

## Beispiel für einen Antrag auf mehrere Änderungen (Aufnahme eines Standortes, Streichung eines Standorts, Änderung des Institutionskennzeichens)

### 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](mailto:gs@g-ba.de).

| 1. Antragsteller gem. § 2 Absatz 2 Anlage 3 |  |
|---|--|
| a) Vollständiger Name                       | <i>Krankenhausträger X gGmbH</i>       |
| b) Anschrift                                | <i>Neue Straße 17a, 12345 Neustadt</i> |

| 2. Antrag wird gestellt für folgendes Krankenhaus<br>(Für jedes Krankenhaus ist ein eigener Antrag auszufüllen.) |                                      |
|--|--------------------------------------|
| a) Vollständiger Name  | <i>St. Josef Krankenhaus</i>         |
| b) Anschrift   | <i>Hauptstraße 1, 12345 Neustadt</i> |
| c) Bundesland  | <i>Niedersachsen</i>                 |
| d) Institutionskennzeichen (IK)  | <i>260677888</i>                     |

| 3. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V<br>(Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)  |   |
|--|---|
| Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?   | <input checked="" type="checkbox"/> Ja<br><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<br>(z. B. Aufnahme eines Krankenhauses,<br>Standortes)     | <input checked="" type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <i>Aufnahme der Tagesklinik am Standort Altstadt</i>  |
| Antrag auf Streichung<br>(z. B. Streichung eines Krankenhauses,<br>Standortes) | <input checked="" type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <i>Streichung der Tagesklinik am Standort Vorstadt</i>  |
| Andere Korrektur<br>(z. B. Änderung von IK, Name, Adresse,<br>Sonstiges)       | <input type="checkbox"/> folgende Namensänderung:<br><br><input checked="" type="checkbox"/> folgende IK-Änderung: <i>Korrektur der IK von 260611013 zu 260677888</i><br><br><input type="checkbox"/> folgende Adressänderung:<br><br><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      |
|-----------|--------|---|---------------|-----|-------|----------|
| 260611013 | 99     | St. Josef<br>Krankenhaus                              | Hauptstraße   | 1   | 12345 | Neustadt |
| 260611013 | 01     | St. Josef<br>Krankenhaus                              | Hauptstraße   | 1   | 12345 | Neustadt |
| 260611013 | 02     | St. Josef<br>Krankenhaus -<br>Tagesklinik<br>Vorstadt | Rathausstraße | 33  | 12334 | Vorstadt |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |

**6. Beantragte Darstellung in der Positivliste**

| Haupt-IK  | SO-Nr. | Krankenhausname                                       | Straße        | Nr. | PLZ   | Ort      |
|-----------|--------|---|---------------|-----|-------|----------|
| 260677888 | 99     | St. Josef<br>Krankenhaus                              | Hauptstraße   | 1   | 12345 | Neustadt |
| 260677888 | 01     | St. Josef<br>Krankenhaus                              | Hauptstraße   | 1   | 12345 | Neustadt |
| 260677888 | 02     | St. Josef<br>Krankenhaus -<br>Tagesklinik<br>Altstadt | Brunnenstraße | 20  | 12355 | Altstadt |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |
|           |        |   |               |     |       |          |

## **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: dieser Feststellungsbescheid belegt, dass das Krankenhaus über drei Standorte verfügt, wobei ein Standort geschlossen und ein neuer Standort eröffnet wurde)*
2. *Schriftwechsel mit der ARGE IK vom 13. September 2016  
(Hinweis: der Schriftwechsel belegt die Vergabe einer neuen IK)*

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