

**Anlage 2: Meldung nach §21 Abs. 2 und Abs. 5 KHG i.V.m. Nachweispflicht gemäß § 2 DIVI IntensivRegister-Verordnung**

Wöchentliche Meldung

Krankenhaus (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner (Name, E-Mailadresse, Telefonnummer):	
IK:	
Kontonummer:	

(vollständige Bankverbindung)

**Tabelle 1: Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge**

Nr.		Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7	Ausgleichsbetrag pro Kalenderwoche
1	Datum:								
2	Behandlungstage gesamt								
2.1	davon KHEntgG/DRG (Somatik)								
2.1.1	davon: vollstationär								
2.1.2	davon: teilstationär								
2.2	davon BpflV/PEPP (Psych-Bereich)								
2.2.1	davon: vollstationär								
2.2.2	davon: teilstationär								
3	Referenzwert 2019								
4	Differenz (Referenzwert 2019 ./ Nr. 2)								<b>Summe:</b>
5	Ausgleichsbetrag pro Tag (Nr. 4 * 560 €)								

**Hinweis zur Ermittlung der Behandlungstage gem § 4 der VE:**  
 Bei vollstationären Behandlungen ist der Aufnahme- und jeder weitere Behandlungstag mit Ausnahme des Entlassungstages zu berücksichtigen. Bei Entlassung am Aufnahme- und Aufnahme- als Behandlungstag zu zählen. Bei teilstationärer Behandlung ist der Aufnahme- und jeder weitere Behandlungstag zu berücksichtigen.

aus Anlage 1 Nr. 2 übertragen

**Tabelle 2: Eintrag ins DIVI IntensivRegister**

6	DIVI IntensivRegister-Verordnung	
6.1	Registrierung IntensivRegister am (Datum)	
6.2	Registrierung / Eintragung NICHT möglich (Begründung / Nachweise beifügen)	
6.3	tägliche Übermittlung an IntensivRegister (Ja/Nein) <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> als Bezugsdatum gelten die jeweiligen Eintragungen unter Nr. 1

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_