



Behandlungsvertrag

zwischen

Patientenetikett

Vertretungsperson:

Name: _____

Vorname _____

Anschrift: _____

und

der **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**, vertreten durch den Geschäftsführer, dieser ist vertreten durch den Unterzeichner

über die vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.01.2018 niedergelegten Bedingungen.

Hinweis:

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Herdecke, den _____

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten: des oder
der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des
Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

Unterschrift des Vertreters



Empfangsbekanntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung*

- des Behandlungsvertrages
- des DRG- oder PEPP-Entgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG und BPfIV n. F.
- der Wahlleistungsvereinbarung
- der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
- des Einverständnisses gemäß § 17 c Abs. 5 KHG zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung
- der Patienteninformation zur Datenverarbeitung
- des Merkblatts zur Aufklärung über die Eigenbeteiligung zur stationären Behandlung und Zuzahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte
- der Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

erhalten.

Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass ich meine Wertsachen im Tresor der Aufnahme hinterlegen kann. Für Wertsachen, die sich nicht im Tresor befinden, haftet das Krankenhaus nicht.

Patientenidentifikationsarmbänder

Ihre Sicherheit während des stationären Aufenthaltes im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke steht für uns an erster Stelle. Deshalb erhalten Patienten der somatischen Abteilungen bei der Aufnahme ein persönliches Patientenarmband mit einer Kombination von Identifikationsmerkmalen (Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Patienten-, Fallnummer). Während Ihres gesamten Aufenthaltes können wir bei allen Behandlungsschritten Ihre Identität feststellen und überprüfen. Wenn Sie das Patientenarmband nicht tragen möchten, können Sie dies ablehnen.

Datum

Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie Fragen zu den beiliegenden Verträgen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter in der Stationären Patientenaufnahme (Tel. 3084) gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch Einsicht in die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) nehmen.

* Zutreffendes bitte ankreuzen



**PEPP-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BpflV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BpflV**

Die **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**

berechnet ab dem **01.04.2019** folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BpflV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BpflV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2019

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **286,42 €** und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2019 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Anlage 1a		PEPP-Entgeltkatalog	
		Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung	
PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,4101
		2	1,3120
		3	1,2938
		4	1,2761
		5	1,2585
		6	1,2408
		7	1,2231
		8	1,2055
		9	1,1878
		10	1,1702
		11	1,1525
		12	1,1348
		13	1,1172
		14	1,0995
		15	1,0818
		16	1,0642



**GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE**

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 250,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,1348	250,00 €	12 x 283,70 = 3.404,40 €

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungskategorie. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungskategorie heranzuziehen.

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0642	250,00 €	29 x 266,05 = 7.715,45 €

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2019 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2019 (PEPPV 2019) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2019

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2019 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2019 abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5					PEPP-Version 2019	
PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte						
ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2018		Bewertungsrelation je Tag	
			OPS-Kode	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung		
			ET01.04	9-640.06	6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,1997
			ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	1,9173
			ET01.06	9-640.08	18 oder mehr Stunden pro Tag	2,9756
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1810	



	erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2268
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2569
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,5809
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,8787
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2654
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,4546
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0838
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,2447
Fußnoten: 1) Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gem. Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gem. Spalte 4 sind nicht abrechenbar.					

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2019 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV 2019

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2019 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2019 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2019 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2019 für die in **Anlage 4** PEPPV 2019 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BpflV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 5 PEPPV 2019 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2019 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.



GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag
ZP2019-26	Gabe von Paliperidon, intramuskulär, je mg	6,17 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2019

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2019 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2019.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2019 im Jahr 2019 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

Entgelt nach § 6 BPfIV	Bezeichnung	Zahlbetrag
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	416,52 €
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Syndrome	413,47 €
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen	257,65 €
TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	303,70 €

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 BPfIV

Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,87 €** (Qualitätssicherungszuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall).

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 €**.
- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **1,82 €**.



GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE

- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall **in Höhe von 95,24 €**.
- Zuschlag für die medizinische notwendige Aufnahme von Begleitpersonen **in Höhe von 45,00 €** pro Tag
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall **in Höhe von 0,20 €**.

6. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

a) vorstationäre Behandlung

Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	50,11 €
Psychosomatik	99,19 €

b) nachstationäre Behandlung

Psychiatrie und Psychotherapie	37,84 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	20,45 €
Psychosomatik	47,55 €

7. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **30,00 €**.

8. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **€ 10,-** je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

9. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2019 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2019 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient



GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE

innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahme tag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

10. Entgelte für Walleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Walleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Walleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der walleistlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.04.2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der PEPP-Entgelttarif vom 01.01.2019 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit den Mitarbeiterinnen der Patientenaufnahme in Verbindung (Tel.: 3084).

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Walleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.



Christian Klodwig
Geschäftsführer



Patienteninformationen zur Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, mit diesem Anschreiben informieren wir Sie über den Umgang und die Verarbeitung ihrer persönlichen Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.

Wozu benötigen wir Ihre Daten?

Im Rahmen des von Ihnen und zu Ihren Gunsten mit dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke abgeschlossenen **Behandlungsvertrages** werden personenbezogene Daten verarbeitet, soweit dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist; insbesondere auch für diagnostische Zwecke und die Abrechnung mit den Kostenträgern.

Welche Daten speichern wir?

Es werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt. Bei der Aufnahme über die Verwaltung des Krankenhauses, während Ihrer Behandlung und bezüglich des Entlassmanagements werden alle notwendigen personenbezogenen Daten und behandlungsrelevante Informationen digital in einem Patienteninformationssystem gespeichert und in der Krankenakte geführt. Bei einer medizinischen Notwendigkeit (z.B. Wunddokumentation) werden mit Ihrer Zustimmung Bildaufnahmen gemacht.

An wen werden die Daten weitergegeben?

Den **Krankenkassen** werden gemäß § 301 Sozialgesetzbuch V die zur Abrechnung notwendigen Daten übermittelt. Umfangreichere Behandlungsdaten können vom **Medizinischen Dienst** der Krankenkassen angefordert werden, wenn eine Prüfung der Dauer und Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Dies wird gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst vorgenommen. Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen zur Zweckbestimmung und Weitergabe von Daten an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) können Daten übermittelt werden.

Weitere Übermittlungen:

Meldung nach dem Krebsregistergesetz für Nordrhein-Westfalen. (Krebs-Ersterkrankungen werden anonymisiert an das **Krebsregister NRW** gemeldet.)

Alle Krankenhäuser in Deutschland sind zur Teilnahme an den Verfahren zur externen **Qualitätssicherung** gesetzlich verpflichtet. Die Weitergabe von Behandlungsdaten erfolgt pseudonymisiert und unter strengen, datenschutzrechtlichen Vorgaben. Weiterhin werden pseudonymisierte Behandlungsdaten im Rahmen des Follow-up-Verfahrens übermittelt.

Nähere Informationen zu den einzelnen Sie ggf. betreffenden Qualitätssicherungsverfahren finden Sie auf der Webseite des Gemeinsamen Bundesausschuss www.g-ba.de; auf Wunsch stellen wir Ihnen das Sie betreffende Informationsblatt gerne auch ausgedruckt zur Verfügung.

Vom Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke werden die unten aufgeführten **Auftragsverarbeitungen** (§ 62 BDSG, § 80 SGB X, Art. 28 DSGVO) extern vergeben:

Externe Laboranalyse:

Bioscentia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH,
Konrad-Adenauer-Str. 17, 55218 Ingelheim.

Behandlungs- und Operationsberichte:

Schreibbüro der „MediGlobal-Service GmbH“ am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.

Pathologische Untersuchungen

Institut für Pathologie Remscheid, Bürgerstraße. 211,
42859 Remscheid.

Scan-Dienstleistungen zur digitalen Archivierung der Patientenakte:

Deutsche Mikrofilm Institut für medizinische Dokumentation und Archivierung,
Otto-Hahn-Straße 11-13, 48161 Münster.

Widerspruch

Wurden von Ihnen im Behandlungszusammenhang freiwillige Einwilligungen erteilt, haben Sie die Möglichkeit diese mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Auskunft

Gemäß § 630g Patientenrechtegesetz (BGB), Artikel 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und § 34 Bundesdatenschutzgesetz gelten die Bestimmungen zur Auskunftspflicht gegenüber den Patienten.

Wie lange bleiben Ihre Daten gespeichert?

Daten in einer Krankenakte werden mindestens 30 Jahre aufbewahrt. Unter Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen für medizinische Unterlagen wird der Inhalt der Patientenakte digital archiviert.

Beschwerden

Können Sie Unstimmigkeiten nicht mit den Betroffenen oder dem Datenschutzbeauftragten des Gemeinschaftskrankenhauses klären, sind Beschwerden gemäß Artikel 77 DSGVO an den Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen zu richten.

Kontakt

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten für das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke:

Mail: Datenschutz@Gemeinschaftskrankenhaus.de



Wir bitten Sie, die im Folgenden aufgeführten Möglichkeiten anzukreuzen, damit wir die entsprechenden Angaben berücksichtigen und an die jeweils zuständigen Stellen weiterleiten können.

Datenaustausch zwischen medizinischen Einrichtungen

Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem **Hausarzt, einweisenden Arzt oder medizinischen Einrichtungen** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt, einweisenden Arzt oder an medizinische Einrichtungen** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

ja nein

Weitergabe der Daten innerhalb des Krankenhauses

Sollten Angehörige und Besucher Auskunft an der Pforte wünschen, ob ich im Krankenhaus bin, auf welcher Station und in welchem Zimmer, können sie diese erhalten.

ja nein

Der Krankenhauseseelsorge darf meine Konfession, mein Name, die Station auf der ich behandelt werde und die Zimmernummer mitgeteilt werden.

ja nein

Das Krankenhaus darf mir kostenfrei Informationspost sowie einmalig seine Hauszeitschrift „Medizin individuell“ zusenden.

ja nein

Mein **Hausarzt/Facharzt** ist:

Name und Anschrift des Arztes

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligungen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Die **Patienteninformation zur Datenverarbeitung** im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wurde mir in schriftlicher Form überreicht, die zustimmungspflichtigen Angaben wurden mir erläutert und von mir ausgewählt.

Die „**Patienteninformation zum Datenschutz nach der EU-DSGVO**“ wurde mir zur Mitnahme angeboten.

Herdecke, den _____

Unterschrift



Merkblatt zur Aufklärung über die Eigenbeteiligung zur stationären Behandlung und Zahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte

1. Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung

Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Versicherte nach § 39 Abs. 4 SGB V für jeden Kalendertag im Krankenhaus 10 Euro an das Krankenhaus zu zahlen (innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage).

Der Zuzahlungsbetrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

Zuzahlungen, die bereits während des Jahres für vorausgehende stationäre Behandlungen an ein Krankenhaus, an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI sowie im Rahmen von stationären Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 6 S. 1 SGB V an die Krankenkassen geleistet wurden, werden auf die für Ihren jetzigen Krankenhausaufenthalt zu leistende Zuzahlung angerechnet.

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht

- bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bei ambulanter, vor-, nach- und teilstationärer Behandlung im Krankenhaus,
- bei berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung,
- bei Krankenhausbehandlung wegen anerkannter Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- bei Krankenhausaufenthalten zur Entbindung,
- bei Befreiungen von der Zuzahlungspflicht.

2. Zahlungsaufforderung

Soweit Sie zur Zahlung der Zuzahlung verpflichtet sind, fordern wir Sie hiermit auf, am Tag der Entlassung den Zuzahlungsbetrag in der Stationären Patientenaufnahme in bar oder per EC-Karte zu entrichten.

Öffnungszeiten der Stationären Patientenaufnahme:

Montag - Donnerstag: 7:30 Uhr bis 15:30 Uhr

Freitag: 07:30 Uhr bis 13:30 Uhr

3. Erklärung des Patienten

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines stationären Krankenhausaufenthaltes an das Krankenhaus entrichten.

Datum

Unterschrift des Patienten

Sollten Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sein oder in diesem Jahr bereits Zuzahlungen geleistet haben, bitten wir um Vorlage der Quittungen oder des Befreiungsausweises in der stationären Patientenaufnahme.

Befreiung liegt in Kopie vor



Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39Abs. 1a SGB V

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z.B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z.B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.



Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflege-kassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder

Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte

Ihr Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke