



Bayerisches Landesamt für Pflege
- Abteilung 4 -
Köferinger Straße 1
92224 Amberg

Per E-Mail LQ-Hilfe@lfp.bayern.de

Nachweis über die Vorhaltung zusätzlich geschaffener intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

1. Nachweis über die Anzahl der ab dem 16.03.2020 zusätzlich geschaffenen intensivmedizinische Behandlungskapazitäten. Diese müssen nach der Begründung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes über eine maschinelle Beatmungsmöglichkeit sowie ein Monitoring mit gleichzeitiger Anzeige von Elektrokardiogramm, Sauerstoffsättigung und invasiven Drucken sowie Zugriffsmöglichkeiten auf Blutgasanalysegeräte verfügen. Auf diese Ausstattung kann nur in begründeten Ausnahmefällen verzichtet werden. *Bitte füllen Sie die Tabelle aus:*

Intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zum 15.03.2020	
davon mit maschineller Beatmungsmöglichkeit <ul style="list-style-type: none"> • mit invasiver Beatmungsmöglichkeit • mit nicht invasiver Beatmungsmöglichkeit 	<hr/> <hr/> <hr/>
Aktuell vorgehaltene intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit <ul style="list-style-type: none"> • mit invasiver Beatmungsmöglichkeit • mit nicht invasiver Beatmungsmöglichkeit 	<hr/> <hr/> <hr/>
Zusätzlich geschaffene intensivmedizinische Behandlungskapazitäten <ul style="list-style-type: none"> • mit invasiver Beatmungsmöglichkeit • mit nicht invasiver Beatmungsmöglichkeit 	<hr/> <hr/> <hr/>

Es wird versichert, dass die oben genannten aktuellen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit gemäß § 21 Abs. 5 Satz 1 KHG vorgehalten werden. Die Angabe der zusätzlich geschaffenen Intensivbetten dient lediglich dem Nachweis und stellt keinen Antrag auf Förderung dar.

2. Nachweis über die Art und Anschaffung der zusätzlich geschaffenen Intensivkapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit¹. *Bitte füllen Sie die Tabelle a) unter Beachtung der Fußnoten aus und ergänzen Sie den Text b):*

a) Maschinelle Beatmungsmöglichkeit

Anzahl	Hersteller des Beatmungsgeräts	Name/ Typ des Beatmungsgeräts	Beatmung		Herkunft des Geräts ²
			invasiv	nicht-invasiv	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹ Sollten die aufgeführte Tabelle nicht ausreichen, bitte formgleiches Zusatzblatt beilegen

² Bitte tragen Sie hier die entsprechende Nummer ein:

- 1 Bereits vorhandene hausinterne maschinelle Beatmungsgeräte
- 2 Von staatlicher Seite kostenlos zur Verfügung gestellte maschinelle Beatmungsgeräte
- 3 Durch die Klinik neu angeschaffte maschinelle Beatmungsgeräte, für die der Freistaat Bayern die Kosten übernimmt
- 4 Durch die Klinik neu angeschaffte und selbst bezahlte maschinelle Beatmungsgeräte
- 5 Sonstige Quellen (bitte erläutern)

			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b) Von den oben genannten zusätzlich geschaffenen Intensivbetten wurden _____ (Anzahl) Intensivbetten mit Monitoring mit gleichzeitiger Anzeige von Elektrokardiogramm, Sauerstoffsättigung und invasiven Drucken sowie Zugriffsmöglichkeiten auf Blutgasanalysegeräten ausgestattet.

Mit der Unterzeichnung des Nachweisformulars durch die vertretungsberechtigte Person des Krankenhauses wird versichert, dass alle Angaben vollständig und ordnungsgemäß gemacht wurden sowie die Übermittlungen nach § 1 DIVI Intensivregister-Verordnung erfolgt sind. Es wird ebenfalls die Kenntnisnahme darüber bestätigt, dass fehlerhafte oder unvollständige Angaben Rückforderungsansprüche sowie bei dem Verdacht einer betrügerischen Absicht strafrechtliche Konsequenzen zur Folge haben können.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Geschäftsführung

Zusätzliche Erklärung für den Fall, dass Geräte vom Freistaat Bayern finanziert oder zur Verfügung gestellt wurden:

Für den Fall, dass Beatmungsgeräte, Monitore und Blutgasanalysegeräte sowie Zubehör für die Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Kapazitäten entweder

- selbst beschafft und deren Kosten vom Freistaat erstattet wurden und/oder
- vom Freistaat unentgeltlich zur Verfügung gestellt wurden,

wird bestätigt, dass **ohne** Berücksichtigung dieser Geräte ein tatsächlicher investiver Aufwand von mindestens 50.000 Euro je Platz entstanden ist (und ggf. auf Nachfrage auch mit Rechnungen nachgewiesen werden kann).

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift Geschäftsführung

Sofern der Aufwand je Platz **ohne** Berücksichtigung dieser Geräte geringer als 50.000 Euro war, ist die Kostendifferenz in die nachfolgende Tabelle einzutragen.

Bitte ggf. Einzelbeträge je zusätzlichem Beatmungsplatz angeben.

Beatmungsplatz	nachgewiesene investive Kosten (Euro)	Differenz zu Bundeszuschuss von 50.000 Euro	Höhe der Kostenerstattung für selbstbestellte Geräte (Euro)	Art der vom Freistaat unentgeltlich zur Verfügung gestellten Geräte (Hersteller, Modell)

* Ggf. auf gesondertem Blatt fortfahren

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift Geschäftsführung