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 Hinweise und Zustimmung 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 2018 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**

berechnet ab dem **01.01.2018** 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 2018) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2018) 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 **3.452,70 €** 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	0,718	€ 3.500	€ 2.513,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,621	€ 3.500	€ 12.673,50

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2018

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 2018 (FPV 2018).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2018

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner 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 2018 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2018 genannten Zusatzentgelte **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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00** € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 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
ZE2018-26	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS 8-975.3)	1.235,63 €
ZE2018-36	Versorgung von Schwerstbehinderten	566,70 €
ZE2018-45	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS 1-940)	2.521,46 €
ZE2018-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt;[…] eine Prothese ohne Antirefluxventil) (OPS 5-429.j1)	705,39 €
ZE2018-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt;[…] zwei Prothesen ohne Antirefluxventil) (OPS 5-429.j4)	1.410,78 €
ZE2018-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt;[…] (OPS 5-513.m0/ OPS 5-513.n0 / OPS 5-517.00)	833,83 €
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-028.92)	17.022,41 €
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-028.a2)	14.784,56 €

ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-028.c2)	17.800,00 €
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-039.e2 oder OPS 5-059.c2)	22.907,52 €
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-039.f2 oder OPS 5-059.d2)	20.047,95 €
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-039.n2 oder OPS 5-059.g2)	23.800,00 €
ZE2018-74	Gabe von Sunitinib, oral; je mg	3,71 €
ZE2018-104	Gabe von Trastuzumab, subkutan; je mg	3,96 €
ZE2018-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral; je mg	3,40 €
ZE2018-112	Gabe von Abirateronacetat, oral; je mg	0,13 €
ZE2018-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral	5,99 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

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 2018:

Entgelte	Bezeichnung	Zahlbetrag
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	537,18 €
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	537,18 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	537,18 €
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	375,90 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	523,61 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie – Komplexbehandlung	337,00 €
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	537,18 €
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	537,18 €
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	537,18 €
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	537,18 €
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	537,18 €
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	537,18 €

K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	537,18 €
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	375,90 €
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	342,28 €
W01A	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, mit Frührehabilitation	537,18 €
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	537,18 €
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	537,18 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 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 2018 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 2018 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in **Höhe von 87,86 €.**

- 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.

- Abschlag für Erlösausgleiche gem. § 5 Abs.4 KHEntgG in **Höhe von 0,87 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie die Sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Abschlag für Mehrleistungen gem. § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG **in Höhe von 1,32 %** auf den Landesbasisfallwert je Bewertungsrelation voll- und teilstationärer Fälle.

- Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz **in Höhe von 0,15 %** 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 (Pflegestellen-Förderprogramm).

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG **in Höhe von 0,03 %** 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).

- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gem. § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall **in Höhe von 22,00 €**.

- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG KHG **in Höhe von 0,91 €** (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 €**.

6. 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
NUB	Eribulin (je mg)	447,44 €
NUB	Pertuzumab (je mg)	6,89 €
NUB	Temozolomid, intavenös (je mg)	2,97 €
NUB	Pomalidomid (je mg)	120,42 €
NUB	Carfilzomib (je mg)	25,42 €

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall **in Höhe von 1,31 €.**

- 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 1,70 €.**

8. 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.

9. 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 €**.

10. 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.

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 zusammengefasst und abgerechnet.

12. 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.

13. 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 03.04.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 23.01.2018 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 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.

Christian Klodwig
Geschäftsführer

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
gemeinnützige GmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke
www.gemeinschaftskrankenhaus.de
Telefon (0 23 30) 62-0
Fax (0 23 30) 62-3995

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 Versichertenart (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

- Name des Versicherten,
- Geburtsdatum,
- Anschrift,
- Krankenversichertennummer,
- Versichertenstatus,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, 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**, Burgerstraße. 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.

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
gemeinnützige GmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke
www.gemeinschaftskrankenhaus.de
Telefon (0 23 30) 62-0
Fax (0 23 30) 62-3995

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 Krankenhausseelsorge 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

Stadtsparkasse Herdecke, Konto: 3 054 400, BLZ: 450 514 85
IBAN: DE02 4505 1485 0003 0544 00, BIC: WELADED1HER
St.-Nr. 348/5706/2747 FA Witten, Amtsgericht Hagen HRB 8198
Geschäftsführung: Christian Klodwig

AnthroMed
KLINIKNETZWERK

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

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

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
gemeinnützige GmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke
www.gemeinschaftskrankenhaus.de
Telefon (0 23 30) 62-0
Fax (0 23 30) 62-3995

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.

<u>Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?</u>

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

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
gemeinnützige GmbH
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke
www.gemeinschaftskrankenhaus.de
Telefon (0 23 30) 62-0
Fax (0 23 30) 62-3995

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 Arzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Arzte 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 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