen den Ausgleichszahlungsbescheiden und die ihnen ggf. beigefügten allgemeinen und besonderen Nebenbestimmungen als Verwendungsbeschränkungen im Sinne des § 264 Abs.1 Nr. 2 StGB anzusehen sind.

Ich versichere, dass mir die Strafbarkeit eines Subventionsbetruges nach § 264 StGB bekannt ist. Mir ist insbesondere bekannt, dass

- ich mich gemäß § 264 Abs. 1 Abs. 5 StGB strafbar mache, wenn ich
  - o vorsätzlich oder leichtfertig dem Bayerischen Landesamt für Pflege oder einer anderen in das Verfahren eingeschalteten Stelle oder Person (Subventionsgeber) über subventionserhebliche Tatsachen für mich oder einen anderen unrichtige oder unvollständige Angaben mache, die für mich oder den anderen vorteilhaft sind.
  - o vorsätzlich oder leichtfertig einen Gegenstand oder eine Geldleistung, deren Verwendung durch Rechtsvorschriften oder durch den Subventionsgeber im Hinblick auf eine Subvention beschränkt ist, entgegen der Verwendungsbeschränkung verwende.
  - o vorsätzlich oder leichtfertig den Subventionsgeber entgegen den Rechtsvorschriften über die Subventionsvergabe über subventionserhebliche Tatsachen in Unkenntnis lasse oder
  - o vorsätzlich in einem Subventionsverfahren eine durch unrichtige oder unvollständige Angaben erlangte Bescheinigung über eine Subventionsberechtigung oder über subventionserhebliche Tatsachen gebrauche.

- es für eine Strafbarkeit nach § 264 StGB nicht erforderlich ist, dass die Ausgleichszahlung für die von mir vertretene Privatklinik beantragt wird oder dass die beantragte Ausgleichszahlung tatsächlich gewährt wird.

Mir ist ferner bekannt, dass ich unverzüglich alle Tatsachen mitteilen muss, die der Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung, Inanspruchnahme oder dem Belassen der Ausgleichszahlung entgegenstehen (§ 3 SubvG in Verbindung mit Art. 1 BayStrAG),

Mir ist auch bekannt, dass vorsätzlich oder leichtfertig falsche oder unvollständige Angaben sowie das vorsätzliche oder leichtfertige Unterlassen einer Mitteilung über Änderungen in den Angaben des Antrages neben einer Strafverfolgung wegen Subventionsbetruges (§ 264 StGB) und auch die Rückforderung der Zuwendung zur Folge haben können.

Die vorstehenden Erklärungen und Versicherungen zum Antragsverfahren werden durch meine Unterschrift bestätigt.

---

Ort, Datum

Unterschrift Titel, Namensangabe und Klinikstempel

Absender: Steuerberater- oder Wirtschaftsprüferkanzlei

**Bestätigung zur Vorlage beim Bayerischen Landesamt für Pflege, Köferinger Straße 1, 92224 Amberg - per E-Mail [LQ-Hilfe@lfp.bayern.de](mailto:LQ-Hilfe@lfp.bayern.de)**

**Zur rechtmäßigen Gewährung von Ausgleichszahlungen gemäß der Richtlinie für Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) ohne Zulassungen oder Verträge im Bereich der Sozialversicherungen für die Freihaltung von Kapazitäten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie**

In Kenntnis über die Bedeutung dieser Bestätigung als Mittel zur Glaubhaftmachung tatsächlicher Angaben in einem geordneten Verfahren vor dem Landesamt für Pflege erkläre ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

in meiner Funktion als Steuerberater\*in / Wirtschaftsprüfer\*in

für die Privatklinik: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

USt-IdNr / Steuernummer: \_\_\_\_\_

dass die Klinik eine Privatklinik nach § 30 GewO ist. Sie wird seit mehreren Jahren von mir in meiner o.g. Funktion betreut und ist mir gut bekannt.

Daher kann ich bestätigen, dass die Klinik im Jahr 2019 durchgehend über folgende Anzahl an Patientenbetten verfügt: \_\_\_\_\_

Die Anzahl der akutstationären Behandlungskapazitäten nach § 30 GewO beträgt: \_\_\_\_\_

Die Anzahl der Belegungstage der akutstationären Behandlungskapazitäten im Jahr 2019 betrug: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich die zuvor genannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Titel, Namensangabe und Kanzleistempel



Privatklinik, Standort, Straße, PLZ, Ort	Vertreterin oder Vertreter der Privatklinik
--	---

**Eidesstattliche Versicherung im Rahmen des Antrags auf Ausgleichszahlungen gemäß der Richtlinie für Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) ohne Zulassungen oder Verträge im Bereich der Sozialversicherungen für die Freihaltung von Kapazitäten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie**

In Kenntnis über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung als Mittel zur Glaubhaftmachung tatsächlicher Angaben in einem geordneten Verfahren vor dem Landesamt für Pflege und der strafrechtlichen Folgen einer falschen oder unvollständigen Versicherung an Eides Statt (insbesondere bei vorsätzlicher falscher Versicherung an Eides Statt gemäß § 156 StGB Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bzw. bei fahrlässiger falscher Versicherung an Eides Statt gemäß § 161 Abs. 1 StGB Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe) erkläre ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

in meiner Funktion als Vertreter\*in der Privatklinik

Klinikname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

folgendes an Eides Statt: \_\_\_\_\_

Die von mir vertretene Privatklinik verfügte im Jahr 2019 durchgehend über folgende Anzahl an Patientenbetten: \_\_\_\_\_

Die Anzahl der akutstationären Behandlungskapazitäten nach § 30 GewO beträgt: \_\_\_\_\_

Die Anzahl der Belegungstage der akutstationären Behandlungskapazitäten im Jahr 2019 betrug: \_\_\_\_\_

Ich versichere an Eides Statt, dass ich die zuvor genannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Titel, Namensangabe und Klinikstempel