Zu Händen
des Patienten

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

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

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

Empfangsbekenntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung*

(×) des Behandlungsvertrages

(×) des DRG- oder PEPP-Entgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG und BPflV 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

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

DRG-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**

berechnet ab dem **01.01.2024** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2024) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2024) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4.206,00 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,513	€ 4.000,00	€ 2.052,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,116	€ 4.000,00	€ 12.464,00

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es 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 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2024 (DRG-EKV 2024) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2024 anzuwendenden Abrechnungsbestimmungen nach § 17b Abs. 2 S. 1 KHG von Seiten des GKV-Spitzenverbandes sowie dem Verband der Privaten Kranken–versicherung gemeinsam der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Fallpauschalenverein–barung 2024 – FPV 2024 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundes–ministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2024 verweist.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fall-pauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2024

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2024

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwal-tungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2024 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2024 genannten Zusatz-entgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatz-entgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag
ZE2024-25	Modulare Endoprothesen	2.079,01 €
ZE2024-26	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	1.214,97 €
ZE2024-45	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	2.948,90 €
ZE2024-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	875,81 €
ZE2024-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral	0,38 €

ZE2024-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	647,04 €
ZE2024-88	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen	738,94 €
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	139,25 €
ZE2024-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg	3,02 €
ZE2024-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg	3,37 €
ZE2024-121	Gabe von Etanercept, parenteral, je mg	3,69 €
ZE2024-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg	0,71 €
ZE2024-124	Gabe von Voriconazol, oral, je mg	10,37 €
ZE2024-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 1000mg	31,10 €
ZE2024-127	Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi , parenteral, je IE	0,11 €
ZE2024-129	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je IE	0,54 €
ZE2024-143	Gabe von Eltrombopag, oral, je mg	1,70 €
ZE2024-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg	3,99 €
ZE2024-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg	134,29 €
ZE2024-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg	11,11 €
ZE2024-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg	2,00 €
ZE2024-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg	1,89 €
ZE2024-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg	2,13 €
ZE2024-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg	6,29 €
ZE2024-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral, je µg	65,06 €
ZE2024-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg	12,00 €
ZE2024-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je mg	2,92 €
ZE2024-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je mg	0,15 €
ZE2024-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je mg	26,18 €
ZE2024-180	Gabe von Azacitidin, parenteral, je mg	2,57 €
ZE2024-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral, je mg	5,48 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte nach Anlage 3a FPV 2024:

Entgelte	Bezeichnung	Zahlbetrag
740Z_7	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	487,81 €
741Z_7	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	452,97 €
742Z_7	Knochenmark-Biopsie oder Liquordiagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	365,12 €
748Z_7	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	320,22 €
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	412,13 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	422,94 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	309,28 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	419,89 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	311,28 €
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	519,53 €
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-	322,50 €

	System und Bindegewebe	
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	492,20 €
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	274,96 €
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	387,66 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2023 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: **19,00 €**

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €**

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

    - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben: **14,00 €**

    - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben: **13,00 €**

    - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben: **12,00 €**

6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall **in Höhe von 73,89 €**.

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall **in Höhe von 222,87 €.**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen **in Höhe von 45,00 €** pro Tag.
  (Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.)

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Pflegekräften **in Höhe von 45,00 €** pro Tag.

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG **in Höhe von 43,77 €** je vollstationärem Fall.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG **in Höhe von 0,17 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG (Hygienezuschlag).

- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG KHG **in Höhe von 0,93 €** (Qualitätssicherungszuschlag).

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall **in Höhe von 0,20 €**.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus **in Höhe von 16 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß §7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung **in Höhe von einmalig 280,00 €**.

- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen **in Höhe von 11,500 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	Bezeichnung	Zahlbetrag
NUB2024-19	Eribulin, je mg	383,87 €
NUB2024-139	Ablösbare, ultraweiche Mikrocoils zur intrakraniellen Therapie Gefäßmalformationen und Aneurysmen	611,41 €
NUB2024-143	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, je Stent; OPS 8-84b.*0	10.674,02 €
NUB2024-277	Volumencoils zur Aneurysmatherapie, intrakraniell, je Coil	853,92 €
NUB2024-296	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil	354,97 €
NUB2024-297	Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung, intrakraniell, pro Coil	640,44 €

8. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17 Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der derzeitige Pflegeentgeltwert beträgt **237,52 €.**

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall **in Höhe von 1,43 €.**

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 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 voll- und teilstationären Krankenhausfall **in Höhe von 2,94 €.**

10. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Kranken–hausfall **in Höhe von 1,79 €.**

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Fachabteilung	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €

Zusätzlich können Untersuchungen mit Großgeräten wie CT und MRT in Rechnung gestellt werden.

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

12. 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 €**.

13. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

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. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** 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.

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Beleghebammen

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern abgegolten. Diese Leistungen werden von der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

16. 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 wahlärztlicher Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2024 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.: 02330 623084).

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten 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.

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 Landeskrebsregistergesetz (LKRG NRW). Zur Verbesserung der Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen sind alle Ärzte bzw. Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich verpflichtet, Diagnosen, Therapien sowie Verläufe von Krebserkrankungen an das Krebsregister NRW zu melden. Die Weitergabe der persönlichen und klinischen Daten erfolgt ausschließlich elektronisch unter strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben. Ein Widerspruch hiergegen sieht das Gesetz nicht vor. Sie können jedoch nach der notwendigen Verarbeitung einer dauerhaften Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen, die Aufschluss über Ihre Identität geben, wie Name, Geburtsdatum, Adresse. Der Widerspruch kann gegenüber dem behandelnden Arzt erklärt werden. Nach Widerspruch werden diese Daten lediglich als Nummer gespeichert und können nicht wiederhergestellt werden. Hierdurch können behandelnde Ärzte allerdings auch keine Einsicht mehr in die Tumorhistorie, onkologische Patientenakte und Fremdmeldungen nehmen. Ebenso können Sie nicht mehr kontaktiert werden, um Ihr Einverständnis zur Teilnahme an Forschungsprojekten oder Studien zu geben. Sie haben jederzeit das Recht einen Antrag beim Krebsregister NRW zu stellen, um schriftlich darüber informiert zu werden, ob und ggf. welche Daten über sie gespeichert sind und ob und ggf. von wem hierzu Datenabrufe erfolgt sind. Informationen zur Datenübermittlung, sowie dem Widerspruchs- und Auskunftsrecht, erhalten Sie auch auf der Webseite des Krebsregisters NRW: https://www.landeskrebsregister.nrw/patienten/patienteninformation-und-widerspruch/. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch einen Ausdruck der Daten aus, die von uns verpflichtend zu übermitteln sind.

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.

Pathologische Untersuchungen
Institut für Pathologie Remscheid, Burgerstraße. 211, 42859 Remscheid.

Behandlungs- und Operationsberichte:
Schreibbüro der „MediGlobal-Service GmbH“ am Gemeinschaftskrankenhau Herdecke.

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 Krankenhausseelsorge 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 Unterlagen zum Zwecke einer freiwilligen und anonymen Patientenbefragung 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 „**Patenteninformation zum Datenschutz nach der EU-DSGVO“** wurde mir zur Mitnahme angeboten.

Herdecke, den _____ _____

Unterschrift

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

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

Sollten Sie außerhalb der Öffnungszeiten entlassen werden, erhalten Sie später von uns eine Rechnung nach Hause.

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 ☐

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

Patientenetikett

Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement

(§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V)

Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt, um mir eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussbehandlung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z.B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

☐ ja ☐ nein

Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagement durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagement verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

☐ ja ☐ nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die oben genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Datum

Unterschrift

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname und Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
gemeinnützige GmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke
www.gemeinschaftskrankenhaus.de
Telefon (02330) 62-0

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

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patient*innen 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 Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, 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 Patient*in aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patient*in 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.

Der/Die Patient*in wird über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn ein*e Patient*in es wünscht, werden die 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 Patient*in in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich sein, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzt*innen, Heilmittelerbringenden (z. B. Physio- oder Ergotherapie) oder Lieferant*innen von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patient*in 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*in voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patient*in ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ oder Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
gemeinnützige GmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke
www.gemeinschaftskrankenhaus.de
Telefon (02330) 62-0

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

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

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn der/die Patient*in kein Entlassmanagement wünscht 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?

Hat ein*e Patient*in bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchte die Einwilligung jedoch zurücknehmen, kann dies jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen werden.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie als Patient*In den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie als Patient*In 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 der 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 gerne weitere Auskünfte

Ihr Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke