



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 01.01.2005 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 PEPP- bzw. DRG- Entgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten nach § 8 Abs. 6 BPfIV bzw. § 8 KHEntgG
- der Walleistungsvereinbarung
- der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
- des Einverständnisses gem. § 17c Abs. 5 KHG zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung
- des Hinweises auf die 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 (Familiename, 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 2017 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BPfIV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BPfIV**

Die **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**

berechnet ab dem **01.09.2017** folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV 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) gem. § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Abs. 1 PEPPV 2017

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsstufen 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 **264,31 €** 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 2017 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 Krankenhausaufenthaltes 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
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär			
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	1,3323
		2	1,2349
		3	1,2236
		4	1,2110
		5	1,1983
		6	1,1856
		7	1,1729
		8	1,1602
		9	1,1475
		10	1,1348
		11	1,1221
		12	1,1094
		13	1,0967
		14	1,0840
		15	1,0714
		16	1,0587



**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	1,1094	250,00 €	12 x 277,35 = 3.328,20 €

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	1,0587	250,00 €	29 x 264,68 € = 7.675,72 €

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 2017 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2017 (PEPPV 2017) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gem. § 6 PEPPV 2017

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2017 oder zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 BPfIV können bundeseinheitlich ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2017 abgerechnet werden. Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5		PEPP-Entgeltkatalog			PEPP-Version 2017	
Katalog ergänzender Tagesentgelte						
ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2017		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	1,2269
			ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	2,0057
			ET01.06	9-640.08	18 und mehr Stunden pro Tag	3,0124
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.01	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1508	
			9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2004	
			ET02.02	9-61b.*	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 und mehr Merkmalen	0,2317
ET04	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.0	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,4656
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,9401
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,1981



ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,3798
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0157
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,0195
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 der PEPPV 2017 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 gem. § 5 PEPPV 2017

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 2017 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2017 in Verbindung mit der **Anlage 3** der PEPPV 2017 vorgegeben.

Daneben können nach §5 Abs. 2 PEPPV 2017 für die in **Anlage 4** PEPPV 2017 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, 2a und 5 PEPPV 2017 oder zu den Entgelten nach § 6 Abs.1 BpflV abgerechnet werden.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2017 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag
ZP2017-26	Gabe von Paliperidon, intramuskulär, je mg	5,69 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 PEPPV 2017

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 BpflV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2017 aus den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2017.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2017 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2017 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2017 im Jahr 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung



GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE

nung für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

Entgelt nach § 6 BpflV	Bezeichnung	Zahlbetrag
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	392,85 €
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Syndrome	392,85 €
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen	244,98 €
TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	286,44 €

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 BpflV

Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,99 €**.

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 **1,30 €**.
- 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 **1,49 €**.
- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **84,14 €**.
- Zuschlag für die medizinische notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag
- Zuschlag für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (CIRS-NRW) in Höhe von **0,20 €** je vollstationärem Fall.

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

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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

9. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2017 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 21 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in die selbe 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 innerhalb von 120 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- und Entlassungstage aller zusammenzuführender Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

10. Entgelte für Wahlleistungen

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

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.09.2017 in Kraft. Gleichzeitig wird der PEPP-Entgelttarif vom 01.01.2017 aufgehoben.



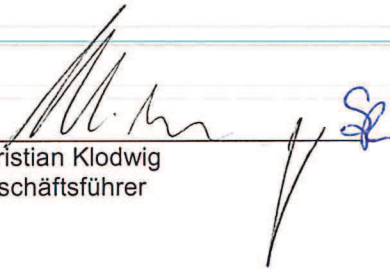
GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

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).

Dort können Sie 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 Wahlleistungen 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



Hinweise und Zustimmung zur Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages, Daten über meine Person, bei Bedarf mein sozialer Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet, genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherungsart (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

- Name des Versicherten,
- Geburtsdatum,
- Anschrift,
- Krankenversicherungsnummer,
- Versichertenstatus,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahme-diagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
- Datum und Art der im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.
- Meldung nach dem Krebsregistergesetz Nordrheinwestfalen. (Krebs-Ersterkrankungen werden anonymisiert an das Krebsregister NRW gemeldet.)
- Pseudonymisierte Weitergabe von Behandlungsdaten zur gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung in Krankenhäusern. (Nähere Informationen dazu können Sie vom QM-Beauftragten oder Datenschutzbeauftragten des Gemeinschaftskrankenhauses erhalten.)

Dienstleistungen durch Dritte

Vom Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke werden die unten aufgeführte Dienstleistungen extern vergeben. (Wünschen Sie hier keine Datenweitergabe, streichen Sie den entsprechenden Absatz und unterrichten Sie die Aufnahmeabteilung.)

Ich bin einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Daten an das medizinische Labor, **„Bioscentia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH**, Konrad-Adenauer-Str. 17, 55218 Ingelheim“, zum Zweck labormedizinischer Untersuchung weiterleitet.

Ich bin einverstanden, dass die Behandlungs- und Operationsberichte von dem **Schreibbüro** der **„Medi-Global-Service GmbH“** am Gemeinschaftskrankenhaus erstellt werden.

Ich bin einverstanden, dass die Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen mit Hilfe der **„ABV Gesellschaft für Arztabrechnung**, Obere Saarlandstr. 3, 48470 Mülheim an der Ruhr“, erfolgen kann.

Ich bin einverstanden, dass pathologische Untersuchungen beim **„Institut für Pathologie Remscheid**, Bürgerstraße. 211, 42859 Remscheid“, vorgenommen und befundet werden.

Ich bin einverstanden, dass die **Scan-Dienstleistungen zur digitalen Archivierung der Patientenakte** durch das **„Deutsche Mikrofilm Institut für medizinische Dokumentation und Archivierung**, Otto-Hahn-Straße 11-13, 48161 Münster“ durchgeführt werden.



Die Weitergabe einzelner Informationen zur Ihrer Person, sind von Ihrer Zustimmung abhängig. Wir bitten Sie daher, die im Folgenden aufgeführten Möglichkeiten anzukreuzen, damit unsere MitarbeiterInnen die entsprechenden Angaben berücksichtigen und an die jeweils zuständigen Stellen weiterleiten können.

1. 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
2. Der Krankenhauseeelsorge darf meine Konfession, mein Name, die Station auf der ich behandelt werde und die Zimmernummer mitgeteilt werden. ja nein
3. Der Behandlungsverlauf und Entlassungsbericht soll an den einweisenden Arzt, den Hausarzt oder an medizinische Einrichtungen zum Zweck der Mit- oder Weiterbehandlung gesandt werden ja nein
4. Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt / einweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. ja nein
5. Das Krankenhaus darf mir kostenfrei Informationspost sowie einmalig seine Hauszeitschrift „Medizin individuell“ zusenden. ja nein

Mein **Hausarzt/Facharzt** ist:

Name und Anschrift des Arztes

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen werden.

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

Herdecke, den _____

Unterschrift des Patienten

Für Rückfragen steht Ihnen gerne der Datenschutzbeauftragte des Gemeinschaftskrankenhauses, Herr B. Ahlborn, zur Verfügung – Tel.: (über die Pforte) 02330-62-0, Fax: 02330-62-4029, Mail: DSB@Gemeinschaftskrankenhaus.de

Freigabe am:	Freigabe durch:	Erstellt von	Revision	Revision geplant	Dokumentenname	Seite
01.06.2016	GF	Sasaki-Rahmann	3.3	31.12.2016	PAT_FB_7_141_Datenverarbeitung_V3.3	Seite 2 von 2



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 Gesetzgeber hat die Einziehung dieser Zuzahlungen auf die Krankenhäuser übertragen. Dabei sind die Zuzahlungen eine Forderung der Krankenkassen und werden von den Krankenhäusern nicht einbehalten, sondern an diese weitergeleitet. Die Krankenhäuser handeln lediglich im Auftrag der Krankenkassen.

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 Montag - Freitag
7:30 Uhr bis 15:00 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 § 39 Abs. 1a SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung der Entlassung und zur Sicherung der Behandlungsergebnisse der Behandlung schlagen wir Ihnen eine auf Sie zugeschnittene Anschlussversorgung nach der Entlassung vor. Diese 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, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten oder Selbsthilfegruppen können von dieser Anschlussversorgung umfasst werden.

Sie haben einen rechtlichen Anspruch auf diese Unterstützung durch das Krankenhaus. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, für Sie eine lückenlose Anschlussversorgung zu organisieren. Dazu ermitteln die Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen, Ihren Angehörigen und anderen Unterstützern, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung für Sie sinnvoll und erforderlich sind. Nach dieser Klärung leiten wir als Krankenhaus diese Maßnahmen mit Ihrer Zustimmung bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können im begrenzten Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und häusliche- (Fach-)Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf werden die Mitarbeiter des Entlassmanagements auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Sie als Patient werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch die Mitarbeiter des Krankenhauses informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit Ihnen abgestimmt. Wenn Sie dies wünschen, ziehen wir auch Angehörigen und Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzu.

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. Sofern bei Ihnen im Laufe der Behandlung Maßnahmen zum Entlassmanagement notwendig sind, werden unsere Mitarbeiter Sie um Ihre schriftliche



Zustimmung zum Entlassmanagement sowie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und der damit verbundenen Datenübermittlung bitten.

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?

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-/Pflegekassen 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 schriftlich 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.

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 Plegekassen 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