



Behandlungsvertrag über stationäre Krankenhausleistungen

Akad.Titel / Name, Vorname

Ihr Termin am

Anschrift

Geburtsdatum

Telefon / E-Mail

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Angaben zum Versicherungsverhältnis:

Name der Krankenversicherung

Name / Anschrift Hauptversicherter (Eltern, Ehepartner)

Versicherungsnummer

Versichertenstatus

☐ Mitglied

☐ Familienversicherung

☐ Rentner

Geburtsdatum / Hauptversicherter

* Überweisender / Einweisender Arzt, Krankenhaus

Name / Anschrift

Soll der Arztbrief versandt werden? ☐ ja ☐ nein

Hausarzt Name / Anschrift

☐ ja ☐ nein

Facharzt Name / Anschrift

☐ ja ☐ nein

** Befreiungsausweis ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

wenn ja / Name / Anschrift

Wahlleistung: ☐ Chefarztbehandlung ☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer

*** Pflegegrad

*Überweisender Arzt: Arzt der Sie ans UKT überwiesen / eingewiesen hat.

**Befreiungsausweis: Bestimmte Personen sind von den Zuzahlungen Bsp. Arzneimittel, Heilmittel und bei stationäre Krankenhausaufenthalt befreit.

***Pflegegrad: Um Leistungen von der Pflegekasse zu erhalten, muss ein Patient als pflegebedürftig eingestuft werden. Es gibt 5 Stufen des Pflegegrads

A Datenübermittlung zwischen Hausarzt/Facharzt und Krankenhaus (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 mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/Facharzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/Facharzt.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, sofern diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/Facharztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

B Datenübermittlung nach § 17c Abs. 5 KHG

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung/Zusatzversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an die private Krankenversicherung/Zusatzversicherung zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsstatus, den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahme- und die Nebendiagnosen, Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Re-habilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Patientenerklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein / bestätige ich,

dass das Universitätsklinikum Tübingen an den von mir genannten Haus - oder Facharzt meine Behandlungsdaten übermitteln und von ihm erforderliche Behandlungsdaten für die weitere Behandlung anfordern darf. (siehe Punkt A)	Ja ☐	Nein ☐
dass ich die Vorteile einer vom Universitätsklinikum Tübingen für mich bereitgestellten, persönlichen, einrichtungsübergreifenden, elektronischen Patientenakte nutzen möchte. Mich behandelnde Partner des Universitätsklinikums Tübingen wie andere Krankenhäuser, Arztpraxen und weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, dürfen zu meiner weiteren Behandlung auf darin bereitgestellte Informationen zugreifen. Auf ausführlichere Informationen zur Patientenakte wurde ich hingewiesen.	Ja ☐	Nein ☐
dass das Universitätsklinikum Tübingen im für meine Versorgung erforderlichen Umfang auf vorhandene Bilder, Befunde und sonstige medizinische Dokumente und Daten, die andere Krankenhäuser, Arztpraxen und weitere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in meiner dort vorhandenen elektronischen Patientenakte gespeichert haben, Zugriff nehmen darf.	Ja ☐	Nein ☐
dass eine direkte Abrechnung zwischen dem Universitätsklinikum Tübingen und meiner privaten Krankenversicherung/Zusatzversicherung erfolgt und dass das Universitätsklinikum Tübingen die mich betreffenden Behandlungsdaten über den elektronischen Datenaustausch für die Abrechnung übermitteln darf (nur Privatversicherte und Wahlleistungen). (siehe Punkt B)	Ja ☐	Nein ☐
dass mir das Universitätsklinikum Tübingen Informationen zu für mich interessanten Angeboten und Veranstaltungen zusenden darf.	Ja ☐	Nein ☐
dass mein Aufenthaltsort im Universitätsklinikum Tübingen an Dritte (Familienangehörige, Freunde und Bekannte usw.) mitgeteilt werden darf (Pförtnersperre).	Ja ☐	Nein ☐

Ihre personenbezogenen Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter dem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4035>

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. 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.

Ich bestätige, dass ich die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), die Pflegekostentarife des Klinikums und die Information zur Datenverarbeitung und Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Ich verpflichte mich zur Zahlung der für die Behandlung des obengenannten Patienten entstehenden und entstandenen Kosten, soweit diese nicht durch einen Sozialleistungsträger bezahlt werden.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich den Inhalt des Behandlungsvertrags.

Tübingen,

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der Behandlung bzw. Primärversorgung nach Unfällen und akuter Schmerzen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Der anwesende Erziehungsberechtigte bestätigt das Einverständnis des nicht anwesenden Erziehungsberechtigten.

Tübingen,

Ort, Datum

X

Erziehungsberechtigter, gesetzl. Vertreter

Angaben bei gesetzlichen Betreuern:

Sind Patienten und Zahlungspflichtiger, bzw. gesetzlicher Vertreter/Betreuer nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen. Begleiten Sie den o.g. Patienten als gesetzlicher Betreuer, weisen Sie sich bitte an der Patientenmeldung mit Ihrer Betreuerurkunde aus!

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger, bzw. Hauptversicherter, gesetzl. Betreuer/Vertreter)

Anschrift



Wahlleistungsvereinbarung Chefarzt

Vereinbarung zwischen dem oben genannten Patienten und dem Universitätsklinikum Tübingen (nachfolgend Klinik genannt) über die Gewährung gesondert berechenbarer ärztlicher Wahlleistungen zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und im Pflegekostentarif genannten Bedingungen:

Gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen/Instituten außerhalb des Krankenhauses § 16 BPflV, § 17 KHEntgG (Wahlarztkette). Dies gilt auch soweit die ärztlichen Wahlleistungen vom Krankenhaus berechnet werden.

Wichtige Hinweise zu der Vereinbarung von Wahlleistungen:

1. Der Abschluss einer auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen gerichteten Vereinbarung bedeutet, dass Sie damit ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses (i.d.R. Chefärzte oder besonders erfahrene bzw. spezialisierte Oberärzte) „beauftragen“.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Die Wahlleistungen sind nicht Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen und werden dem Patienten zusätzlich zu den DRG-Entgelttarifen in Rechnung gestellt. Die Vereinbarung von Wahlleistungen kann somit eine nicht unerhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten. Sie sollten rechtzeitig - wenn möglich vor Beginn der Krankenhausbehandlung - die Kostendeckung mit Ihrer Versicherung abklären und sich um eine Kostenübernahmebescheinigung bemühen.

2. Dem Patient ist in diesem Zusammenhang bekannt, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen (Behandlung durch Krankenhausärzte) ohne zusätzliche Berechnung möglich ist.
Die zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus vereinbarten wahlärztlichen Leistungen werden im Rahmen der personellen und sachlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
3. Die gesondert berechenbaren ärztlichen Wahlleistungen werden grundsätzlich vom Leiter einer Fachabteilung (Wahlarzt) persönlich erbracht. Sofern eine Vertretung bzw. Delegation wahlärztlicher Leistungen - außerhalb des Kernbereiches - zulässig ist, erfolgt die Leistungserbringung im Rahmen der Vorgaben der Gebührenordnungen (§ 4 GOÄ / § 4 GOZ) unter Umständen auch durch ständige ärztliche Vertreter der Wahlärzte oder unter Aufsicht oder nach fachlicher Weisung der Wahlärzte oder ihrer ständigen ärztlichen Vertreter durch einen nachgeordneten Arzt.
4. Für den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung eines Wahlarztes erklärt sich der Patient bei nicht verschiebbarer Behandlung mit der Übernahme von dessen Aufgaben durch seinen ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden. Die Liste der Leitenden Ärzte und ihrer ständigen Vertreter wurde mir ausgehändigt.

5. Die Honorare für wahlärztliche Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden Fassung berechnet. Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf: In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Pfennigen ausgedrückt ist. Der ab 01.01.1996 gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 11,4 Deutsche Pfennige, dies entspricht 5,82873 Cent. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz, gerundet)
1	Beratung (auch mittels Fernsprecher)	80	4,66 €
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08 €

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen (§ 5 GOÄ). Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung, daneben auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8, für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3. Sämtliche gemäß dieser Grundsystematik sich ergebenden wahlärztlichen Honorare unterliegen der durch § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ für stationäre privatärztliche Leistungen vorgeschriebenen Gebührenminderung um 25%. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 %.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die jeweilige Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

- 5.1 Bei den Ärztlichen Direktoren/Ärzten, die zur gesonderten Berechnung ihrer zusätzlichen wahlärztlichen Leistungen berechtigt sind, schließen Sie einen Behandlungsvertrag mit dem Ärztlichen Direktor/Arzt. Der Abschluss dieses Behandlungsvertrages erfolgt durch den liquidationsberechtigten Arzt selbst oder durch eine von ihm beauftragte Person. Das Universitätsklinikum haftet nicht für Leistungsstörungen oder Schäden, die aus dieser Rechtsbeziehung entstehen. Auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen wird verwiesen.
- Bei den Ärztlichen Direktoren/Ärzten, die nicht zur gesonderten Berechnung ihrer zusätzlichen wahlärztlichen Leistungen berechtigt sind, schließen Sie einen Behandlungsvertrag mit dem Universitätsklinikum Tübingen ab. In diesen Fällen haftet das Universitätsklinikum für Leistungsstörungen oder Schäden, die aus der Rechtsbeziehung entstehen. Auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen wird verwiesen.
- 5.2 Das Klinikum bzw. bei wahlärztlichen Leistungen die liquidationsberechtigten Ärzte können die Erbringung von Wahlleistungen bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen. Das Klinikum und die liquidationsberechtigten Ärzte können sowohl angemessene Voraus- als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangen.
6. Für die Vereinbarung ärztlicher Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz, daher kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient grundsätzlich, unabhängig eines eventuellen Erstattungsanspruches gegen einen Versicherer, als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet.
7. Sollten zu Einzelheiten dieser Vereinbarung noch ergänzende Fragen bestehen, kann sich der Patient an die Patientenaufnahme oder die jeweiligen Sekretariate der Wahlärzte wenden. Gleichzeitig kann dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ und deren Gebührenverzeichnis genommen werden.

Die Vereinbarung tritt ab dem Tag des Beginns der wahlärztlichen Behandlung in Kraft. Sie kann von beiden Teilen an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Tübingen

Die Unterrichtung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen erfolgte durch den/die Klinikmitarbeiter/in.

Unterschrift Mitarbeiter/in des Universitätsklinikums Tübingen /
Stempel der Klinik

Unterschrift des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters oder
sonstiger Zahlungspflichtiger

Einwilligung zur Datenübermittlung
nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG

Ich habe mich mit Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt, dass das Krankenhaus die:

- **PVS Schleswig-Holstein – Hamburg – Bad Segeberg:** Moltkestraße 1, 23795 Bad Segeberg;
- **Auxilium Pro Medico E.K.:** Karlstraße 11, 71638 Ludwigsburg;
- **PVS BW:** Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart;
- **unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH:** Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern;

mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstag, erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen und dazugehörige Diagnosen erforderlich.

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus der externen Abrechnungsstelle diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. 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.

Tübingen,
Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters oder
sonstiger Zahlungspflichtiger



Wahlleistungsvereinbarung Unterkunft

Auswahl Wahlleistungszimmer / Komfortzimmer

- | | |
|---|--|
| ☐ Einzelbettzimmer mit Zusatzleistungen
155 € pro Tag | ☐ Frauenklinik Familienzimmer
101 € pro Tag |
| ☐ Zweibettzimmer mit Zusatzleistungen
75 € pro Tag | ☐ Unterbringung einer Begleitperson
45 € pro Tag |
| ☐ Einbettzimmer Komfortstation
174 € pro Tag | ☐ Sonstiges: |
| ☐ Zweibettzimmer Komfortstation
86 € pro Tag | |

Mit oben bezeichnetem Patienten wird die Gewährung der nachstehend angekreuzten, gesondert berechenbaren Wahlleistung Unterbringung vereinbart:

Diese Vereinbarung gilt unter dem Vorbehalt der örtlichen Leistungsfähigkeit der Klinik und tritt ab dem Tag der stationären Aufnahme in Kraft. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

Von der Möglichkeit der Einsichtnahme in die Allgemeinen Vertragsbedingungen des Klinikums habe ich Kenntnis genommen. Der zwischen dem Klinikum Tübingen und den Kassenverbänden vereinbarte Pflegekostentarif wird auf Verlangen ausgehändigt. Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Tübingen.

Dat en ü b e r m i t t l u n g n a c h § 17 c A b s . 5 K H G

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsstatus, 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 jeweils 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, Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift Mitarbeiter/in des Universitätsklinikums Tübingen /
Stempel der Klinik

Unterschrift des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters oder
sonstiger Zahlungspflichtiger



Entlassmanagement nach §39 Abs. 1a SGB V

A Patienteninformation

Worum geht es beim Entlassmanagement?

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

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

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

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

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

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

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patientengesondert 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.

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

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

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

B Einwilligungserklärung

B1 Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich 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. die Diagnosen, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

B2 Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse die erforderlichen Daten (z. B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) 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 Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. 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.

Entlassmanagement: Das Entlassmanagement ist ein auf den Patienten abgestimmtes Versorgungsmanagement mit dem Ziel, eine Versorgung nach Entlassung oder Verlegung aus einem Krankenhaus sicherzustellen.

Patientenerklärung		
A	Ich habe die Patienteninformation zum Entlassmanagement zur Kenntnis genommen	☐ Ja ☐ Nein
B1 B2	Einwilligung in das Entlassmanagement sowie die damit verbundene Datenverarbeitung	☐ Ja ☐ Nein
Tübingen, _____ X _____ Ort, Datum Unterschrift des Patienten Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der Behandlung bzw. Primärversorgung nach Unfällen und akuter Schmerzen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig: Tübingen, _____ Ort, Datum Erziehungsberechtigter, gesetzl. Vertreter Angaben bei gesetzlichen Betreuern: Sind Patienten und Zahlungspflichtiger, bzw. gesetzl. Vertreter/Betreuer nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen. Begleiten Sie den o.g. Patienten als gesetzlicher Betreuer, weisen Sie sich bitte an der Patientenmeldung mit Ihrer Betreuerurkunde aus! _____ Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger, bzw. Hauptversicherter, gesetzl. Betreuer/Vertreter) _____ Anschrift		