

Beispiel für einen Antrag auf Streichung eines Standortes

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und elektronisch aus und senden Sie es an gs@g-ba.de.

1. Antragsteller gem. § 2 Absatz 2 Anlage 3	
a) Vollständiger Name	<i>Krankenhausträger Y gGmbH</i>
b) Anschrift	<i>Stadtstraße 21, 67891 Kirchstadt</i>

2. Antrag wird gestellt für folgendes Krankenhaus (Für jedes Krankenhaus ist ein eigener Antrag auszufüllen.)	
a) Vollständiger Name	<i>St. Maria Krankenhaus</i>
b) Anschrift	<i>Uferstraße 12, 67732 Bruchtal</i>
c) Bundesland	<i>Rheinland-Pfalz</i>
d) Institutionskennzeichen (IK)	<i>260789234</i>

3. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V (Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)	
Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ist das Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja
- Ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
- Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja

4. Antrag auf Änderung der Positivliste

(Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)

Antrag auf Aufnahme (z. B. Aufnahme eines Krankenhauses, Standortes)	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:
Antrag auf Streichung (z. B. Streichung eines Krankenhauses, Standortes)	<input checked="" type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <i>Streichung der Tagesklinik Mariahilf</i>
Andere Korrektur (z. B. Änderung von IK, Name, Adresse, Sonstiges)	<input type="checkbox"/> folgende Namensänderung: <input type="checkbox"/> folgende IK-Änderung: <input type="checkbox"/> folgende Adressänderung: <input type="checkbox"/> folgende sonstige Änderung:

5. Aktuelle Darstellung in der Positivliste

(Bitte nur ausfüllen, sofern und soweit das Krankenhaus auf der Positivliste aktuell geführt ist.)

Haupt-IK	SO-Nr.	Krankenhausname	Straße	Nr.	PLZ	Ort
260789234	99	<i>St. Maria Krankenhaus</i>	<i>Uferstraße</i>	12	67732	<i>Bruchtal</i>
260789234	01	<i>St. Maria Krankenhaus</i>	<i>Uferstraße</i>	12	67732	<i>Bruchtal</i>
260789234	02	<i>Tagesklinik Mariahilf</i>	<i>Dorfstraße</i>	33	67732	<i>Bruchtal</i>

6. Beantragte Darstellung in der Positivliste

Haupt-IK	SO-Nr.	Krankenhausname	Straße	Nr.	PLZ	Ort
260789234	00	<i>St. Maria Krankenhaus</i>	<i>Uferstraße</i>	12	67732	<i>Bruchtal</i>

Hinweis zu dieser Servicedatei: Sollten Angaben im Widerspruch zu den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) stehen, so gelten die Qb-R.

7. Belege/Nachweise

Gemäß § 2 Absatz 4 Anlage 3 Qb-R sind für den Nachweis geeignete Belege zu übermitteln. Beispielsweise sind bei der Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste, der für das Berichtsjahr gültige Krankenhausplan, der Feststellungsbescheid oder andere Nachweise über den Versorgungsauftrag geeignete Belege.

Folgende **Nachweise** sind beigefügt:

1. *Feststellungsbescheid vom 12. September 2017
(Hinweis: aus diesem Feststellungsbescheid geht hervor, dass die Versorgung zukünftig nur noch an einem Standort erfolgt)*

Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise und Beispielformulare, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/>.