



## Behandlungsvertrag

zwischen

Patientenetikett
------------------

### Vertretungsperson:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

und

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

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

### Hinweis:

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

Herdecke, den \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters



### Empfangsbekanntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung\*

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

erhalten.

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

#### Patientenidentifikationsarmbänder

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

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

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

\* Zutreffendes bitte ankreuzen



**PEPP-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser  
im Anwendungsbereich der BpflV  
und  
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BpflV**

Die **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**

berechnet ab dem **01.01.2024** folgende Entgelte:

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

**1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BpflV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2024**

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **339,53 €** 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 2024 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Anlage 1a		PEPP-Entgeltkatalog		PEPP-Version 2024
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung				
PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage/ Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag	
1	2	3	4	
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,4663	
		2	1,2894	
		3	1,2739	
		4	1,2582	
		5	1,2426	
		6	1,2269	
		7	1,2114	
		8	1,1956	
		9	1,1801	
		10	1,1643	
		11	1,1488	
		12	1,1332	
		13	1,1175	
		14	1,1019	
		15	1,0863	
		16	1,0705	
		17	1,0549	
		18	1,0392	



Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 320,00 €** 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	1,1332	320,00 €	12 x 362,62 <b>= 4.351,44 €</b>

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse 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	1,0392	320,00 €	29 x 332,54 <b>= 9.643,66 €</b>

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 2024 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2024 (PEPPV 2024) vorgegeben.

## 2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2024

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2024 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2024 abgerechnet werden.

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

Anlage 5					PEPP-Version 2024
PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte					
ET	Bezeichnung	ET <sub>d</sub>	OPS Version 2023: OPS-Kode	OPS Version 2023: OPS-Text	Bewertungsrelation / Tag
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	Mehr als 6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,4674
		ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis unter 18 Stunden pro Tag	2,4468
		ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,5690
ET02 <sup>1)</sup>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,2166



	erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2420
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2862
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,7057
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,8774
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,6407
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,4310
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,1344
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,5699

**Fußnote:**

<sup>1)</sup> 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.

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 20.10.2023

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2024 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

### 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV 2024

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 2024 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2024 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2024 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2024 für die in **Anlage 4** PEPPV 2024 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BpflV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2024 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2024 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
ZP2024-26	Gabe von Paliperidon, intramuskulär, je mg	6,56 €

#### 4. 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 einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2022:
  - 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 €**

#### 5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2024

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit, sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2024 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2024.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200,00 €** abzurechnen.



## GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2024 im Jahr 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung 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
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	340,72 €
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	485,33 €
TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TK18Z), fallbezogen, teilstationär	352,78 €

### 6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG **in Höhe von 0,93 €** (Qualitätssicherungszuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall).

#### Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall **in Höhe von 1,43 €**.
- 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 2,94 €**.
- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 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 medizinische notwendige Aufnahme von Begleitpersonen **in Höhe von 45,00 €** pro Tag.
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall **in Höhe von 0,20 €**.
- 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 Krankenhausfall **in Höhe von 1,79 €**.



## 7. 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 €

## 8. 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 €**.

## 9. Zuzahlungen

### Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausleistungen 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.

## 10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2024 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.



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

### **11. Entgelte für Walleistungen**

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

#### **Inkrafttreten**

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der PEPP-Entgelttarif vom 01.10.2023 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 den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

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



# 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 (LKRGR 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 Tumorphistorie, 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.

### Behandlungs- und Operationsberichte:

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

### Pathologische Untersuchungen

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

### Scan-Dienstleistungen zur digitalen Archivierung der Patientenakte:

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

### Teleradiologie, Telekonsil

RA Radiology Advanced GmbH  
Schloßstraße 34, 12163 Berlin

## 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](mailto: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 Krankenhauseeinsatz 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 „**Patienteninformation zum Datenschutz nach der EU-DSGVO**“ wurde mir zur Mitnahme angeboten.

Herdecke, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



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

### 1. Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung

Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Versicherte nach § 39 Abs. 4 SGB V für jeden Kalendertag im Krankenhaus 10 Euro an das Krankenhaus zu zahlen (innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage). Der Zuzahlungsbetrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

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

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht

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

### 2. Zahlungsaufforderung

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

#### **Öffnungszeiten der Stationären Patientenaufnahme:**

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

Freitag: 07:30 Uhr bis 13:30 Uhr

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



## 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



## **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 Patient\*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.



### 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**