

\_\_\_\_\_  
(Krankenhaus)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

**Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung  
Ref. 404 - Krankenhäuser  
Postfach 141  
30001 Hannover**

Anlagen: \_\_\_\_\_

[krankenhausfinanzierung@ms.niedersachsen.de](mailto:krankenhausfinanzierung@ms.niedersachsen.de)

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)/Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)  
**Antrag auf Bewilligung von Fördermitteln nach § 9 Absatz 1 KHG für die Erstsanschaffung  
eines medizinisch-technischen Großgerätes (MTG)**

<input type="checkbox"/> Computer-Tomographie-Gerät (CT) <input type="checkbox"/> Magnet-Resonanz-Gerät (MR) <input type="checkbox"/> Linksherzkatheter-Messplatz (LHM) / Angiographieanlage (ANG) <input type="checkbox"/> Cardio-CT und -MRT <input type="checkbox"/> Linearbeschleuniger (LIN) <input type="checkbox"/> _____
Voraussichtliche Kosten der Erstsanschaffung eines MTG _____ Euro <span style="float: right;">Kostenstand: ( _____ / _____ )</span>

## I Allgemeine Angaben

1.	Träger des Krankenhauses? (Name, Anschrift)	
	(Ansprechperson, Telefon, Telefax)	
	(E-Mail-Adresse Homepage/URL)	
2.	Rechtsform des Krankenhausträgers/-betreibers?	<input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft
		<input type="checkbox"/> BGB-Gesellschaft/Gesellschaft bürgerlichen Rechts
		<input type="checkbox"/> eingetragener Verein (e. V.) <input type="checkbox"/> nicht eingetragener Verein
		<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen
		<input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> gGmbH
		<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> GmbH & Co. KG
		<input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> gemeinnützige Genossenschaft
		<input type="checkbox"/> öffentlich-rechtlicher kirchlicher Träger
		<input type="checkbox"/> rechtsfähige Stiftung des <input type="checkbox"/> Privatrechts <input type="checkbox"/> öffentlichen Rechts
		<input type="checkbox"/> rechtsfähige kirchliche Stiftung
		<input type="checkbox"/> Kommune
		<input type="checkbox"/> Zweckverband
		<input type="checkbox"/> kommunale Anstalt/gemeinsame kommunale Anstalt
		<input type="checkbox"/> _____ .....
		nachrichtlich:

**II Begründung**

(Bitte jede Antwort erläutern, ggf. auf ergänzender Anlage)

3.	Wer wird Eigentümer des MTG? Eigentumsanteil des Krankenhausträgers an dem MTG?
4.	Welche Baumaßnahme ist für die Aufstellung des MTG erforderlich? Wo wird das MTG aufgestellt? Wann wird die Baumaßnahme durchgeführt? Geplanter Zeitpunkt der Aufstellung/Inbetriebnahme des MTG?
5.	Durch wen ist die Leistung bislang erbracht worden?
6.	Stationärer Leistungsanteil – ambulanter Leistungsanteil Wie viele Leistungen wurden bislang durch Externe erbracht? <input type="checkbox"/> stationäre Leistungen p. a.: _____ Untersuchungen <input type="checkbox"/> ambulante Leistungen p. a.: _____ Untersuchungen
7.	Einschätzung der künftigen Leistungsentwicklung <input type="checkbox"/> Niveau der Vorjahre <input type="checkbox"/> Abnahme um ca. _____ % <input type="checkbox"/> Zunahme um ca. _____ % Gründe:
8.	Kooperationspartner (Bitte Nachweis durch Vorlage des Kooperationsvertrages) <input type="checkbox"/> nur stationär <input type="checkbox"/> Vertragsärzte/-ärztinnen: _____ <input type="checkbox"/> andere Krankenhäuser: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Ist eine Anbindung von Vertragsärzten/-ärztinnen/Krankenhäusern zur gemeinschaftlichen Gerätenutzung zukünftig geplant? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anteil der Gerätenutzung durch Kooperationspartner an den Gesamtleistungen ca. _____ %
9.	Personelle Besetzung <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst: _____ Vollkräfte <input type="checkbox"/> Funktionsdienst: _____ Vollkräfte <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____ Vollkräfte
10.	Einschätzung der Folgekosten der Investitionsmaßnahme (Erhöhung/Reduzierung der Betriebskosten, kostenneutral, Wirtschaftlichkeitsberechnung)
11.	Sonstige Qualifikationskriterien Wird das Gerät unter fachärztlicher Leitung betrieben? Wer führt die Untersuchung/Behandlung durch? Welche Abteilungen nutzen das Gerät (eigene Abteilung, Konsiliararzt/ärztin, Belegarzt/-ärztin)? Liegt eine Zentrenbildung vor? Wenn ja, welche Abteilungen? Ist das Krankenhaus bzw. die Abteilung zertifiziert (z. B. KTQ oder Fachgesellschaften)? Wenn ja, wonach?

### III Erklärung

12	Die Regelungen zum Verfahren für die Förderung von Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 KHG, <a href="http://www.ms.niedersachsen.de">www.ms.niedersachsen.de</a> , Rubrik: Themen - Gesundheit - Krankenhäuser) werden beachtet.
13	Zwei Vergleichsangebote werden beigefügt. Der Krankenhausträger verpflichtet sich zur Einhaltung des Vergaberechts.

---

(rechtsverbindliche Unterschrift / Signatur des Krankenhausträgers)