Bundesministerium
für Gesundheit

Ratgeber Krankenhaus

Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

RATGEBER

Ratgeber Krankenhaus

Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Liebe Leserin, lieber Leser,

viele Menschen machen die Erfahrung, wie sich das Leben plötzlich verändern kann, wenn Schicksal, Zufälle oder auch Unzulänglichkeiten zu Erkrankung und Leid führen. Unsere Aufgabe und unser Anspruch ist es, dass den Betroffenen in unvorhersehbaren und belastenden Situationen geholfen wird. Dafür leisten jeden Tag 5 Millionen Menschen in den verschiedensten Berufen – Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Physiotherapeuten und viele andere – Großartiges. Zusammen mit Angehörigen, mit den Familien und mit vielen anderen sind sie die Helden des Alltags!

Trotz dieses Engagements läuft es nicht überall so, wie wir uns das vorstellen. Deswegen haben wir uns als Bundesregierung einiges vorgenommen, um unser Gesundheitssystem noch besser zu machen. Vor allem in drei Bereichen wollen wir zügig Verbesserungen erreichen. Erstens stärken wir die Pflege durch eine bessere Personalausstattung, indem wir unter anderem die Ausbildung attraktiver gestalten, die konkreten Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern und die Voraussetzungen für eine bessere Bezahlung schaffen. All dies, damit die Pflegerinnen und Pfleger künftig anders als heute sagen: Ich habe mehr Zeit für den Patienten und ich spüre die Wertschätzung der Gesellschaft für meine Arbeit. Zweitens senken wir die Beiträge der Versicherten. Und drittens sorgen wir dafür, dass alle schnell einen Arzttermin bekommen.

Viele weitere Projekte, von der Internetmedizin bis zur Organspende, stehen an. Als Gesundheitsminister werde ich jeden Tag daran arbeiten, dass Ihr Alltag ganz konkret besser wird. Ich möchte, dass Sie spüren, dass sich durch Politik etwas ändert – weil ich will, dass Politik und Demokratie Vertrauen zurückgewinnen.

Ihr

Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 10

Krankenhausversorgung für Jung und Alt 11

1 Die Krankenhauslandschaft in Deutschland 12

1.1 Versorgung mit Krankenhäusern 13
- Wie ist die gesundheitliche Versorgung in Deutschland organisiert? 13
- Wann wird eine (stationäre) Behandlung im Krankenhaus notwendig? 13
- Wie viele Krankenhäuser gibt es in Deutschland? 14
- Wie wird eine ausreichende Notfallversorgung sichergestellt? 15
- Was sind die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt? 15

1.2 Arten von Krankenhäusern 16
- Welche Arten von Krankenhäusern gibt es? 16
- Welche Versorgungsstufen lassen sich unterscheiden? 17
- Wer darf Krankenhäuser betreiben? 18

1.3 Aufgaben und Leistungen von Krankenhäusern 19
- Welche Aufgaben haben Krankenhäuser? 19
- Welche Leistungen umfasst die Krankenhausversorgung? 19

1.4 Besondere Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten 21
› Was ist eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung? 22
› Was ist die integrierte Versorgung? 23
› **Gut zu wissen:** Welche Vorteile bietet Ihnen die integrierte Versorgung? 24
› Was leisten strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke? 25
› Wie sieht die psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld (sogenannte „stationsäquivalente Behandlung") aus? 26

1.5 Finanzierung der Krankenhäuser 27
› Wie finanzieren sich die Krankenhäuser? 27
› Wie erfolgt die Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen? 27
› Welche Kliniken rechnen nach Fallpauschalen ab? 28

1.6 Qualität in Krankenhäusern 28
› Wie wird Qualität im Krankenhaus sichergestellt? 29
› Welche Qualitätskriterien müssen Krankenhäuser berücksichtigen? 30
› Wie wird Qualität gerade bei komplizierten Eingriffen gewährleistet? 30
› Welche Anreize gibt es, besonders gute Leistungen zu erbringen? 31
› Wie wird die Qualität in Krankenhäusern überprüft? 31
› Wie werden unnötige Operationen verhindert? 31

2 Vor der Behandlung: die Entscheidungs- und Vorbereitungsphase 32

2.1 Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung 33
› Wann kommt eine Krankenhausbehandlung in Betracht? 33
› Wer entscheidet, ob Sie ins Krankenhaus müssen? 34
› Wie bekommen Sie einen Termin beim Facharzt? 34
› Woher wissen Sie, ob eine Behandlung wirklich notwendig ist? 34
› Wo können Sie sich beraten lassen? 35

2.2 Auswahl des Krankenhauses 36
› Können Sie sich das Krankenhaus selbst aussuchen? 36
› Brauchen Sie eine Genehmigung Ihrer Krankenkasse? 37
› Welche Kriterien sollten Sie bei der Krankenhauswahl berücksichtigen? 37
› **Gut zu wissen:** So finden Sie das richtige Krankenhaus 38
› Wo finden Sie die Qualitätsberichte der Krankenhäuser? 41
› Was beinhalten die Qualitätsberichte der Krankenhäuser? 41

2.3 Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes 42
› Wie werden Sie auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet? 42
› Wann übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für die Fahrt zum Krankenhaus? 43
› Wie viel müssen Sie bei den Fahrkosten zuzahlen? 45
› Müssen Sie die Fahrten von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen? 45
› **Gut zu wissen:** So können Sie sich auf Ihren Krankenhausaufenthalt vorbereiten 47

2.4 Aufklärung, Einwilligung und Vorsorge 50
› Welche Informations- und Aufklärungspflichten hat das Krankenhaus? 50

› Wie müssen Sie aufgeklärt werden? 50
› **Gut zu wissen:** Was Sie beim Aufklärungsgespräch beachten sollten 51
› Wie willigen Sie in eine Behandlung ein? 53
› Was passiert bei Patienten, die nicht selbst einwilligen können? 54
› Wie können Sie für den Fall vorsorgen, dass Sie nicht mehr selbst einwilligen können? 56
› Was wird mit einem Organspendeausweis geregelt? 57

3 Während der Behandlung: die Behandlungsphase 58

3.1 Abläufe und Betreuung im Krankenhaus 59
› Wie sieht der Klinikalltag aus? 59
› Wie erfolgt die Aufnahme im Krankenhaus? 60
› Wie erfolgt die Krankenhausaufnahme im Notfall? 60
› Auf welche Krankenhausleistungen haben Sie Anspruch? 61
› Können Begleitpersonen mit aufgenommen werden? 62
› Wer sorgt für Sie während eines Klinikaufenthaltes? 62
› Welche psychologische, soziale und seelsorgerische Betreuung gibt es? 64
› **Gut zu wissen:** So können Sie Ängsten vor einer Behandlung begegnen 65

3.2 Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten 66
› Welche Patientenrechte haben Sie? 66
› Welche Beschwerde- und Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie? 66

3.3 Patientensicherheit im Krankenhaus 67
› Was bedeutet Patientensicherheit? 67
› Wie wird Patientensicherheit im Krankenhaus gewährleistet? 68
› Wie wird der Schutz vor Krankenhauskeimen verbessert? 69

› **Gut zu wissen:** So schützen Sie sich vor Krankenhauskeimen 70
› Was wird gegen die zunehmenden Antibiotika-Resistenzen getan? 72
› Ziele der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) 2020 73

3.4 Umgang mit Patientendaten 74
› Welche Bedeutung haben Ihre Patientendaten? 74
› Was umfasst der Patientendatenschutz? 75
› Wofür dürfen Ihre Daten verwendet werden? 75
› Warum und wo werden Ihre Daten gespeichert? 76
› Wie wird die Patientenakte geführt? 77
› Elektronische Patientenakte in der Hoheit der Versicherten 77

3.5 Kosten des Krankenhausaufenthaltes 78
› Mit welchen Kosten ist eine Krankenhausbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbunden? 78
› Wann sind Sie von der Zuzahlung befreit? 78
› Welche Sonderregelungen gelten für chronisch kranke Menschen? 79

4 Nach der Behandlung: die Entlassungs-, Reha- und Nachbehandlungsphase 80

4.1 Nach der Operation 81
› Was geschieht unmittelbar nach Ihrer Operation? 81
› Wann erhalten Sie Ihre ersten Rehabilitationsmaßnahmen? 81

4.2 Entlassungsgespräch und Entlassung 82
› Wann werden Sie aus dem Krankenhaus entlassen? 82
› Was beinhaltet das Entlassungsgespräch? 83
› **Gut zu wissen:** Was Sie beim Entlassungsgespräch beachten sollten 84
› Was enthält der Arztbrief? 86

› Wer organisiert die Anschlussversorgung? 87
› Welche Hilfe können Sie im Einzelnen vom Kliniksozialdienst erhalten? 88
› Wie wird sichergestellt, dass Sie nach Ihrer Entlassung gut versorgt sind? 89
› Wie kommen Sie nach Hause? 89

4.3 Versorgung, Reha und Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt 90
› Welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es nach Ihrer Entlassung? 90
› Wozu dient eine nachstationäre Behandlung? 90
› Was passiert, wenn Ihnen eine Anschlussheilbehandlung verordnet wurde? 91
› Was ist eine Anschlussheilbehandlung? 91
› Welche Arten von Anschlussheilbehandlungen gibt es? 92
› Was passiert, wenn Sie zu Hause Unterstützung benötigen? 92
› Was passiert, wenn Sie auf Pflege angewiesen sind? 93

4.4 Betreuung von Schwerstkranken und ihren Angehörigen im Krankenhaus 94
› Wie wird sichergestellt, dass Schwerstkranke und Sterbende im Krankenhaus gut versorgt sind? 95
› Welche Unterstützung erhalten Angehörige von Schwerstkranken und Sterbenden im Krankenhaus? 95

Weitere Informationen 96

Informationsangebote 97
Weitere Publikationen 98
Bürgertelefon 100
Infotelefone der BZgA 101
Impressum 102

Einleitung

Krankenhausversorgung für Jung und Alt

Ob zur Geburt eines Kindes, zur Behandlung von Krankheiten oder zur Begleitung am Lebensende: Das Thema Krankenhaus betrifft jede und jeden irgendwann. Unabhängig von Alter oder Lebenslage: die meisten Menschen kommen mehrfach in ihrem Leben mit Krankenhäusern in Kontakt, weil sie oder ihnen nahestehende Personen in einer Klinik behandelt und versorgt werden müssen. Allein im Jahr 2017 waren in Deutschland 19,5 Millionen Menschen vollstationär in Krankenhäusern.

Krankenhäuser können für Therapie, Heilung und Lebensrettung stehen, genauso wie für die Begleitung, Versorgung und Linderung der Schmerzen schwerstkranker Menschen ohne Aussicht auf Genesung. Auch zur medizinischen Forschung leisten sie einen wichtigen Beitrag. Entscheidend ist für die Menschen, dass sie sich überall in Deutschland auf eine hochwertige und professionelle ärztliche und pflegerische Betreuung verlassen können. Für viele Menschen ist das Krankenhaus jedoch eine Welt für sich, die viele Fragen aufwirft und oft mit Unsicherheiten und Sorgen verbunden ist.

Mit diesem Ratgeber erhalten Sie als Patientin beziehungsweise Patient oder als Angehörige beziehungsweise Angehöriger einen nützlichen Leitfaden an die Hand, der über alle wichtigen Aspekte rund um das Thema Krankenhaus aufklärt. Dazu gehören eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

1 Die Krankenhauslandschaft in Deutschland

Deutschland verfügt über ein dichtes Netz aus Krankenhäusern, das Ihnen als Patientin oder als Patient stets eine umfassende und hochwertige Versorgung im Krankheitsfall ermöglicht. Im folgenden Kapitel erfahren Sie, welche Arten von Krankenhäusern es gibt, welche Leistungen diese erbringen, wie sich die Kliniken finanzieren und wie die Qualität in den Häusern sichergestellt wird.

1.1 Versorgung mit Krankenhäusern

Wie ist die gesundheitliche Versorgung in Deutschland organisiert?
Bei der gesundheitlichen Versorgung wird grundsätzlich zwischen drei Bereichen unterschieden: der **ambulanten Behandlung,** die durch zugelassene Ärztinnen und Ärzte (Haus- und Fachärzte[1]), medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und Einrichtungen erbracht wird, der **stationären Versorgung,** für welche die Krankenhäuser zuständig sind, und der **Rehabilitation,** die in Rehabilitationseinrichtungen, zum Beispiel zur Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt, erfolgt.

Wann wird eine (stationäre) Behandlung im Krankenhaus notwendig?
Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus wird dann notwendig, wenn eine ambulante Versorgung nicht ausreicht. Das kann der Fall sein, wenn Ihr gesundheitlicher Zustand eine stärkere ärztliche und pflegerische Betreuung erfordert und/oder wenn für Ihre Behandlung Spezialistinnen und Spezialisten sowie besondere medizintechnische Geräte benötigt werden. Eine stationäre Behandlung ist typischerweise erforderlich bei akuten Erkrankungen wie zum Beispiel einer Blinddarmentzündung oder einem Herzinfarkt, bei Verletzungen

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die Formulierung der weiblichen Schreibweise verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

durch Unfälle, bei Operationen, die nicht ambulant durchgeführt werden können, aber auch bei Geburten. In der Regel bleiben die Patientinnen und Patienten über Nacht und mehrere Tage in der Klinik. Darüber hinaus verfügen viele Krankenhäuser über Einrichtungen, in denen Untersuchungen oder Eingriffe ambulant durchgeführt werden oder in denen Spezialsprechstunden für bestimmte Erkrankungen angeboten werden, etwa für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus oder Tinnitus. Außerdem unterhalten die meisten Krankenhäuser Notfallambulanzen, die zur Verfügung stehen, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung der Patientin oder des Patienten notwendig ist und eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann.

Kurz erklärt

Stationäre Versorgung

Eine stationäre Versorgung umfasst die ärztliche Beobachtung und Behandlung sowie pflegerische Betreuung in Einrichtungen, die über entsprechende Spezialistinnen und Spezialisten und medizintechnische Ausstattung verfügen. Neben Krankenhäusern können das auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sein. Unterkunft und Verpflegung sind Bestandteil der stationären Versorgung.

Wie viele Krankenhäuser gibt es in Deutschland?

In Deutschland gab es 2017 insgesamt 1.942 Krankenhäuser mit rund 497.000 Betten für die stationäre Versorgung (Quelle: Statistisches Bundesamt). Die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten liegt dabei bei den Bundesländern. Sie stellen sogenannte Krankenhauspläne auf und entscheiden über die Zulassung von Kliniken.

Wie wird eine ausreichende Notfallversorgung sichergestellt?
Damit Sie ein Krankenhaus im Akutfall, zum Beispiel nach einem Unfall oder Herzinfarkt, schnell erreichen können, ist eine flächendeckende Versorgung mit Kliniken besonders wichtig. Um diese sicherzustellen, erhalten Krankenhäuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber wegen zu geringer Auslastung nicht auskömmlich wirtschaften können, sogenannte Sicherstellungszuschläge. Weiterhin werden Krankenhäusern, die sich umfassend an der Notfallversorgung beteiligen, höhere Zuschläge gewährt als Krankenhäusern, die nicht oder nur in geringem Umfang an der Notfallversorgung teilnehmen. Davon zu unterscheiden ist der ambulante Notdienst, den die Kassenärztlichen Vereinigungen außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sicherstellen müssen. Zur besseren Verzahnung des ambulanten Notdienstes mit der Notfallversorgung im Krankenhaus sollen entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle eingerichtet oder die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst eingebunden werden.

Was sind die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt?
Unterscheidet man vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) in Krankenhäusern im Jahr 2017 nach einzelnen Diagnosen gemäß der deutschen Version der internationalen Diagnosestatistik (ICD-10_GM), ergibt sich folgendes Bild:

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen* der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht 2017

	Insg.	Männl.	Weibl.
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	464.724	229.874	234.849
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	314.211	228.928	85.283
Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern und Vorhofflattern)	313.462	164.511	148.948

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen* der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht 2017

	Insg.	Männl.	Weibl.
Intrakranielle Verletzung	284.414	149.606	134.806
Hirninfarkt	259.594	135.035	124.558
Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	252.163	137.023	115.138
Lungenentzündung (Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet)	237.490	132.926	104.562
Brustenge (Angina pectoris)	235.285	153.133	82.152
Gallensteine (Cholelithiasis)	232.464	87.296	145.167
Akuter Myokardinfarkt	217.738	145.559	72.179

* Bei der Ermittlung der häufigsten Diagnosen wird die ICD-Position „Z38 Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018

1.2 Arten von Krankenhäusern

Welche Arten von Krankenhäusern gibt es?
Grundsätzlich wird zwischen **zugelassenen Krankenhäusern** und reinen **Privatkrankenhäusern** unterschieden. Als Versicherte oder Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung können Sie sich in jeder zugelassenen Klinik auf Kosten Ihrer Krankenkasse behandeln lassen. Reine Privatkliniken sind in der Regel nur für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler zugänglich. Dabei unterliegen die zugelassenen Krankenhäuser der Preisbindung durch das Krankenhausentgeltgesetz, während Privatkrankenhäuser in ihrer Preisgestaltung weitgehend frei sind.

Daneben kann zwischen verschiedenen Krankenhaustypen unterschieden werden, die sich vor allem in ihrem Versorgungsumfang und ihren Tätigkeitsschwerpunkten unterscheiden:

Zu den Aufgaben der **Universitätskliniken** gehören insbesondere Forschung und Lehre, ärztliche Weiterbildung sowie die Behandlung schwerer und komplexer Erkrankungen. Dabei werden in der Regel alle medizinischen Fachrichtungen abgedeckt.

Auch die **Allgemeinkliniken** sind grundsätzlich für eine umfassende stationäre Versorgung ausgelegt. Die Anzahl der vorgehaltenen medizinischen Fachrichtungen variiert je nach Größe der Klinik.

Fachkliniken haben sich auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert, zum Beispiel Kinderkliniken, Lungenkliniken, Zentren für seltene Erkrankungen, Fachkrankenhäuser für Augenheilkunde, für Psychiatrie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

In **Belegkliniken** werden die ärztlichen Leistungen nicht durch angestellte Ärztinnen und Ärzte, sondern durch sogenannte Belegärzte erbracht. Dabei handelt es sich oft um niedergelassene Vertragsärzte, die dies neben ihrer Praxis tun. Das ermöglicht es Patientinnen und Patienten, sich im Krankenhaus von „ihrem" Arzt behandeln zu lassen. Die Klinik stellt lediglich die Räumlichkeiten und sorgt für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Betreuung.

Tages- und Nachtkliniken bieten teilstationäre Behandlung und Betreuung an. Kennzeichnend für teilstationäre Leistungen ist, dass sich die Behandlung über einen längeren Zeitraum erstreckt, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erforderlich ist. Typische Behandlungsfelder sind die Psychiatrie und die Geriatrie (Altersmedizin).

Welche Versorgungsstufen lassen sich unterscheiden?
Abhängig von der Zahl der Fachabteilungen und der Betten lassen sich Krankenhäuser auch verschiedenen Versorgungsstufen zuordnen. Mit Abweichungen zwischen den Bundesländern sehen die Landeskrankenhausgesetze im Allgemeinen vier Versorgungsstufen vor:

Krankenhäuser der **Grundversorgung** gewährleisten eine Versorgung auf den Gebieten der inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie.

Krankenhäuser der **Regelversorgung** müssen darüber hinaus weitere Fachabteilungen betreiben, zumeist für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde oder Orthopädie.

Krankenhäuser der **Schwerpunktversorgung** decken ein noch breiteres Spektrum ab, darunter Fachabteilungen für Pädiatrie (Kinderheilkunde) und Neurologie.

Krankenhäuser der **Maximalversorgung,** zum Beispiel Universitätskliniken, bieten ein sehr breites Leistungsspektrum an und behandeln auch besonders seltene oder schwere Erkrankungen.

Wer darf Krankenhäuser betreiben?
In Deutschland gibt es drei Möglichkeiten der Trägerschaft von Krankenhäusern:

Öffentliche Krankenhäuser haben einen öffentlichen Träger. Das können sowohl Bund, Land, Kreis oder Gemeinde sein als auch Gemeindeverbände oder Sozialversicherungsträger wie die Berufsgenossenschaften. Die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft machen etwa 30 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland aus. Sie stellen jedoch fast die Hälfte aller Krankenhausbetten.

Freigemeinnützige Krankenhäuser werden von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten. So gibt es Krankenhäuser, die beispielsweise von der evangelischen oder katholischen Kirche, der Arbeiterwohlfahrt oder dem Deutschen Roten Kreuz betrieben werden.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft werden von Einzelunternehmen oder Konzernen geführt. Sie benötigen eine besondere Betriebserlaubnis nach der Gewerbeordnung.

1.3 Aufgaben und Leistungen von Krankenhäusern

Welche Aufgaben haben Krankenhäuser?
In unserem Gesundheitssystem haben Krankenhäuser die Aufgabe, überall in Deutschland eine stationäre Versorgung in hoher Qualität sicherzustellen. Neben Diagnose, Therapie, Pflege, Unterkunft und Verpflegung gehören zu den Aufgaben eines Krankenhauses außerdem die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, in Universitätskliniken zusätzlich Forschung und Lehre.

Kurz erklärt

Krankenhaus

Krankenhäuser sind Einrichtungen, „in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“ (§ 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Welche Leistungen umfasst die Krankenhausversorgung?
Um die oben genannten Aufgaben zu erfüllen, gliedert sich die Versorgung im Krankenhaus in verschiedene Bereiche und Angebote:

Zur **Notfallbehandlung** verfügen Krankenhäuser über eine Notaufnahme beziehungsweise Rettungsstelle, die in Akutsituationen rund um die Uhr aufgesucht werden kann.

Medizinische Hilfe im Akutfall: Die Rettungsstelle ist durchgehend geöffnet.

Eine Krankenhausbehandlung kann **vollstationär oder teilstationär** erfolgen. Bei der vollstationären Behandlung bleibt die Patientin beziehungsweise der Patient mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus. Teilstationär heißt, dass keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung nötig ist. Die Patientin oder der Patient ist in der Regel nur tagsüber zur Behandlung im Krankenhaus und verbringt die Nacht zu Hause. In einigen Fällen erfolgt die Versorgung nachts, etwa bei krankhaften Schlafstörungen, sodass die Betroffenen tagsüber das Krankenhaus verlassen können. Die teilstationäre Versorgung dient meist der Behandlung von Krankheiten über einen längeren Zeitraum. Dies ist der Fall, wenn keine ununterbrochene Anwesenheit erforderlich ist, es jedoch der Infrastruktur eines Krankenhauses bedarf, zum Beispiel bei einer Dialyse oder Chemotherapie, bei krankhaften Schlafstörungen oder psychiatrischen Krankheitsbildern.

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit zur **vorstationären und nachstationären Behandlung.** Die vorstationäre Behandlung dient dazu, zu klären, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist, oder um sie vorzubereiten. Die nachstationäre Behandlung kann sich an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließen, um den Behandlungserfolg zu sichern. Vor- und nachstationäre Behandlungen erfolgen stets ohne Unterkunft und Verpflegung.

Eine **ambulante Behandlung** im Krankenhaus liegt vor, wenn die Patientin oder der Patient weder die Nacht vor noch die Nacht nach der Behandlung im Krankenhaus verbringt. Typischerweise ist das der Fall bei kleineren operativen Eingriffen. In den Ambulanzen vieler Kliniken werden zudem Spezialsprechstunden zu bestimmten Krankheitsbildern angeboten.

Im Rahmen der sogenannten **Frührehabilitation** erbringen Krankenhäuser außerdem rehabilitative Leistungen. Gemeint sind rehabilitationsmedizinische Maßnahmen, die in der frühen Phase der Versorgung, also schon im Krankenhaus, beginnen, um die Therapie- oder Heilungschancen zu verbessern. Häufig ist das der Fall bei neurologischen Erkrankungen, zum Beispiel Hirnschädigungen. Die Frührehabilitation unterscheidet sich von der sogenannten Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation), die durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht wird.

1.4 Besondere Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

In den letzten Jahren sind zunehmend mehr Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geschaffen worden. Insbesondere für Menschen mit sehr seltenen, besonders schweren oder chronischen Erkrankungen gibt es besondere Versorgungsangebote. Diese ermöglichen es Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, gezielt

zusammenzuarbeiten und betroffene Patientinnen und Patienten umfassend und übergreifend zu betreuen.

Was ist eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung?
Für Patientinnen und Patienten, die an bestimmten schwer behandelbaren oder seltenen Erkrankungen leiden, gibt es die Möglichkeit einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Bei dieser übernehmen Krankenhausärztinnen und -ärzte gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachbereiche die Behandlung. Ziel ist es, die Betroffenen qualitativ hochwertig durch ein Team von Spezialisten und mit der notwendigen medizintechnischen Ausstattung zu versorgen.

Für Krankenhäuser und niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, die an der ASV teilnehmen, gelten dabei die gleichen Bedingungen und Anforderungen. Die Anforderungen für die Behandlung legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, in dem auch Patientenvertreterinnen und -vertreter mitberaten und ein Antragsrecht haben – fest. Dazu gehören beispielsweise die Qualifikation der Mitglieder des behandelnden Teams, Qualitätsvorgaben, Anforderungen hinsichtlich besonderer Ausstattungen oder weitere organisatorische Anforderungen zur Zusammenarbeit im Team. Die Teammitglieder müssen nachweisen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen, zum Beispiel dass sie für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung besonders qualifiziert sind und bereits viele Patientinnen und Patienten mit dieser Krankheit behandelt haben. Bei Bedarf können auch weitere Fachärztinnen und -ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinzugezogen werden.

Zu den Krankheiten gehören seltene Erkrankungen wie Tuberkulose und Mukoviszidose sowie Erkrankungen mit besonderen Verläufen, beispielsweise Krebsleiden und Rheuma. Die vollständige Liste der Erkrankungen, für die eine ASV angeboten werden soll, ist in § 116b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegt. Die Behandlung erfolgt in den teilnehmenden Krankenhäusern und Arztpraxen oder in medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Kurz erklärt

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Die ASV richtet sich an Patientinnen und Patienten mit bestimmten seltenen oder schwer behandelbaren Erkrankungen mit dem Ziel, ihre medizinische Versorgung zu verbessern. Dabei arbeiten verschiedene Fachärztinnen und Fachärzte koordiniert in einem Team zusammen. Wenn erforderlich, kann das Kernteam weitere Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen.

Was ist die integrierte Versorgung?
Krankenhäuser sind auch maßgeblich an der sogenannten integrierten Versorgung (IV) – auch besondere Versorgung genannt – beteiligt. Zusammen mit Hausärzten, Fachärzten, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie anderen Leistungserbringern wie Physiotherapeuten, Sanitätshäusern und Apotheken werden Patientinnen und Patienten versorgt, deren Erkrankungen komplexere Behandlungen erforderlich machen. Das ist vor allem der Fall bei Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleibigkeit (Adipositas), Rheuma, Bandscheibenvorfällen, künstlichen Hüft- und Kniegelenken oder chronischen Rückenschmerzen. Die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist freiwillig und steht grundsätzlich allen gesetzlich Versicherten offen.

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über Angebote der integrierten Versorgung, denn diese unterscheiden sich von Kasse zu Kasse und von Region zu Region. Oft wird die integrierte Versorgung über Wahltarife angeboten.

Kurz erklärt

Integrierte Versorgung (IV)

Die integrierte Versorgung zielt auf die lückenlose Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexeren Erkrankungen. Dabei arbeiten alle Beteiligten (zum Beispiel Kliniken, Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Reha-Einrichtungen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten) Hand in Hand und stellen eine abgestimmte Versorgung sicher.

Gut zu wissen

Welche Vorteile bietet Ihnen die integrierte Versorgung?

Für Sie als Patientin oder Patient kann die Teilnahme an einem integrierten Versorgungsmodell zahlreiche Vorteile bringen:

- Sie sind in eine organisierte Behandlungskette eingebunden, die Ihnen die eigene, oft mühsame Suche nach den richtigen Spezialisten abnimmt.
- Sie müssen keine unnötigen Doppel- und Mehrfachuntersuchungen auf sich nehmen.
- Ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung sind besser ineinander verzahnt. Lange Wartezeiten entfallen dadurch.
- Sie werden nach definierten Behandlungspfaden und auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens versorgt.
- Durch standardisierte Nachuntersuchungen sinkt Ihr Risiko für Folgeerkrankungen.
- Viele Krankenkassen bieten für die Teilnahme an der integrierten Versorgung spezielle Boni, von denen Sie profitieren können.

Was leisten strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke?

Neben der integrierten Versorgung beteiligen sich viele Krankenhäuser im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen – als einer weiteren besonderen Versorgungsform – auch an der Versorgung chronisch kranker Menschen. In diesen sogenannten „Disease-Management-Programmen" (DMP) betreuen Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte und Kliniken die Patientinnen und Patienten gemeinsam mit dem Ziel, ihnen ein möglichst beschwerdefreies Leben zu ermöglichen und so ihre Lebensqualität zu verbessern. Die koordinierte Behandlung in den Programmen zielt auf die Verbesserung der Behandlungsabläufe und der Qualität der medizinischen Versorgung unter Mitwirkung der Patientinnen und Patienten ab. Die Inhalte und die Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien fest. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und setzt sich zusammen aus Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Um die maßgeblichen Interessen von Patientinnen und Patienten, chronisch Kranken und Behinderten in diesem Gremium zu stärken, haben deren Organisationen auf Bundesebene ein Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA.

Wenn Sie beispielsweise an Asthma, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, Herinsuffizienz oder Brustkrebs leiden, können Sie sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm Ihrer Krankenkasse aufnehmen lassen. Sie werden dabei nach den aktuellen medizinischen Empfehlungen versorgt, etwa in Brust- oder Tumorzentren, sowie aktiv in die Therapie eingebunden, unter anderem durch Schulungen. So lernen Sie, Ihre Behandlung besser zu verstehen, um den Behandlungsverlauf positiv zu beeinflussen.

Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm steht allen gesetzlich Versicherten offen und ist freiwillig. Die Teilnehmenden haben dabei ähnliche Vorteile wie bei der integrierten

Versorgung. Viele Kassen bieten ihren Versicherten für die Teilnahme Boni an. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, das 2015 in Kraft getreten ist, wurde gesetzlich festgelegt dass das Angebot an strukturierten Behandlungsprogrammen weiter ausgebaut werden soll. Der G-BA wurde beauftragt, weitere geeignete chronische Erkrankungen zu benennen und insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen entsprechende Anforderungen an die Ausgestaltung zu regeln.

Kurz erklärt

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

In strukturierten Behandlungsprogrammen („Disease-Management-Programme", DMP) arbeiten Kliniken, Haus- und Fachärztinnen und -ärzte gemeinsam und koordiniert daran, die Beschwerden von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen zu behandeln und Verschlimmerungen und Folgeerkrankungen zu verhindern. Im Zentrum stehen Behandlungsmethoden nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und eine aktive Patientenmitwirkung.

Wie sieht die psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld (sogenannte „stationsäquivalente Behandlung") aus?

Für die akute Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zum Beispiel einer Psychose, haben Kliniken seit 2018 die Möglichkeit, die Betroffenen mit mobilen Behandlungsteams auch zu Hause zu betreuen. Eine solche psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (sogenannte „stationsäquivalente Behandlung") kann künftig die häusliche Versorgung von Menschen ermöglichen, die bisher nur in einem Krankenhaus betreut werden konnten, und für sie eine professionelle medizinische Akutversorgung durch dafür geeignete Kliniken im häuslichen Umfeld sicherstellen. So können Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten führt

das zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben; auch Kinder können von dieser neuen Behandlungsform besonders profitieren. Die Einzelheiten sind in einer Vereinbarung der Verbände der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt worden.

1.5 Finanzierung der Krankenhäuser

Wie finanzieren sich die Krankenhäuser?
In Deutschland gilt bei der Krankenhausfinanzierung das Prinzip der „dualen Finanzierung“: Die Kosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten stehen, werden von den Krankenkassen und den sonstigen Kostenträgern (insbesondere private Krankenversicherungsunternehmen, Beihilfestellen für Beamtinnen und Beamte) übernommen. Die Investitionskosten (zum Beispiel bauliche Maßnahmen, Beschaffung von medizintechnischen Großgeräten) zahlen die Bundesländer. Die Zahl der notwendigen Krankenhäuser und Krankenhausbetten schreiben die Länder in ihren Landeskrankenhausplänen fest.

Wie erfolgt die Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen?
Die Leistungen, die die Krankenhäuser erbringen, rechnen sie bei den Krankenkassen und den anderen Kostenträgern über sogenannte Fallpauschalen ab. Je nach Erkrankung der Patientin oder des Patienten steht ihnen hierfür eine pauschale Vergütung zu. Diese orientiert sich an der Behandlung eines typischen Patienten mit gleicher Diagnose. Die Pauschale geht von einer für die Krankheit typischen Zahl von Behandlungstagen aus. Die Höhe der Pauschale hängt vor allem von Art und Schwere der Erkrankung sowie individuellen Faktoren wie Nebendiagnosen, Komplikationen oder Alter ab. Für nur leicht erkrankte Patienten erstatten die Krankenkassen somit weniger als für Patienten mit einer schweren, aufwändig zu behandelnden Erkrankung. Werden Patientinnen und Patienten deutlich länger oder kürzer behandelt, gibt es Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen.

Kurz erklärt

Fallpauschalen (DRG)

Mit der Fallpauschale („Diagnosis Related Groups“, DRG) vergüten die Krankenkassen eine genau definierte Erkrankung und ihre Behandlung. Dazu wird je Krankheit eine typische Bandbreite von Behandlungstagen festgelegt. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthalts des Patienten gezahlt. Das DRG-System umfasst im Jahr 2019 1.318 diagnosebezogene Fallpauschalen.

Welche Kliniken rechnen nach Fallpauschalen ab?
Seit 2003 werden die Krankenhäuser über Fallpauschalen vergütet. Wenige Kliniken sind hiervon zeitlich befristet ausgenommen. Dazu gehören beispielsweise Palliativeinheiten oder Kliniken mit dem Behandlungsschwerpunkt Multiple Sklerose. Sie dürfen, wie früher üblich, noch nach Tagessätzen abrechnen, die unabhängig vom jeweiligen Aufwand für die Behandlung der einzelnen Patientin beziehungsweise des einzelnen Patienten sind. Gleiches gilt bislang auch für psychiatrische und psychosomatische Kliniken. Für diese Einrichtungen hat der Gesetzgeber jedoch ebenfalls die Einführung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Vergütungssystems bis zum Jahr 2020 beschlossen das den tatsächlichen Behandlungsaufwand stärker berücksichtigt als bislang. Anders als bei den Fallpauschalen handelt es sich dabei um ein tagesbezogenes Vergütungssystem.

1.6 Qualität in Krankenhäusern

Patientinnen und Patienten müssen sich auf eine hochwertige und sichere Versorgung im Krankenhaus verlassen können. Im Mittelpunkt steht dabei die Patientensicherheit. Dazu gehören eine professionelle medizinische Behandlung, die Vermeidung von Komplikationen und Behandlungsschäden, der Schutz vor Infektionen,

zugelassene Arzneimittel sowie eine verlässliche Pflege am Krankenhausbett (siehe auch Kapitel 3.3 ab Seite 67).

Wie wird Qualität im Krankenhaus sichergestellt?
Zahlreiche Gesetze enthalten Vorgaben zur Qualitätssicherung, zum Beispiel das Arzneimittelgesetz, das Medizinproduktegesetz und darauf beruhende Verordnungen, das Infektionsschutzgesetz oder das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch. Hinzu kommt eine Vielzahl von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen –, die ebenfalls die Qualität und Patientensicherheit betreffen: Das Spektrum ist breit und reicht von vorgeschriebenen Personalschlüsseln bei der Betreuung von Frühgeborenen über die Verpflichtung zu fächerübergreifenden Qualitätszirkeln in der

Zur Patientensicherheit im Krankenhaus zählt insbesondere der Schutz vor Infektionen und Keimen.

Kinderherzchirurgie bis hin zur Erhebung von Komplikationsraten bei Gallenblasenoperationen. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes, das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber zudem eine weitreichende Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die unter anderem wichtige Neuerungen im Bereich der Qualitätssicherung enthält.

Welche Qualitätskriterien müssen Krankenhäuser berücksichtigen?
Die Länder müssen bereits bei ihrer Krankenhausplanung den Aspekt „Qualität" als wesentliches Entscheidungskriterium berücksichtigen. Hierzu werden sie auch die vom G-BA entwickelten Qualitätskriterien in ihrer Krankenhausplanung nutzen können. Die Kriterien können sich auf Strukturen (zum Beispiel technische und personelle Ausstattung), auf Abläufe (zum Beispiel Voruntersuchungen, Antibiotikaprophylaxe) oder auf die Qualität der Behandlungsergebnisse (zum Beispiel Komplikations- und Infektionsraten) beziehen. Erfüllt ein Krankenhaus maßgebliche Qualitätskriterien dauerhaft nicht, kann dies Konsequenzen bis hin zur Schließung der jeweiligen Fachabteilung oder gar des Hauses haben.

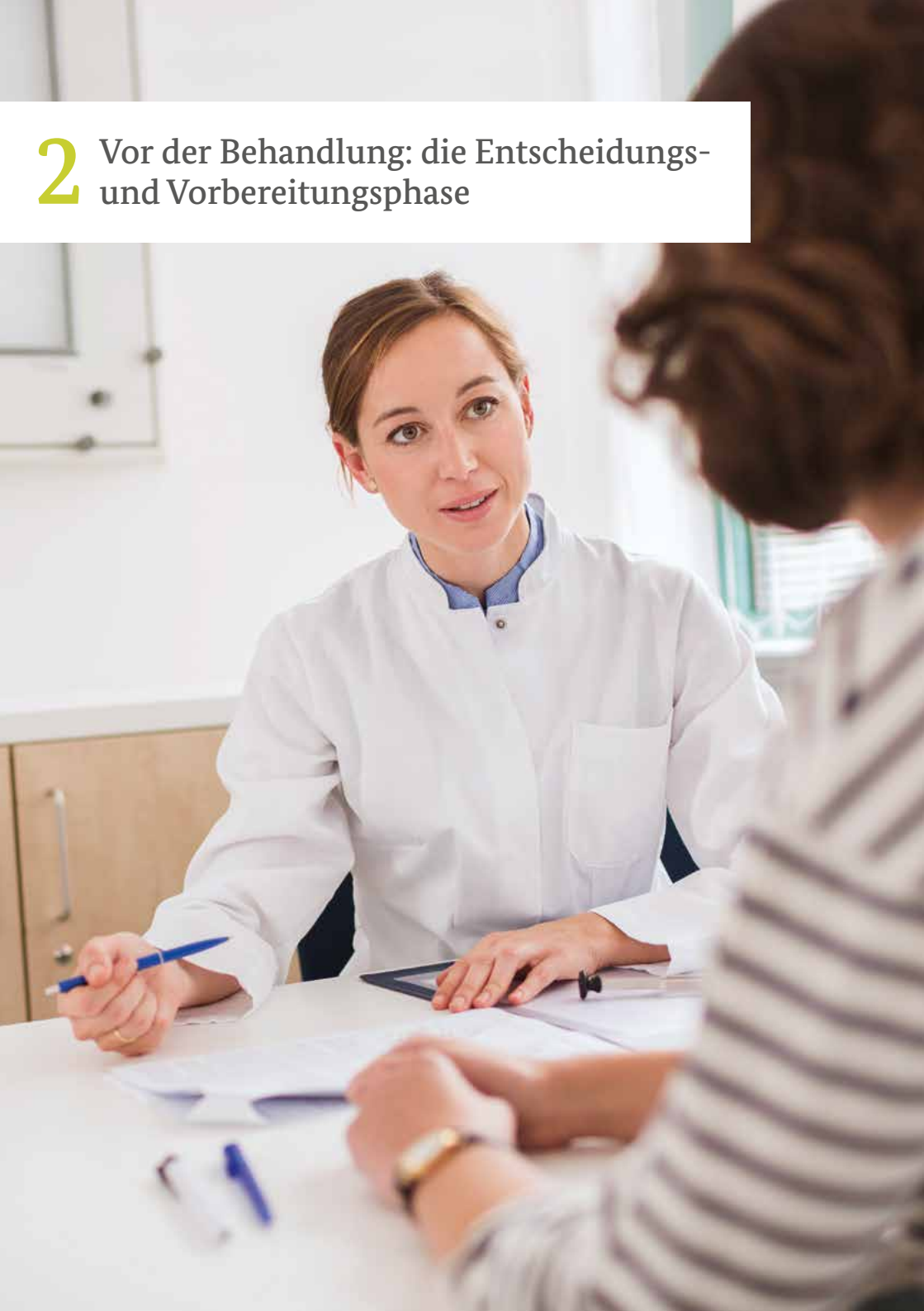
Wie wird Qualität gerade bei komplizierten Eingriffen gewährleistet?
Qualität steigt mit Erfahrung – das gilt besonders dann, wenn es sich um hochkomplexe Eingriffe handelt. Deshalb wird vorgegeben, dass Krankenhäuser bei bestimmten Behandlungen oder Operationen eine Mindestanzahl erreichen müssen, zum Beispiel bei Leber- und Nierentransplantation oder beim Kniegelenkersatz. Die Kliniken müssen im Voraus eine Prognose abgeben, ob sie die geforderte Zahl erreichen werden. Auf dieser Grundlage wird entschieden, ob ein Haus eine Behandlung im Folgejahr durchführen darf oder nicht. Wird die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht, dürfen die entsprechenden Leistungen nicht erbracht werden. Nimmt ein Krankenhaus eine Behandlung dennoch vor, wird es von der Krankenkasse hierfür nicht vergütet. Bei vielen komplexen Eingriffen werden zudem in Verfahren der Qualitätssicherung ständig wichtige Behandlungsdaten ausgewertet und auf Verbesserungsbedarf hin überprüft. Bei Auffälligkeiten werden mit dem betroffenen Krankenhaus notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung vereinbart.

Welche Anreize gibt es, besonders gute Leistungen zu erbringen?
Qualitätszuschläge und -abschläge sollen Krankenhäuser in Zukunft dazu motivieren, besonders gute Leistungen zu erbringen. Das Prinzip ist einfach: Erbringt ein Haus Leistungen von hoher Qualität oder nimmt es besondere Aufgaben wahr, zum Beispiel die Beratung oder die Dokumentation bei seltenen Erkrankungen, so erhält es dafür einen Zuschlag. Bei Qualitätsmängeln droht ein Abschlag, sofern die Mängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt werden.

Wie wird die Qualität in Krankenhäusern überprüft?
Krankenhäuser sind verpflichtet, die Qualitätsanforderungen einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann nach Vorgaben des G-BA unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Qualitätsbestimmungen nicht beachtet werden. Stellt der Medizinische Dienst Verstöße fest, muss das Krankenhaus Maßnahmen zur Qualitätssteigerung ergreifen. Bessert sich daraufhin nichts, kann dies von den Krankenkassen geahndet werden, zum Beispiel durch eine geringere Vergütung. Bei schwerwiegenden Verstößen kommt aber auch die Information der zuständigen Aufsichtsbehörde des Landes in Betracht.

Wie werden unnötige Operationen verhindert?
Behandlungen sollen nur dann durchgeführt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind. Um zu verhindern, dass aus wirtschaftlichen Gründen zu schnell operiert wird, hat das Krankenhausstrukturgesetz verschiedene Schutzmaßnahmen eingeführt. Diese greifen beispielsweise, wenn ein Krankenhaus überdurchschnittlich viel operiert. Außerdem sollen Bonusregelungen in Chefarztverträgen verhindert werden, die zu Behandlungen verleiten, die medizinisch nicht erforderlich sind. Im Zusammenspiel mit dem Recht auf eine strukturierte ärztliche Zweitmeinung, das Versicherten bei bestimmten häufigen, planbaren Eingriffen zusteht, werden somit unnötige Operationen erschwert. Bei welchen Eingriffen konkret das Recht auf diese Zweitmeinung besteht, legt der G-BA in einer Richtlinie fest. Der Arzt, der einen Eingriff empfiehlt, bei dem der Anspruch auf eine Zweitmeinung gegeben ist, muss den Patienten über dieses Recht informieren.

2 Vor der Behandlung: die Entscheidungs- und Vorbereitungsphase



Ob Entbindung, Kniegelenkoperation oder Schlaganfall: Die meisten Menschen müssen im Laufe ihres Lebens ins Krankenhaus. Dieses Kapitel zeigt Ihnen, wann eine stationäre Behandlung notwendig werden kann, wie Sie das richtige Krankenhaus finden, welche Aufklärungspflichten Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat und welche Vorbereitungen Sie für Ihren Aufenthalt treffen sollten.

2.1 Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung

Wann kommt eine Krankenhausbehandlung in Betracht?
Prinzipiell gilt: Erst wenn Ihre niedergelassene Ärztin oder Ihr niedergelassener Arzt (Haus- oder Facharzt) alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um Ihre Erkrankung zu heilen oder zu lindern, kann die teil- oder vollstationäre Behandlung in einer Klinik notwendig werden. Das kann zum Beispiel bei einem größeren Eingriff der Fall sein oder bei einer Behandlung, die eine besondere technische Ausstattung erfordert. Darüber hinaus stehen die Krankenhäuser natürlich für Notfälle zur Verfügung, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung der Patientin oder des Patienten notwendig ist und eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann.

Immer mehr Kliniken bieten zudem ambulante Leistungen an. Dazu gehören kleinere Operationen wie Kniespiegelungen oder gynäkologische Eingriffe, die Beratung in Spezialsprechstunden sowie die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei besonderen Erkrankungen. Zudem sind Krankenhäuser in die integrierte Versorgung (IV) bei komplexeren Krankheiten oder in strukturierte Behandlungsprogramme

bei chronischen Erkrankungen eingebunden (siehe hierzu auch Kapitel 1.4 ab Seite 21).

Wer entscheidet, ob Sie ins Krankenhaus müssen?
Ob eine Krankenhausbehandlung notwendig ist, besprechen Sie mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt. Das kann sowohl die Hausärztin oder der Hausarzt sein als auch eine Fachärztin oder ein Facharzt. Eine Krankenhausbehandlung setzt dabei stets Ihre Einwilligung voraus.

Wie bekommen Sie einen Termin beim Facharzt?
Damit Sie nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten müssen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Januar 2016 sogenannte Terminservicestellen eingerichtet. Die Terminservicestellen vermitteln bei Vorlage einer Überweisung (ausgenommen sind Termine beim Augen- und Frauenarzt) grundsätzlich innerhalb einer Woche einen Facharzttermin mit einer Wartezeit von maximal vier Wochen. Kann die Terminservicestelle keinen Termin innerhalb der Wartezeit vermitteln, muss sie einen ambulanten Behandlungstermin im Krankenhaus anbieten. Ausgenommen davon sind verschiebbare Routineuntersuchungen oder Bagatellerkrankungen.

Woher wissen Sie, ob eine Behandlung wirklich notwendig ist?
Jeder Eingriff ist mit medizinischen Risiken verbunden und nicht für jeden Patienten eignet sich die gleiche Behandlungsmethode. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde ein Anspruch auf ein sogenanntes strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auf Kosten der Krankenkasse geregelt. Dieser Anspruch umfasst eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Operationen, bei denen Unsicherheit bestehen kann, ob sie medizinisch zwingend geboten sind und sich nicht gegebenenfalls vermeiden lassen. Bei welchen Eingriffen Sie konkret einen Anspruch auf eine Zweitmeinung haben, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest. Das können zum Beispiel Mandeloperationen sein. Der Arzt, der eine Zweitmeinung abgibt, muss dazu besonders qualifiziert sein, unter anderem durch eine langjährige Erfahrung als Facharzt in dem betreffenden Fachgebiet.

Unabhängig von diesen gesetzlichen Neuerungen bieten einige Krankenkassen ihren Versicherten schon länger und auch weiterhin eigene Zweitmeinungsverfahren für verschiedene schwerwiegende Erkrankungen an und übernehmen die entsprechenden Kosten als Satzungsleistung. Bei welchen Krankheiten dies der Fall ist und welche Voraussetzungen hierbei erfüllt sein müssen, können Sie direkt bei Ihrer Krankenkasse erfragen.

Wo können Sie sich beraten lassen?
Neben der ärztlichen Zweitmeinung können Sie als Patientin oder Patient sowie als Angehöriger auch anderweitige Informations- und Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Unterstützung gibt es etwa durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 65b Fünftes

Einen Facharzttermin vermitteln Ihnen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Buch Sozialgesetzbuch kostenfrei, neutral und qualitätsgesichert zu allen gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen informiert und berät. Sie können sich telefonisch, online oder vor Ort beraten lassen. Sie erreichen die Unabhängige Patientenberatung unter der gebührenfreien Telefonnummer 0800 0117722 oder unter www.patientenberatung.de.

Darüber hinaus gibt es weitere unabhängige Beratungsmöglichkeiten zu besonderen Themen oder für besondere Zielgruppen, die durch verschiedene Vereine, durch die Verbraucherzentralen oder durch Selbsthilfegruppen erbracht werden.

2.2 Auswahl des Krankenhauses

Können Sie sich das Krankenhaus selbst aussuchen?
Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, sondern um eine geplante Behandlung, haben Sie die Zeit und das Recht, sich eine Klinik auszusuchen. Denn in Deutschland gilt neben der freien Arztwahl grundsätzlich auch das Prinzip der freien Krankenhauswahl. Als gesetzlich Versicherte oder gesetzlich Versicherter können Sie sich in allen zugelassenen Kliniken behandeln lassen. Zugelassen sind die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind oder mit denen die Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Lediglich in Privatkliniken, für die keine dieser Voraussetzungen zutrifft, gilt dieses Recht – außer in Notfällen – nicht.

Liegt kein Notfall vor, brauchen Sie eine Krankenhauseinweisung von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt (Haus- oder Facharzt), um in eine Klinik aufgenommen zu werden. Die Ärztin oder der Arzt gibt dabei die beiden nächsterreichbaren Krankenhäuser an, wenn diese für die vorgesehene Behandlung geeignet sind. Sie können sich jedoch auch für eine andere Klinik entscheiden, wenn es sich dabei um eine zugelassene Klinik handelt. Wählen Sie eine andere Klinik ohne zwingenden Grund, kann die Krankenkasse verlangen, dass Sie die Mehrkosten hierfür tragen (§ 39 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Kommen Sie für eine am-

bulante Behandlung ins Krankenhaus, benötigen Sie regelmäßig eine Überweisung von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt – wie bei einer Überweisung zum Facharzt. In den meisten Fällen bedarf es dabei der Überweisung eines Facharztes.

Brauchen Sie eine Genehmigung Ihrer Krankenkasse?
Um ein Krankenhaus aufzusuchen, müssen Sie sich in aller Regel nicht vorher mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen.

Welche Kriterien sollten Sie bei der Krankenhauswahl berücksichtigen?
Bei der Wahl des passenden Krankenhauses spielen oftmals gleich mehrere Kriterien eine Rolle. Neben einer guten medizinischen Versorgung sind für viele Patientinnen und Patienten auch persönliche Bedürfnisse wie zum Beispiel die Nähe zum Wohnort, Barrierefreiheit oder besondere Sprachkenntnisse des Klinikpersonals wichtig. Viele verlassen sich bei der Entscheidung für eine Klinik oft auf die Empfehlung des Hausarztes oder den Rat von Angehörigen und Freunden. Unabhängig davon sollten Sie bei Ihrer Krankenhauswahl aber auch objektive Kriterien einbeziehen. Denn persönliche Einschätzungen ermöglichen keine zuverlässige Aussage über die wirkliche Qualität eines Krankenhauses. Hier lohnt sich ein Blick in die Qualitätsberichte, mit denen die Krankenhäuser über ihre Arbeit informieren. Diese geben unter anderem Auskunft über die medizinische Versorgungsqualität, beispielsweise zum Behandlungsergebnis bei bestimmten Leistungen auch im Verhältnis zu anderen Krankenhäusern sowie zur Erfüllung von Hygienestandards. Besonders wichtige Informationen des Qualitätsberichts, insbesondere zur Patientensicherheit, müssen zukünftig in einem gesonderten Berichtsteil in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache zusammengefasst werden.

Gut zu wissen

So finden Sie das richtige Krankenhaus

Um das für Sie passende Krankenhaus zu finden, sollten Sie verschiedene Kriterien beachten. Neben objektiven Aspekten, etwa hinsichtlich der Qualität eines Krankenhauses, können auch persönliche Bedürfnisse eine Rolle spielen.

Auf welche medizinischen Kriterien Sie achten sollten:

- **Ist das Krankenhaus auf Ihre Erkrankung spezialisiert?**

  Lassen Sie Eingriffe möglichst in einer Klinik durchführen, die Erfahrung mit Ihrer Erkrankung hat. Die Qualitätsberichte der Kliniken geben dazu Auskunft. In den Krankenhaussuchmaschinen im Internet sind die entsprechenden Informationen nutzerfreundlich zusammengefasst. Dort finden Sie Antworten auf die folgenden Fragen:

  - Verfügt die Klinik über die notwendige Fachabteilung, zum Beispiel Orthopädie oder Onkologie?
  - Welche medizinischen Leistungen bietet die Fachabteilung an, zum Beispiel Gelenkersatz oder Diagnostik von Tumoren?
  - Welche besondere Geräteausstattung gibt es in der Klinik, zum Beispiel Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT)?
  - Welche Qualifikationen bringen die Klinikärzte mit, zum Beispiel Kinder- oder Unfallchirurgie oder Strahlentherapie?
  - Steht spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung, zum Beispiel Physiotherapeuten, Diätassistenten oder Psychologen?

Gut zu wissen

- Gibt es zusätzliche medizinisch-pflegerische Leistungen, zum Beispiel Lymphdrainage, Ernährungsberatung oder Schmerzmanagement?

- **Weist das Krankenhaus eine hohe Qualität auf?**

  Die Kliniken sind gesetzlich dazu verpflichtet, Qualität sicherzustellen und Mängel zu beheben. Die Qualitätsberichte treffen dazu entsprechende Aussagen. Die Krankenhaussuchmaschinen im Internet erleichtern den Überblick oft durch ein einfaches Ampelsystem in der Rubrik „Gesetzliche Qualitätssicherung". Dort finden Sie unter anderem Informationen darüber, ob die Klinik bei bestimmten Eingriffen die festgelegten Qualitätsbestimmungen erreicht hat.

- **Was noch hilfreich sein kann: Wie schneidet die Klinik bei anderen Patienten ab?**

  Verschiedene Krankenhaussuchmaschinen im Internet lassen auch die Bewertungen anderer Patientinnen und Patienten in ihre Ergebnisse einfließen. Auch daran können Sie sich orientieren – seien Sie sich jedoch bewusst, dass persönliche Erfahrungen objektive Daten nicht ersetzen können.

  Welche persönlichen Aspekte eine Rolle spielen können:

- **Ist die Klinik in der Nähe Ihres Wohnortes?**
  Davon hängen nicht nur Ihre Anreise und die Ihres Besuchs ab. Sind in der ärztlichen Einweisung die nächsterreichbaren Krankenhäuser angegeben und entscheiden Sie sich gleichwohl für eine entferntere Klinik, können Mehrkosten auf Sie zukommen, etwa wegen höherer Fahrkosten.

- **Wünschen Sie bestimmte Zusatz- und Wahlleistungen?**
  Ob Einzelzimmer, Chefarztbehandlung oder Akupunktur: Erkundigen Sie sich im Voraus bei der Klinik nach Extraleistungen und anfallenden Zusatzkosten.

Gut zu wissen

- **Ist die Klinik barrierefrei?**
  Seh- oder gehbehinderte Menschen, Menschen mit Demenz, Patienten mit starkem Übergewicht, aber auch Eltern mit Kindern sind oft auf eine barrierearme Umgebung angewiesen. In den Qualitätsberichten der Kliniken sowie den Krankenhaussuchmaschinen im Internet finden Sie Informationen zur Barrierefreiheit, etwa ob ein Blindenleitsystem, ein Patientenlifter oder rollstuhlgerechte Duschen vorhanden sind.

- **Gibt es die Möglichkeit der Mitaufnahme von Begleitpersonen („Rooming-in“)?**
  Besonders bei kranken Kindern oder Menschen mit Demenz kann es erforderlich oder hilfreich sein, wenn sie von einem Angehörigen oder Betreuer begleitet werden. Fragen Sie im Krankenhaus nach, welche Möglichkeiten hierfür zur Verfügung stehen, und klären Sie vorab mit Ihrer Krankenkasse die Übernahme der Kosten.

- **Legen Sie Wert auf eine bestimmte Konfession?**
  Zahlreiche Kliniken werden von kirchlichen Einrichtungen getragen. Sofern Sie gläubig sind, kann daher die konfessionelle Ausrichtung des Krankenhauses ein Auswahlkriterium für Sie sein.

- **Ist fremdsprachiges Personal vorhanden?**
  Im Krankenhaus kommt es auf eine reibungslose Verständigung an. Sollten Sie nicht gut Deutsch sprechen, erkundigen Sie sich, ob Dolmetscher oder Mitarbeiter mit besonderen Sprachkenntnissen zur Verfügung stehen.

Wo finden Sie die Qualitätsberichte der Krankenhäuser?
Die Qualitätsberichte finden Sie sowohl auf den Internetseiten der Kliniken als auch über verschiedene Krankenhaussuchmaschinen im Internet, die von den Krankenkassen und ihren Verbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder Patientenorganisationen angeboten werden. So bietet beispielsweise die Weisse Liste, die unter der Schirmherrschaft des Patientenbeauftragten der Bundesregierung steht, eine umfassende Kliniksuche an. Dabei fließen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in die Bewertung ein. Die Suche ist im Internet erreichbar über www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche.

Was beinhalten die Qualitätsberichte der Krankenhäuser?
Krankenhäuser sind verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Die Berichte machen transparent, welche Leistungen angeboten werden, wie oft bestimmte Eingriffe erfolgt sind, wie häufig es dabei zu Problemen gekommen ist und wie gut eine Klinik auf spezielle Bedürfnisse, zum Beispiel Barrierefreiheit, eingeht. Diese Informationen sollen Ihnen helfen, sich ein Bild von der Versorgungsqualität einer Klinik zu machen. Jeder Qualitätsbericht besteht dabei aus drei Teilen:

Teil A enthält **allgemeine Informationen,** die das gesamte Krankenhaus betreffen. Dazu zählen zum Beispiel die Zahl der Betten, der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte und des weiteren therapeutischen Personals sowie Angaben zum Träger (öffentlich, freigemeinnützig, privat), zu medizinisch-pflegerischen Leistungen (zum Beispiel Akupunktur, Ernährungsberatung, Sterbebegleitung), zu nichtmedizinischen Angeboten (zum Beispiel Eltern-Kind-Zimmer, Seelsorge, Dolmetscherdienste), zu Besonderheiten bei der medizintechnischen Ausstattung sowie zur Barrierefreiheit.

Teil B informiert über die **Fachabteilungen und Zusatzqualifikationen.** Hier lässt sich nachvollziehen, ob eine Klinik über die gesuchte Fachkompetenz verfügt. Denn nicht jedes Krankenhaus hat etwa eine Intensivstation oder eine Kinderabteilung. Aufgeführt werden die Abteilungen, ihre medizinischen Leistungen sowie die

Zusatzqualifikationen der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegekräfte. Außerdem wird für jede Fachabteilung die Zahl der vorgenommenen Eingriffe nach Diagnose und Prozedur veröffentlicht.

Tipp: Für eine effektive Suche ist es hilfreich, den Diagnoseschlüssel (ICD-Code) oder den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Code) zu kennen. Damit können Sie gezielt nach Eingriffen und Behandlungen suchen und diese in verschiedenen Kliniken vergleichen. Den genauen Code erfahren Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Teil C ist der Kern des Qualitätsberichts. Er umfasst die Bewertung der erbrachten Leistungen und die Maßnahmen zur **Qualitätssicherung.** Hierfür müssen die Kliniken für die verschiedenen Behandlungen festgelegte Qualitätsstandards erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der QSKH-Richtlinie (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) festlegt. Beispiel: Als Qualitätskriterium bei Frühgeburten gilt die Anwesenheit eines Kinderarztes. Als Zielwert wurde festgelegt, dass mindestens 90 von 100 Frühgeburten in Anwesenheit eines Kinderarztes erfolgen sollen. Ein Krankenhaus erhält eine gute Qualitätsbewertung, wenn es diese Quote erfüllt. Zur Qualitätsbewertung sind Teil C auch Hinweise auf Komplikationen bei bestimmten Eingriffen zu entnehmen.

Ausführlichere Informationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Qualitätsberichten finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/qualitaetsbericht.

2.3 Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes

Wie werden Sie auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet?
Bevor Sie in einem Krankenhaus aufgenommen werden, müssen Sie in der Regel zu einer ambulanten Voruntersuchung in die Klinik kommen. Im Rahmen dieser sogenannten vorstationären Behandlung klärt die Klinikärztin oder der Klinikarzt, ob die Behandlung, wie sie der einweisende Arzt vorgesehen hat, überhaupt im Krankenhaus in dieser Form notwendig ist oder ob sie auch teilstationär oder

ambulant erfolgen kann. Ist eine stationäre Versorgung angezeigt, dient die Aufnahmeuntersuchung dazu, Sie auf den Eingriff vorzubereiten, etwa durch Blutentnahmen, das Aufklärungsgespräch und die Vorstellung beim Narkosearzt. Um Doppeluntersuchungen und Verzögerungen zu vermeiden, sollten Sie wichtige medizinische Unterlagen mitbringen, zum Beispiel Röntgenbilder, Ultraschallbefunde, Ihre Medikamentenliste oder Gesundheitspässe wie Allergiepass oder Diabetikerausweis. Das Krankenhaus kann auch niedergelassene Vertragsärzte beauftragen, die vorstationäre Behandlung in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis zu übernehmen.

Kurz erklärt

Vorstationäre Behandlung

Die vorstationäre Behandlung dient dazu, zu klären, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist, oder um diese vorzubereiten. Sie darf sich höchstens über drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor der stationären Aufnahme erstrecken (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Wann übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für die Fahrt zum Krankenhaus?

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Fahrt zum Krankenhaus, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig ist. Hierfür benötigen Sie von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt eine entsprechende „Verordnung einer Krankenbeförderung“. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt die Verordnung nachträglich ausstellen.

Wenn es medizinisch notwendig ist, übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für die Fahrt zum Krankenhaus.

Die Krankenkassen übernehmen die Fahrkosten in den nach § 60 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgeführten Fällen:

- Fahrten zum Krankenhaus für Leistungen, die stationär erbracht werden
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung
- Krankentransporte, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich oder dies zu erwarten ist
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist

Die Fahrten können prinzipiell mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit Taxen und Mietwagen, Ihrem eigenen Pkw oder bei entsprechendem Bedarf mit einem Krankentransport erfolgen. Handelt es sich um eine Rettungsfahrt, kann ein Rettungswagen genutzt werden. Welches Verkehrsmittel medizinisch notwendig ist, legt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt in der Verordnung fest. Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist keine Verordnung erforderlich.

Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erstatten die Krankenkassen die Kosten abzüglich der von Ihnen zu leistenden gesetzlichen Zuzahlung sowie aller Fahrpreisvergünstigungen, zum Beispiel Schwerbehindertenrabatt. Bei Fahrten mit dem eigenen Pkw zahlen die Kassen für jeden gefahrenen Kilometer den im Bundesreisekostengesetz festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung. Dieser beträgt 20 Cent je Kilometer zurückgelegte Strecke, höchstens jedoch die Kosten, die entstanden wären, wenn Sie – abhängig von der medizinischen Notwendigkeit – eines der anderen oben genannten Transportmittel genutzt hätten. Auch hier wird Ihr Eigenanteil (Zuzahlung) abgezogen. Dabei werden jedoch nur die Fahrkosten bis zum nächstgelegenen Krankenhaus übernommen. Wählen Sie ein weiter entferntes Krankenhaus, können Sie ganz oder teilweise mit den Mehrkosten belastet werden (§ 39 Abs. 2 SGB V).

Wie viel müssen Sie bei den Fahrkosten zuzahlen?
Werden Ihre Fahrkosten von der Krankenkasse übernommen, zahlen Sie pro Fahrt 10 Prozent des Fahrpreises zu, mindestens 5 und maximal 10 Euro, jedoch nie mehr als die tatsächlichen Kosten. Dabei gelten die Hin- und Rückfahrt jeweils als Einzelfahrt. Auch für Kinder und Jugendliche müssen Sie den vollen Eigenanteil leisten.

Müssen Sie die Fahrten von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen?
Wenn Sie zu einer stationären Behandlung in ein Krankenhaus fahren, müssen Sie die ärztliche „Verordnung einer Krankenbeförderung“ nicht vorab von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen. Sie können die Kostenerstattung auch im Nachhinein beantragen. Dies gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen sowie für das ambulante Operieren.

Weitere Fahrten zu einer ambulanten Behandlung, insbesondere bei einem Krankentransport oder in besonderen Ausnahmefällen, müssen in jedem Fall vorher von der Krankenkasse genehmigt werden, da die Kassen die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen. Das betrifft beispielsweise Fahrten zur ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie und zur Dialysebehandlung. Die Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Krankentransport-Richtlinie festgelegt. Schwerbehinderte können die Kosten für die Fahrt zur ambulanten Behandlung nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse erstattet bekommen, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) besitzen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Fahrkostenübernahme, wenn sie

- pflegebedürftig mit mindestens Pflegegrad 4 sind,
- bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und nun mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind,
- in den Pflegegrad 3 eingestuft sind und wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität eine Beförderung benötigen.

Ein Krankenhausaufenthalt sollte gut vorbereitet sein. Unsere Checkliste hilft Ihnen dabei.

Gut zu wissen

So können Sie sich auf Ihren Krankenhausaufenthalt vorbereiten

Wenn es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt handelt, sollten Sie die Zeit vorher nutzen, um diesen gut vorzubereiten. Klären Sie wichtige Fragen vorab und treffen Sie Vorkehrungen für Ihre Abwesenheit von zu Hause. Denken Sie außerdem an die notwendigen Unterlagen und persönlichen Dinge, die Sie im Krankenhaus brauchen werden.

Woran Sie vor Ihrem Klinikaufenthalt denken sollten:

- Falls Sie regelmäßig **Medikamente** einnehmen, müssen diese im Vorfeld der Untersuchung oder Behandlung eventuell abgesetzt oder umgestellt werden. Bei bestimmten Eingriffen dürfen Sie außerdem **vorher nichts mehr essen und trinken.** Besprechen Sie die Details mit Ihrem behandelnden Arzt.
- Informieren Sie Ihren Arbeitgeber, Ihre Freunde, Verwandten und/oder Nachbarn über **Ihre Abwesenheit.** Bei Pflegebedürftigkeit sollten Sie auch den Pflegedienst benachrichtigen.
- Bitten Sie jemanden, sich um **Ihre Wohnung oder Ihr Haus** sowie um Haustiere, Pflanzen, Post und Ähnliches zu kümmern, und hinterlegen Sie hierfür einen Schlüssel.
- **Bei längerem Krankenhausaufenthalt:** Stellen Sie sicher, dass Ihre laufenden Kosten gedeckt sind. Erteilen Sie bei Bedarf einer Person Ihres Vertrauens eine Vollmacht für die Regelung Ihrer Angelegenheiten.
- Überprüfen Sie, ob in nächster Zeit **Termine** geplant sind, die Sie besser verschieben oder absagen sollten.
- Wenn während Ihres Krankenhausaufenthaltes Kinder betreut und versorgt werden müssen, erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse nach der Möglichkeit einer **Haushaltshilfe.**

Gut zu wissen

- Wenn Sie sich als Angehöriger um einen Pflegebedürftigen kümmern, sollten Sie frühzeitig eine **Verhinderungspflege** organisieren.
- Denken Sie an die **Zeit nach Ihrem Aufenthalt:** Werden Sie eine Betreuung oder Hilfsmittel wie Rollstuhl oder Pflegebett benötigen? Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrer Krankenkasse und dem Sozialdienst der Klinik.

Welche Dokumente und Unterlagen Sie mitnehmen sollten:

- Versichertenkarte
- Personalausweis oder Reisepass
- Einweisungsschein bei stationärer Behandlung, Überweisungsschein bei ambulanter Behandlung
- Kontaktdaten Ihrer Hausärztin oder Ihres Hausarztes
- Name und Telefonnummer eines Angehörigen, der benachrichtigt werden soll
- bei Pflegebedürftigen: die Kontaktdaten der Pflegeeinrichtung oder des Pflegedienstes
- Liste der Medikamente, die Sie gegenwärtig einnehmen
- vorhandene Untersuchungsbefunde (zum Beispiel Röntgen- oder Ultraschallbilder, EKG, Laborergebnisse) und frühere Krankenhausberichte
- vorhandene Gesundheitspässe (zum Beispiel Impfpass, Mutterpass, Allergiepass, Diabetikerausweis, Herzschrittmacherausweis)
- gegebenenfalls Zuzahlungsbefreiungen der Krankenkasse oder Bestätigung der Kostenübernahme durch das Sozialamt

Gut zu wissen

- soweit vorhanden: Versicherungsnachweis über eine Krankenhaustagegeldversicherung, Bescheinigungen über die Teilnahme an Versorgungsprogrammen Ihrer Krankenkasse (integrierte Versorgung)
- gegebenenfalls Notfallvorkehrungen (zum Beispiel Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Organspendeausweis)

Welche persönlichen Dinge Sie mitbringen sollten:

- Hilfsmittel wie Brille, Hörgerät, Gehhilfe, Stützstrümpfe
- Kleidung wie Schlafanzug, Bademantel, Trainingsanzug, rutschfeste Schuhe, Kleidung für den Nachhauseweg
- bei Neugeborenen: Erstlingskleidung, Auto-Babysitz für den Weg nach Hause
- Dinge, die den Krankenhausaufenthalt angenehmer gestalten, wie zum Beispiel Bücher, Zeitschriften, Musik, Fotos, Schreibutensilien
- Kontaktdaten von Angehörigen und Freunden
- Toilettenartikel zur Körperpflege
- etwas Bargeld (aus Haftungsgründen möglichst keine hohen Bargeldsummen oder teuren Wertgegenstände)

Quelle: www.weisse-liste.de, Checkliste Krankenhausaufenthalt

2.4 Aufklärung, Einwilligung und Vorsorge

Welche Informations- und Aufklärungspflichten hat das Krankenhaus?
Als Patientin oder Patient müssen Sie umfassend und verständlich über Ihre Behandlung informiert und aufgeklärt werden (§ 630c und § 630e Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)). Dies reicht von den erforderlichen Untersuchungen über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie bis hin zur voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung. Eine umfassende Information und Aufklärung beinhaltet zudem, dass mit Ihnen über Risiken und Chancen der konkreten Behandlungsmaßnahme gesprochen wird. Stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, die jedoch mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen verbunden sind, müssen Sie auch darüber aufgeklärt werden.

Wie müssen Sie aufgeklärt werden?
Die Aufklärung muss in einem persönlichen Gespräch erfolgen, damit Sie unmittelbar nachfragen können. Dabei kann die Ärztin oder der Arzt zu Ihrer Information auch schriftliche Unterlagen miteinbeziehen. Allerdings dürfen diese das Gespräch nicht ersetzen. So reicht es nicht aus, wenn Ihnen der Arzt vor einer Gallenblasenentfernung ein Informationsblatt oder einen Aufklärungsbogen überreicht, ohne dies zusätzlich mit Ihnen persönlich zu besprechen. Schriftstücke, die Sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, müssen Ihnen als Kopie oder Durchschrift ausgehändigt werden. Dazu muss die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass Sie Ihre Entscheidung wohlüberlegt treffen können.

Gut zu wissen

Was Sie beim Aufklärungsgespräch beachten sollten

Ihre behandelnde Ärztin beziehungsweise Ihr behandelnder Arzt[2] hat eine umfassende Informations- und Aufklärungspflicht Ihnen gegenüber. Das umfasst die medizinischen Untersuchungen, die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Heilungschancen und Risiken.

Wann Sie die Ärztin oder der Arzt informieren und aufklären muss:

- Findet das Aufklärungsgespräch rechtzeitig vor einer Behandlung statt? Außer bei Notfällen sollte die Aufklärung mehrere Tage vor dem Eingriff erfolgen, damit Sie genügend Zeit haben, Fragen zu stellen und Ihre Entscheidung zu treffen. Bei kleineren ambulanten Operationen kann die Aufklärung am Eingriffstag erfolgen, jedoch nicht erst unmittelbar vor dem Eingriff im OP-Bereich.
- Können Sie die schriftlichen Materialien in Ruhe durchlesen? Wenn nicht, lassen Sie sich nicht drängen und fordern Sie genügend Zeit für die Lektüre ein.
- Haben Sie genug Zeit, eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen? Erbitten Sie gegebenenfalls Bedenkzeit und nutzen Sie diese, um weitere Informationen und Meinungen einzuholen.
- Haben Sie auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet? In diesem Fall ist der Arzt von seiner Aufklärungspflicht entbunden.

2 Neben der Ärztin beziehungsweise dem Arzt können das auch andere Behandelnde sein, etwa eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut.

Gut zu wissen

Worüber Sie die Ärztin oder der Arzt informieren und aufklären muss:

- Erklärt Ihnen der Arzt umfassend und verständlich, welche Untersuchungen oder Eingriffe anstehen und wie diese ablaufen?
- Haben Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und geht der Arzt darauf ein?
- Werden Ihnen Untersuchungsergebnisse und Befunde (zum Beispiel Laborwerte oder Röntgenbilder) anschaulich erläutert?
- Klärt der Arzt Sie ausführlich und verständlich über die Diagnose (zum Beispiel Herzinfarkt oder Bauchspeicheldrüsenentzündung) auf?
- Spricht er dabei auch den weiteren Krankheitsverlauf (mit und ohne Behandlung), mögliche Heilungschancen oder Folgeerkrankungen an?
- Erklärt er Ihnen, welche Behandlungsschritte erfolgen sollen?
- Geht er auch darauf ein, wie notwendig oder dringend die Behandlung ist?
- Werden Ihnen die Chancen, aber auch die Risiken der Behandlung aufgezeigt?
- Weist Sie der Arzt auf mögliche Behandlungsalternativen und ihre Vor- und Nachteile hin?
- Informiert Sie der behandelnde Arzt über die verschriebenen Medikamente, ihre Einnahme und Dosierung? Geht er auf die Wirkung sowie mögliche Nebenwirkungen der Arzneimittel ein?

Gut zu wissen

- Werden Sie über Kosten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden, vorab schriftlich informiert, zum Beispiel für Wahlleistungen im Krankenhaus?

Wie Sie die Ärztin oder der Arzt informieren und aufklären muss:

- Findet die Aufklärung mündlich statt oder erhalten Sie nur schriftliche Informationen? Bitten Sie um ein persönliches Gespräch, um all Ihre Fragen direkt stellen zu können. Der Arzt ist zu einer mündlichen Aufklärung verpflichtet.
- Sind die Informationen für Sie verständlich? Wenn nicht, fragen Sie nach. Lassen Sie sich alles, was Sie nicht verstehen, erklären.
- Haben Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen? Der Arzt muss Ihnen zu allen offenen Punkten antworten.
- Werden Ihnen Kopien oder Durchschriften der von Ihnen unterzeichneten Unterlagen (etwa Einwilligungserklärung oder Aufklärungsbogen) ausgehändigt? Lassen Sie sich diese geben und bewahren Sie sie für eventuelle Nachfragen auf.

Wie willigen Sie in eine Behandlung ein?

Für welche Behandlung Sie sich letztlich entscheiden – die rechtliche Grundlage dafür, dass Ihre Einwilligung verbindlich ist, ist § 630d BGB. Ihre Einwilligung ist allerdings nur wirksam, wenn Sie rechtmäßig aufgeklärt worden sind. Ob und wie Sie sich behandeln lassen, ist allein Ihre Entscheidung. Hier greift das Recht auf Selbstbestimmung. In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass Sie eine medizinisch notwendige Behandlung auch ablehnen können.

Kurz erklärt

Einwilligung

Bevor ein Arzt einen medizinischen Eingriff an Ihnen vornehmen darf, muss er Ihre Einwilligung einholen. So schreibt es § 630d BGB vor. Sind Sie nicht in der Lage, einzuwilligen, kann eine berechtigte Person die Einwilligung erteilen, sofern Sie in einer Patientenverfügung nichts Gegenteiliges festgelegt haben.

Was passiert bei Patienten, die nicht selbst einwilligen können?
Wenn Sie nicht in der Lage sind, selbst einwilligen zu können, liegt eine besondere Situation vor. Einwilligungsunfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite beziehungsweise Folgen der ärztlichen Maßnahme auch nach ärztlicher Aufklärung nicht verstehen oder seinen Willen nicht danach bestimmen kann. Dies kann beispielsweise aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder bei Bewusstlosigkeit der Fall sein. In dringenden Notfällen können dann Behandlungsmaßnahmen ohne Einwilligung eingeleitet werden, wenn diese Ihrem mutmaßlichen Willen entsprechen. Dabei ist die Frage zu stellen, wie Sie in der konkreten Situation entscheiden würden, wenn Sie dazu in der Lage wären. Liegt kein Notfall vor, muss eine Vertreterin oder ein Vertreter nach vorheriger Aufklärung an Ihrer Stelle entscheiden, soweit nicht bereits eine Patientenverfügung die konkret vorgesehene Behandlung gestattet oder untersagt. Als Vertreter kommt zum Beispiel ein Bevollmächtigter oder ein vom Betreuungsgericht bestellter Betreuer infrage. Auch ein Einwilligungsunfähiger darf jedoch über das Ob und Wie einer Behandlung, der er unterzogen wird, grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen werden. Daher soll auch der einwilligungsunfähige Patient in das Behandlungsgeschehen einbezogen werden. Ihm sollen entsprechend seinem Verständnis die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Maßnahme erläutert werden, soweit er aufgrund seines Entwicklungszustandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft (§ 630e Absatz 5 BGB).

Bei Minderjährigen hängt es insbesondere vom Alter und von ihrer Einsichtsfähigkeit ab, inwieweit sie selbst in eine Behandlung einwilligen können.

Bei Minderjährigen ist zu unterscheiden: Ist der minderjährige Patient nicht einwilligungsfähig, so liegt die Entscheidung über die Durchführung einer Behandlung ausschließlich bei den Personensorgeberechtigten. Da eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten nur wirksam ist, wenn die Ärztin oder der Arzt sie vorher aufgeklärt hat, ist es unumgänglich, dass sie über die ärztliche Maßnahme genau informiert werden.

Minderjährige können dann selbst wirksam in eine Behandlung einwilligen, wenn sie nach ihrem Alter und ihrer Verstandesreife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu ermessen vermögen, das heißt die Vor- und Nachteile der Behandlung in ihren Grundzügen erkennen. Inwieweit diese natürliche Einsichts- und Entschlussfähigkeit der minderjährigen Person gegeben ist,

muss die Ärztin oder der Arzt im Einzelfall im Hinblick auf den geplanten, konkreten Eingriff beurteilen. Das Gesetz kennt keine starren Altersgrenzen. Im Zweifel sollte (zusätzlich) die Einwilligung der Personensorgeberechtigten eingeholt werden. Wenn ausnahmsweise zwischen dem bereits einwilligungsfähigen Kind und den Eltern unterschiedliche Auffassungen über eine Behandlung bestehen, muss diese Konfliktsituation durch besonders intensive und umfassende Prüfung der behandelnden Ärzte und Gespräche mit allen Beteiligten gelöst werden. Dabei sind einerseits das Selbstbestimmungsrecht des minderjährigen Patienten, andererseits das Eltern- und Erziehungsrecht zu berücksichtigen.

Wie können Sie für den Fall vorsorgen, dass Sie nicht mehr selbst einwilligen können?
Im Laufe eines Lebens kann jeder in die Lage geraten, nicht mehr für sich entscheiden zu können – etwa nach einem schweren Unfall oder bei einer Demenzerkrankung. Für diesen Fall können Sie vorsorgen:

Mit einer **Patientenverfügung** legen Sie für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus schriftlich fest, ob Sie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation in eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung einwilligen oder diese untersagen. Der Arzt hat eine Patientenverfügung unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung umzusetzen, wenn in der Erklärung Ihr Wille für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Auch Ihre Entscheidung zur Organspende können Sie in einer Patientenverfügung dokumentieren.

Liegt keine Patientenverfügung von Ihnen vor oder treffen die Festlegungen nicht auf Ihre Lebens- und Behandlungssituation zu, hat ein vom Betreuungsgericht bestellter Betreuer oder ein Bevollmächtigter Ihre Behandlungswünsche zu ermitteln. Lässt sich nicht feststellen, welche Behandlung Sie wünschen, muss auf der Grundlage Ihres mutmaßlichen Willens anhand früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen, ethischer oder religiöser Überzeugungen oder sonstiger Wertevorstellungen entschieden werden. Es kommt also wieder darauf an, wie Sie in der konkreten Situation entschei-

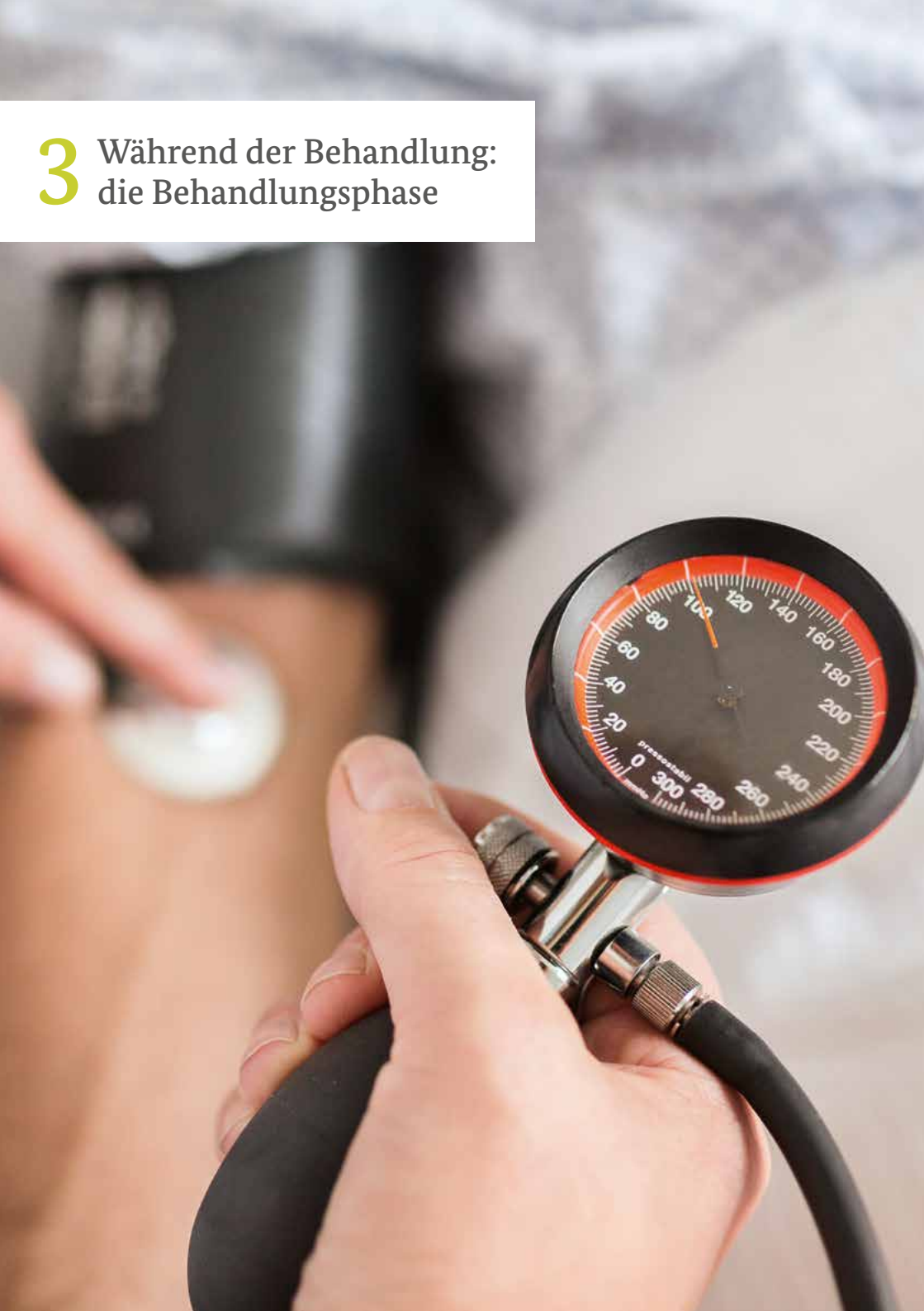
den würden, wenn Sie dazu in der Lage wären. Mit einer **Betreuungsverfügung** können Sie Einfluss auf die durch ein Gericht anzuordnende Betreuung nehmen. Sie können darin eine Vertrauensperson benennen, die die Betreuung übernimmt, oder jemanden als Betreuer ausschließen. Außerdem können Sie Wünsche zur Betreuung festlegen, zum Beispiel den Ort der Pflege und die Art der Betreuung.

Die gerichtliche Bestellung eines Betreuers können Sie vermeiden, indem Sie eine andere Person mit einer **Vorsorgevollmacht** zur Vertretung (unter anderem) in gesundheitlichen Angelegenheiten ermächtigen. Bevollmächtigen sollten Sie nur eine Person, der Sie uneingeschränkt vertrauen und die bereit ist, für Sie im Bedarfsfall zu handeln. Es ist auch möglich, eine Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung zu kombinieren. Dies hat den Vorteil, dass der von Ihnen in der Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Wille von der durch Sie bevollmächtigten Person zur Geltung gebracht werden kann.

Weitere Informationen zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung enthalten die vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ (im Internet abrufbar unter www.bmjv.de → Publikationen).

Was wird mit einem Organspendeausweis geregelt?
Ob Sie für oder gegen Organspende sind – mit einem Organspendeausweis können Sie Ihre Entscheidung einfach und unbürokratisch dokumentieren. Mit dem Ausweis können Sie sich für eine generelle Organ- und Gewebespende aussprechen, die Spende auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränken, einzelne Organe ausschließen oder einer Organ- und Gewebespende grundsätzlich widersprechen. Außerdem können Sie die Entscheidung auf eine andere Person übertragen. Sollte sich Ihre Einstellung zur Organspende ändern, müssen Sie lediglich den alten Ausweis vernichten. Auf einem neuen Ausweis können Sie Ihre geänderte Entscheidung festhalten.

3 Während der Behandlung: die Behandlungsphase



Als Patientin oder Patient haben Sie Anspruch auf eine professionelle und sichere Versorgung während Ihres Krankenhausaufenthaltes. In diesem Kapitel wird erläutert, wie die Abläufe im Krankenhaus sind, welche Betreuung und Begleitung Ihnen zur Verfügung steht, welche Rechte Sie haben und wie für die Patientensicherheit und den Schutz Ihrer Patientendaten gesorgt wird.

3.1 Abläufe und Betreuung im Krankenhaus

Wie sieht der Klinikalltag aus?
Die Welt des Krankenhauses ist ein komplexes System. Eine Vielzahl von Abläufen muss genau aufeinander abgestimmt sein, damit der Klinikalltag möglichst reibungslos funktioniert. Auch wenn sich die Abläufe je nach Station oder Fachbereich unterscheiden können, bedeutet das für Sie als Patientin oder Patient: Der Tag auf der Station ist stark geregelt. Er beginnt in der Regel zwischen 6 und 7 Uhr mit dem Wecken. Nach der Morgentoilette, ersten pflegerischen Tätigkeiten wie Blutdruckmessen oder Verbandswechsel und dem Frühstück findet die ärztliche Visite statt. Im Beisein der Stationsärzte, des Pflegepersonals und gegebenenfalls eines Oberarztes oder Chefarztes werden die aktuellen Befunde und die weiteren notwendigen Schritte der Behandlung mit Ihnen besprochen. Nutzen Sie die Visite als Gelegenheit, Fragen an den Arzt zu stellen, zum Beispiel zum Verlauf Ihrer Therapie oder zur Wirkungsweise Ihrer Medikamente. Gegen 12 Uhr ist Zeit für das Mittagessen. Während des Vormittags und Nachmittags werden üblicherweise Eingriffe oder Untersuchungen sowie Behandlungen wie Krankengymnastik oder Ergotherapie durchgeführt. Ab etwa 18 Uhr erhalten Sie Ihr Abendessen, ab circa 22 Uhr ist Nachtruhe.

Wie erfolgt die Aufnahme im Krankenhaus?
Für einen geplanten Klinikaufenthalt vereinbaren Sie einen Termin mit dem Sekretariat oder der Patientenaufnahme der Klinik. Nötig hierfür ist eine Einweisung Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihres behandelnden Arztes. Am Aufnahmetag sollten Sie an alle notwendigen Dokumente denken, zum Beispiel Versichertenkarte, Personalausweis und Einweisungsschein (siehe auch Checkliste „So können Sie sich auf Ihren Krankenhausaufenthalt vorbereiten“ auf Seite 47). Außerdem sollten Sie mögliche ärztliche Verordnungen beachten, die im Rahmen der vorstationären Behandlung vereinbart wurden, beispielsweise zur Einnahme von Medikamenten. Bei der Aufnahme im Krankenhaus werden Ihre persönlichen Daten erfasst (zum Beispiel Name, Adresse), die Kostenfragen geklärt (zum Beispiel Abrechnungsprozedere, Zuzahlungen, Wahlleistungen) und es wird ein Behandlungsvertrag („Aufnahmeantrag“) geschlossen, den Sie unterzeichnen müssen. Viele Krankenhäuser verfügen über einen Patientenservice, der für die Aufnahme zuständig ist und die Patientinnen und Patienten bis zur Entlassung begleitet.

Kurz erklärt

Behandlungsvertrag

Im Behandlungsvertrag einigen sich Klinik und Patient auf eine Krankenhausbehandlung. Der Vertrag enthält üblicherweise die grundlegenden Patientendaten (zum Beispiel Name, Geburtsdatum, Hausarzt), die Einwilligung des Patienten zur Datenverarbeitung sowie einen Passus zur Kostenübernahme.

Wie erfolgt die Krankenhausaufnahme im Notfall?
Kommen Sie in einer Akutsituation in die Notaufnahme, erfolgt die Aufnahme naturgemäß ohne Termin. Bis auf Privatkliniken verfügt jedes Krankenhaus über eine Notaufnahme, die in der Regel sieben Tage in der Woche rund um die Uhr geöffnet ist. Die Behandlung

erfolgt nach einer Ersteinschätzung („Triage-System"), sodass Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Verletzungen oder Erkrankungen vorrangig versorgt werden. Grundsätzlich müssen Sie als Notfallpatient keine Dokumente vorlegen. Wenn es möglich ist, sollten Sie jedoch neben der Versichertenkarte wichtige Unterlagen wie Medikamentenplan, Impfpass, Allergiepass sowie Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht mitbringen.

Auf welche Krankenhausleistungen haben Sie Anspruch?
Eine Behandlung im Krankenhaus umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind (allgemeine Krankenhausleistungen). Soweit medizinisch erforderlich, ist dabei auch eine Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt enthalten. Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können Sie zudem Wahlleistungen in Anspruch nehmen, für die Sie jedoch selbst aufkommen müssen, etwa die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder eine exklusive Chefarztbehandlung.

Im Krankenhaus haben Sie Anspruch auf alle Leistungen, die nach Art und Schwere Ihrer Erkrankung medizinisch notwendig sind.

Können Begleitpersonen mit aufgenommen werden?
Für manche Patientinnen und Patienten ist es sinnvoll, während eines Klinikaufenthaltes in vertrauter Begleitung zu sein. Das gilt insbesondere für kleine Kinder, bei denen die Fürsorge der Eltern für die Genesung besonders wichtig ist. Aber auch für Menschen mit Demenz kann die Anwesenheit eines Angehörigen oder Betreuers sehr hilfreich sein. Für sie stellt die fremde Umgebung des Krankenhauses eine besondere Herausforderung dar. Denn sie haben oftmals Schwierigkeiten, ihre Beschwerden mitzuteilen oder einem Aufklärungsgespräch zu folgen. Viele Krankenhäuser bieten daher das sogenannte „Rooming-in" an. Dabei werden Eltern, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen mit aufgenommen und direkt im Patientenzimmer oder in der Nähe untergebracht. Erkundigen Sie sich vor dem Krankenhausaufenthalt bei Ihrer Krankenkasse und der jeweiligen Klinik über die Möglichkeiten des Rooming-ins. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn die Begleitung aus medizinischer Sicht notwendig ist und vom Arzt bescheinigt wird (§ 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Auf Säuglingsstationen bezahlt die Kasse das Rooming-in immer, weil sowohl die Mutter als auch das Kind Patienten sind.

Wer sorgt für Sie während eines Klinikaufenthaltes?
Zu einem Krankenhausaufenthalt gehört neben der medizinischen Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte immer auch eine umfassende pflegerische Versorgung. Die Pflegekräfte erledigen beispielsweise die Wundversorgung, die Medikamentengabe, ermitteln Ihre Vitalparameter wie Blutdruck, Puls und Körpertemperatur und helfen Ihnen bei Bedarf auch bei der Körperpflege und anderen Verrichtungen. Daneben können Sie aber auch auf Begleitung und Unterstützung in psychologischen und sozialen Belangen zurückgreifen – durch Klinikpsychologen, Klinikseelsorger und den Kliniksozialdienst.

Im Krankenhaus sind sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte für Sie da.

Kurz erklärt

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Eine gute Betreuung im Krankenhaus braucht eine solide Personalausstattung. Krankenhäuser erhalten deshalb mehr Geld für Pflegepersonal am Krankenbett. So wird seit 1. Januar 2019 jede zusätzliche Pflegestelle am Krankenbett refinanziert; dies gilt auch für entsprechende Teilzeitstellen, die aufgestockt werden. Bereits ab dem Jahr 2018 werden zudem die Tarifsteigerungen für Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Krankenhäuser müssen nachweisen, dass das Geld, welches für Pflegepersonal vorgesehen ist, auch wirklich dort ankommt. Neben Verbesserungen in der Personalausstattung, Maßnahmen zur Personalentwicklung sowie Regelungen zur Finanzierung und Bezahlung von Pflegefachpersonal ist auch eine umfassendere Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen als deutlicher Anreiz zur Schaffung höherer Ausbildungskapazitäten vorgesehen.

Kurz erklärt

Um die Attraktivität der Pflegeberufe insgesamt zu steigern, werden zudem Maßnahmen für eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten in der Pflege und eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ergriffen.

Des Weiteren sind die für die pflegesensitiven Bereiche der Krankenhäuser festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln und sukzessive auf weitere Krankenhausbereiche auszuweiten, in denen eine ausreichende Personalausstattung aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist.

Welche psychologische, soziale und seelsorgerische Betreuung gibt es?
Ein Aufenthalt im Krankenhaus kann für Patientinnen und Patienten viele Fragen aufwerfen und auch Ängste auslösen. **Klinikpsychologinnen und -psychologen** stehen Ihnen und Ihren Angehörigen bei, schwere Diagnosen zu verarbeiten, zum Beispiel bei einer Krebserkrankung.

Die **Kliniksozialdienste** helfen Ihnen vor allem bei sozialen, persönlichen und finanziellen Fragen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sein können. Sie unterstützen zum Beispiel dabei, Rehabilitationsmaßnahmen zu beantragen oder eine häusliche Pflege zu organisieren, und beraten zu den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (mehr siehe Kapitel 4.2 auf Seite 88).

Die **Krankenhausseelsorge** begleitet Sie unabhängig von Ihrem Glauben, insbesondere durch Zuwendung und Zuhören. Wenn es gewünscht wird, auch mit Gebet, Segnung und Sakramenten. Zudem gibt es in vielen Kliniken ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die zuhören, trösten und begleiten, zum Beispiel Hospizhelfer. Sie stehen schwerkranken und sterbenden Menschen und deren Angehörigen am Lebensende zur Seite.

Gut zu wissen

So können Sie Ängsten vor einer Behandlung begegnen

Vor einer Untersuchung oder Operation Angst zu haben, ist normal. Wenn Ihre Angst jedoch überhandnimmt, sollten Sie dies gegenüber Ihrem Arzt ansprechen und sich helfen lassen. Viele Krankenhäuser bieten gezielt Hilfe an. Indem Sie etwas gegen die Angst unternehmen, verbessern Sie Ihr Wohlbefinden und sorgen für mehr Klarheit. Dies ist wichtig, um zum Beispiel medizinische Informationen richtig zu verstehen.

- Lernen Sie, die Angst zu verstehen. Symptome wie Herzklopfen, Herzrasen, Übelkeit oder ein nervöser Magen sind natürliche Reaktionen des Körpers, um ihn vor einer möglichen Gefahr zu schützen. In der Regel sind sie aber kein Anzeichen dafür, dass sich eine Krankheit verschlimmert, sondern lediglich eine Stressreaktion.
- Informieren Sie sich im Arztgespräch detailliert über die geplante Behandlung. Je mehr Sie wissen, warum die Behandlung sinnvoll ist und wie sie abläuft, desto weniger beängstigend kann sie wirken.
- Besprechen Sie Ihre Ängste und Sorgen gegebenenfalls mit einem Psychologen oder Seelsorger, den es in den meisten Krankenhäusern gibt.
- Sie können mit Ärzten und Pflegekräften bereits im Vorfeld einer Behandlung Dinge vereinbaren, die Ihnen wichtig sind, zum Beispiel, in welchem Umfang Angehörige oder Freunde informiert werden sollen, oder auf Entscheidungen für den Notfall hinweisen, zum Beispiel mit einer Patientenverfügung.
- Versuchen Sie, sich zu entspannen und sich abzulenken – ob Musik hören, spazieren gehen, Atemübungen machen oder Zeit mit Angehörigen verbringen.
- Wenn Ihre Angst besonders groß ist, können Sie auf Wunsch am Abend vor einer Operation ein Beruhigungs- oder Schlafmittel erhalten, um nachts zur Ruhe zu kommen.

3.2 Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten

Welche Patientenrechte haben Sie?
Wenn Sie sich in einer Arztpraxis von einer Ärztin oder einem Arzt behandeln lassen, schließen Sie einen sogenannten Behandlungsvertrag ab. Dieser kommt zumeist automatisch und ohne Unterschrift zustande, sobald Sie sich medizinisch versorgen lassen. Im Krankenhaus unterzeichnen Sie den Behandlungsvertrag in der Regel bei der Aufnahme. Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes am 26. Februar 2013 ist der medizinische Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert (§§ 630a bis 630h). Aus dem Vertrag ergeben sich für beide Seiten Rechte und Pflichten. Als Patientin oder Patient haben Sie Anspruch auf eine Behandlung, die den allgemein anerkannten fachlichen Standards entspricht. Ein Recht auf einen Behandlungs- oder gar Heilungserfolg lässt sich daraus aber nicht ableiten. Die Ärztin beziehungsweise der Arzt muss Sie verständlich und umfassend informieren und aufklären (siehe Kapitel 2.4 und Checkliste Seite 51) sowie die Behandlung in einer Patientenakte dokumentieren.

Ausführliche Informationen zu Ihren Rechten, unter anderem zum Aufklärungsgespräch sowie bei Diagnose- und Behandlungsfehlern, finden Sie im „Ratgeber für Patientenrechte“. Informationen zu den Bestellmöglichkeiten für diese Broschüre finden Sie auf Seite 99.

Welche Beschwerde- und Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie?
Jede Klinik muss nach den gesetzlichen Vorgaben über ein sogenanntes **Beschwerdemanagement** verfügen. Ziel ist es, Patienten, Angehörigen und Besuchern des Krankenhauses die Möglichkeit zu bieten, Beschwerden zu äußern, und von Klinikseite zeitnah zu reagieren. Das Beschwerdemanagement nimmt auch Ihr Lob und Ihre Verbesserungsvorschläge entgegen. Indem das Krankenhaus die Meldungen strukturiert erfasst, bearbeitet und auswertet, kann es Schwachstellen erkennen und die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit verbessern.

Darüber hinaus gibt es die sogenannten **Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher,** die eine wichtige Kommunikationsschnittstelle zwischen Patient und Krankenhaus sind und eine vermittelnde Rolle einnehmen können. Die Patientenfürsprecher arbeiten in der Regel ehrenamtlich und sind daher vom Krankenhaus finanziell unabhängig. Außerdem sind sie an die Schweigepflicht gebunden. In Bremen, Hessen, Berlin, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Niedersachsen und dem Saarland ist jede Klinik gesetzlich verpflichtet, einen unabhängigen Patientenfürsprecher einzusetzen. Andere Bundesländer wie Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Hamburg verpflichten die Krankenhäuser zur Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen für Patienten, die aber grundsätzlich den gleichen Zweck wie die Patientenfürsprecher erfüllen.

Eine kostenfreie und neutrale **Patientenberatung** bietet zudem die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die hierzu einen gesetzlichen Auftrag nach § 65b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch hat. Weitere unabhängige Beratungsmöglichkeiten finden Sie bei verschiedenen Vereinen, Verbraucherzentralen oder Selbsthilfegruppen.

3.3 Patientensicherheit im Krankenhaus

Was bedeutet Patientensicherheit?
Patientensicherheit bedeutet, dass Sie als Patientin oder Patient ärztlich und pflegerisch so versorgt werden, dass dabei aus der Behandlung resultierende vermeidbare Komplikationen und Schäden möglichst verhindert werden. Ein wichtiges Instrument dafür sind Fehlermelde- und Lernsysteme. Dabei geht es nicht um die Frage von Schuld, sondern darum, zu prüfen, welche Faktoren zu Fehlern führen können und wie solchen Fehlern vorgebeugt werden kann. Denn oft liegt die Ursache in einer Verkettung mehrerer Umstände. So kann zum Beispiel eine Spritze eher verwechselt werden, wenn zu viele ähnlich aussehende Ampullen auf zu engem Raum gelagert werden, Checklisten fehlen und/oder zu viele Patienten zeitgleich versorgt werden müssen.

Kurz erklärt

Patientensicherheit

Patientensicherheit steht für die „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ während einer medizinischen Maßnahme, also eine fehler- und schadensfreie ärztliche Behandlung und Versorgung.

Wie wird Patientensicherheit im Krankenhaus gewährleistet?
2013 wurde das Thema Patientensicherheit in das Patientenrechtegesetz aufgenommen. Seither sind die Kliniken verpflichtet, ein Beschwerdemanagement durchzuführen (siehe Seite 66). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat darüber hinaus Mindeststandards für Fehlermeldesysteme definiert, mit denen das Klinikpersonal freiwillig, anonym und sanktionsfrei Komplikationen melden und somit zu einer besseren Versorgung beitragen kann. Ziel ist es, kritische Zwischenfälle nicht zu verschweigen, sondern aus ihnen zu lernen, um ihnen letztlich immer besser vorbeugen zu können.

Die Patientensicherheit gewinnt belegbar durch eine gute Pflegepersonalausstattung. Deshalb wurden gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen, die ein ausreichendes Pflegepersonal in Krankenhäusern gewährleisten sollen. Unter anderem gelten seit 1. Januar 2019 Pflegepersonaluntergrenzen in vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie). Begleitet wird diese Maßnahme ab 2020 von Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus – dem sogenannten „Ganzhausansatz“.

Ein weiteres wichtiges Instrument zur Erhöhung der Patientensicherheit bei Operationen sind OP-Checklisten. Mit ihrer Hilfe soll vermieden werden, dass etwa falsche Eingriffe vorgenommen oder Seiten verwechselt werden. Die Checklisten, deren Nutzung der G-BA vorgeschrieben hat, sollen bei allen Operationen zum Einsatz kommen, an denen zwei oder mehr Ärzte beteiligt sind oder bei denen sich die Patientin beziehungsweise der Patient unter Narkose befindet.

Wie wird der Schutz vor Krankenhauskeimen verbessert?
Zur Patientensicherheit gehört auch der Schutz vor Krankenhauskeimen. Krankenhausinfektionen und resistente Krankheitserreger, darunter multiresistente Keime wie MRSA, sind in ganz Europa ein ernstzunehmendes Problem. Jährlich erkranken in Deutschland 400.000 bis 600.000 Patienten aufgrund von Krankenhausinfektionen, die teilweise vermieden oder beeinflusst werden können. Etwa 10.000 bis 15.000 Menschen versterben laut Schätzungen jedes Jahr daran.

Das Krankenhausstrukturgesetz, das zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, enthält Maßnahmen, um Krankenhauskeime wirksamer zu bekämpfen. So wurde das Hygiene-Förderprogramm erweitert, wodurch in den Kliniken mehr Hygienefachkräfte eingestellt und ausgebildet werden können. Durch den Ausbau der Weiterbildung im Bereich Infektiologie sollen künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen. Darüber hinaus können Sie auch als Patientin oder Patient durch die Einhaltung einfacher Hygienemaßnahmen selbst etwas dazu beitragen, sich vor Krankenhauskeimen zu schützen.

Schon einfache Hygienemaßnahmen wie die Desinfektion der Hände helfen, den Schutz vor Krankenhauskeimen zu verbessern.

Gut zu wissen

So schützen Sie sich vor Krankenhauskeimen

Um eine Infektion mit Krankheitserregern im Krankenhaus zu vermeiden, kommt den Hygienestandards in einer Klinik eine wesentliche Bedeutung zu. Das umfasst jedoch nicht nur das Klinikpersonal, auch Sie selbst können zu einer guten Hygiene beitragen.

- **Oberstes Gebot: eine gründliche Desinfektion der Hände.** Hygiene steht und fällt mit sauberen Händen. Wo zu Hause das Waschen mit Wasser und Seife vollkommen ausreichend ist, sollten Sie im Krankenhaus zusätzlich auf Händedesinfektionsmittel zurückgreifen. Nur so werden Erreger, auch multiresistente Bakterien, wirklich abgetötet.
- **Richtig einwirken lassen.** Geben Sie das Desinfektionsmittel auf Ihre trockenen Hände und verreiben Sie es in der Handinnenfläche und auf dem Handrücken für mindestens 30 Sekunden. Vergessen Sie auch die Fingerzwischenräume, Daumen, Nagelränder und Fingerkuppen nicht. Während der Einwirkzeit müssen Ihre Hände durch das Desinfektionsmittel nass sein.
- **Regelmäßig desinfizieren.** Greifen Sie zum Desinfektionsmittel bei sichtbar verschmutzten Händen, nach der Toilette und vor dem Essen. Desinfizieren Sie lieber einmal zu oft als einmal zu wenig.
- **Es geht jeden an.** Ob Sie Patient in einem Krankenhaus sind oder nur zu Besuch als Angehöriger oder Freund: Jeder, der sich in einer Klinik aufhält, sollte seine Hände desinfizieren. Das schützt Krankenhauspatienten vor Keimen von außen und verhindert zugleich, dass Krankheitserreger hinausgetragen werden.

Gut zu wissen

- **Auf das Klinikpersonal achten.** Für Sie als Patient ist es nicht immer leicht zu erkennen, wann Ärzte oder Pflegekräfte ihre Hände desinfizieren sollten. Oft herrscht Hektik, viele Arbeitsprozesse müssen ineinandergreifen. Achten Sie deshalb auf folgende Grundregeln, wann Händedesinfektion dringend geboten ist:
  - unmittelbar vor einem Hautkontakt mit Ihnen
  - unmittelbar vor jeglicher Handlung an Ihnen (zum Beispiel Waschen, Blutentnahmen, Spritzen von Medikamenten, Verbandswechsel, Anlegen eines Katheters)
  - wenn ein Mitarbeiter Sie verlässt und zum nächsten Patienten geht
  - unmittelbar nach Kontakt mit Fäkalien, Blut oder Wundsekreten
- **Im Zweifelsfall ansprechen.** Hält sich das Personal nicht an diese Regeln, sollten Sie es gezielt darauf ansprechen. Ob Arzt oder Pflegekraft: Für alle gilt die gleiche Pflicht, auch wenn es vielen Patientinnen und Patienten vor allem gegenüber Ärzten schwerfällt, auf vermeintliche Versäumnisse hinzuweisen. In einem Klima gegenseitigen Vertrauens sollte dies aber möglich sein.

Quelle: nationale Kampagne „Aktion Saubere Hände“, www.aktion-sauberehaende.de

Bei einem Verdacht auf Keime werden Proben genommen, um Erreger frühzeitig zu erkennen. Hier werden bei einer Hygieneschulung Fingerabdrücke genommen, um den sogenannten Abklatsch-Test zu veranschaulichen.

Was wird gegen die zunehmenden Antibiotika-Resistenzen getan?
Der Bekämpfung von resistenten Krankheitserregern widmet die Bundesregierung große Aufmerksamkeit. Im Infektionsschutzgesetz wurde 2011 ein besserer Schutz vor Infektionen mit schwierig zu behandelnden Erregern verankert. Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) hat die Bundesregierung im Jahr 2008 ein Konzept vorgelegt und nachfolgend umgesetzt, um die weitere Entwicklung und Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen zu reduzieren. Im Mai 2016 wurde die überarbeitete DART 2020 vom Bundeskabinett beschlossen. DART 2020 bündelt Maßnahmen, mit denen die Bundesregierung Fortschritte bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene und der Vermeidung von Antibiotika-Resistenzen anstrebt.

Ziele der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) 2020

1. **One-Health-Ansatz stärken:**
   Die Gesundheit von Menschen und Tieren ist bei vielen Infektionskrankheiten eng miteinander verwoben. Die zuständigen Bundesministerien arbeiten deshalb gemeinsam in einer Arbeitsgruppe an der Reduzierung von Antibiotika-Resistenzen. Zudem wurde eine Nationale Forschungsplattform für Zoonosen (Infektionskrankheiten, die von Tier zu Mensch und umgekehrt übertragen werden) gegründet. Die Eindämmung von Antibiotika-Resistenzen erfordert einen umfassenden Ansatz und kann nur erfolgreich sein, wenn auch international eng zusammengearbeitet und der Globale Aktionsplan der WHO unterstützt wird.

2. **Resistenzen frühzeitig erkennen:**
   Überwachungssysteme werden kontinuierlich ausgebaut, um neue Erreger und Resistenzen frühzeitig zu erkennen und repräsentative Daten für ganz Deutschland zu erhalten, die auch der Forschung zur Verfügung stehen. Dies erlaubt, zeitnah Therapie- und Hygieneempfehlungen sowie gezielte Präventionsstrategien zu entwickeln. Feedback-Systeme werden weiter ausgebaut und vorangetrieben. Die Meldepflicht wird auf weitere Erreger ausgedehnt.

3. **Therapie-Optionen erhalten und verbessern:**
   Das Antibiotika-Verbrauchs-Monitoring wird weiter ausgebaut. Diese Daten bilden auf nationaler Ebene die Grundlage für Interventionsmaßnahmen. Zudem werden Konzepte zur Erstellung und Anwendung von Leitlinien erarbeitet.

4. **Infektionsketten frühzeitig unterbrechen und Infektionen vermeiden:**
   Sowohl in der Human- als auch in der Veterinärmedizin wird die Diagnostik verbessert und die Umsetzung von Hygienemaßnahmen gefördert. Die Methoden der Tierhaltung müssen optimiert werden.

Ziele der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) 2020

5. **Bewusstsein fördern und Kompetenzen stärken:**
   In der Allgemeinbevölkerung und auch bei Ärztinnen und Ärzten, Tierärztinnen und Tierärzten sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe müssen Wissenslücken geschlossen werden. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Human- und Veterinärmedizin, Pharmazie sowie in anderen Gesundheitsberufen wird verbessert.

6. **Forschung und Entwicklung unterstützen:**
   Forschung leistet einen wichtigen Beitrag, um die zunehmende Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen einzudämmen. Darum werden alle entsprechenden Forschungsbereiche in der Human- und Veterinärmedizin gestärkt – von der Grundlagenforschung über die klinische Forschung bis hin zur Forschung in der Land- und Lebensmittelwirtschaft. Interdisziplinäre Forschungsvorhaben werden vorangebracht. Auch muss die Forschung und Entwicklung neuer Arzneimittel zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten vorangetrieben werden.

3.4 Umgang mit Patientendaten

Welche Bedeutung haben Ihre Patientendaten?
Im Krankenhaus fallen naturgemäß große Mengen von sensiblen Patientendaten an, auf die viele Mitarbeiter Zugriff haben, um eine Behandlung zu ermöglichen. Dies erfordert eine besondere Sorgfalt im Umgang mit Ihren Daten. Denn Daten zum Gesundheitszustand sind äußerst intim und sagen viel über die Persönlichkeit eines Menschen, seine körperlichen und psychischen Leiden, Eigenschaften und Veranlagungen aus. Der Patientendatenschutz stellt deshalb sicher, dass Sie vor einer unzulässigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten geschützt werden. Nur wenn dies gewährleistet ist, können Sie sich vertrauensvoll an einen Arzt wenden beziehungsweise sich in ein Krankenhaus begeben, ohne fürchten

zu müssen, dass die dort verwendeten Informationen zu Ihrem Nachteil genutzt werden.

Was umfasst der Patientendatenschutz?
Nach der ärztlichen Schweigepflicht hat der Arzt über das, was Sie ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertrauen – auch über Ihren Tod hinaus – zu schweigen. So schreiben es die Berufsordnungen der Landesärztekammern vor. Die Schweigepflicht gilt zudem für alle Personen, die an Ihrer Behandlung beteiligt sind („berufsmäßig tätige Gehilfen"), etwa Pflegepersonal, Mitarbeiter in Apotheke, Krankenhausverwaltung oder EDV-Abteilung. Geschützt sind auch Ihre schriftlichen Mitteilungen, Aufzeichnungen über Sie, Ihre Röntgenaufnahmen und sonstigen Untersuchungsbefunde. Verstöße gegen das Patientengeheimnis können nicht nur standesrechtliche Konsequenzen für den Arzt haben, sondern auch nach dem Strafgesetzbuch geahndet werden (§ 203 Strafgesetzbuch).

Neben der ärztlichen Schweigepflicht sind Ihre Patientendaten – je nach Träger des Krankenhauses – auch über das Bundesdatenschutzgesetz, die Landesdatenschutzgesetze oder die in der Regel inhaltsgleichen kirchlichen Datenschutzbestimmungen geschützt. Vor allem für die Krankenhausverwaltungen sind die darin enthaltenen Vorgaben relevant. Verletzungen können hohe Bußgelder zur Folge haben.

Wofür dürfen Ihre Daten verwendet werden?
Es gilt das Prinzip der Datensparsamkeit. Kliniken dürfen nur die Daten erheben und verarbeiten, die für die Durchführung der Behandlung, die Abrechnung sowie die Erfüllung der klinischen Dokumentationspflicht und gesetzliche Erhebungen, zum Beispiel zur Qualitätssicherung, notwendig sind. Dazu gehören Ihr Name und Geburtsdatum, Ihre Adresse sowie Angaben zu Ihrer Krankenversicherung. Über die Datenverwendung müssen Sie vorab aufgeklärt werden und im Rahmen des Behandlungsvertrages schriftlich einwilligen. Innerhalb der Klinik dürfen Ihre Daten nur dann an eine andere Fachabteilung übermittelt werden, wenn es für die Behandlung notwendig ist.

Warum und wo werden Ihre Daten gespeichert?
Gehen Sie zum Arzt oder in ein Krankenhaus, wird Ihre Behandlung in einer Patientenakte dokumentiert. Dies dient in erster Linie der Sicherheit Ihrer Behandlung, aber auch der Abrechnung sowie der Beweisführung im Haftungsfall. Mit der Akte lassen sich alle patienten- und behandlungsrelevanten Informationen festhalten und auch noch zu einem späteren Zeitpunkt nachvollziehen. Denn aufgezeichnet werden alle für die Behandlung wichtigen Umstände, etwa Ihre Krankengeschichte sowie Diagnosen, Untersuchungen und Befunde, Eingriffe und medikamentöse Therapien. Damit erleichtert die Patientenakte den Austausch zwischen Ihnen, Ihrem Arzt sowie gegebenenfalls weiterbehandelnden Medizinern. Die Patientenakte muss nach Ende der Behandlung in der Regel zehn Jahre aufbewahrt werden.

Das Krankenhaus ist durch den Patientendatenschutz verpflichtet, besonders sorgsam mit Ihren Daten umzugehen.

Wie wird die Patientenakte geführt?
Die krankenhausinterne Patientenakte kann sowohl in Papierform, etwa auf Karteikarten, als auch elektronisch verwaltet werden. Ganz gleich, welche Dokumentationsweise gewählt wird: Wichtig ist, dass nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen in den Unterlagen stets mit Angabe des Datums gekennzeichnet werden müssen und auch der ursprüngliche Inhalt weiterhin erkennbar bleibt. Zum Schutz elektronisch geführter Patientenakten ist die Ärztin oder der Arzt zudem verpflichtet, eine manipulationssichere Software zu verwenden.

Ausführliche Informationen zur Patientenakte finden Sie im „Ratgeber für Patientenrechte". Informationen zu den Bestellmöglichkeiten für diese Broschüre finden Sie auf Seite 99.

Elektronische Patientenakte in der Hoheit der Versicherten
Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden Krankenkassen verpflichtet, Ihnen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, in der auf Ihren Wunsch medizinische Daten, zum Beispiel Befundberichte, Arztbriefe oder auch Ihr Medikationsplan, praxis- und krankenhausübergreifend bereitgestellt werden können. Auf Wunsch sollen Sie mit ihrem Smartphone oder Tablet auf Daten Ihrer elektronischen Patientenakte zugreifen können. Mit der elektronischen Patientenakte sind Sie jederzeit in der Lage, Ihre Behandler über Ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren. Darüber hinaus sind auch Sie in Zukunft genauer über Ihre Diagnose und Therapie informiert und können besser als bisher über Ihre Gesundheit mitentscheiden. Die Nutzung dieser elektronischen Patientenakte ist für Sie freiwillig. Sie entscheiden auch darüber, welche Daten Ihrer elektronischen Patientenakte gespeichert werden sollen und welchem Behandler Sie die Daten zur Verfügung stellen möchten.

3.5 Kosten des Krankenhausaufenthaltes

Mit welchen Kosten ist eine Krankenhausbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbunden?
Als GKV-Versicherte oder -Versicherter haben Sie Anspruch auf alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Leistungen (allgemeine Krankenhausleistungen). Sie müssen sich prinzipiell an den Kosten des Krankenhausaufenthaltes beteiligen. Laut der gesetzlichen Vorschrift haben Sie für jeden Kalendertag, den Sie im Krankenhaus behandelt werden, 10 Euro an die Klinik zu zahlen. Längstens gilt dies jedoch für 28 Tage pro Kalenderjahr.

Wollen Sie zusätzlich Wahlleistungen in Anspruch nehmen, die über das Maß einer notwendigen medizinischen Versorgung hinausgehen, etwa eine Unterbringung im Ein- oder Zweitbettzimmer oder eine exklusive Chefarztbehandlung, so müssen Sie diese selbst bezahlen. Die Berechnung der ärztlichen Wahlleistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Für nichtärztliche Wahlleistungen legen die Kliniken die Kosten eigenständig fest.

Wann sind Sie von der Zuzahlung befreit?
Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie für Schwangere, die zu einer Entbindung im Krankenhaus sind, entfällt die Zuzahlung. Gleiches gilt für ambulante, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen. Darüber hinaus können Sie von den Zuzahlungen befreit werden, wenn diese Ihre jährliche Belastungsgrenze überschreiten. Dabei gilt: Eine vollständige Befreiung gibt es nicht, bis zur Belastungsgrenze müssen Sie die Zuzahlungen leisten. Die allgemeine Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent Ihres jährlichen Bruttoeinkommens, bei schwerwiegend chronisch Kranken liegt diese Grenze bei 1 Prozent. Bei der Ermittlung Ihres Einkommens werden – unter Berücksichtigung von Freibeträgen – alle Einkünfte Ihrer Haushaltsgemeinschaft zusammengezählt. Sobald Sie mit Ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr die Belastungsgrenze erreicht haben, können Sie sich für den Rest des Jahres von Ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für alle Familienmitglieder, die in Ihrem Haushalt leben.

Kurz erklärt

Belastungsgrenze

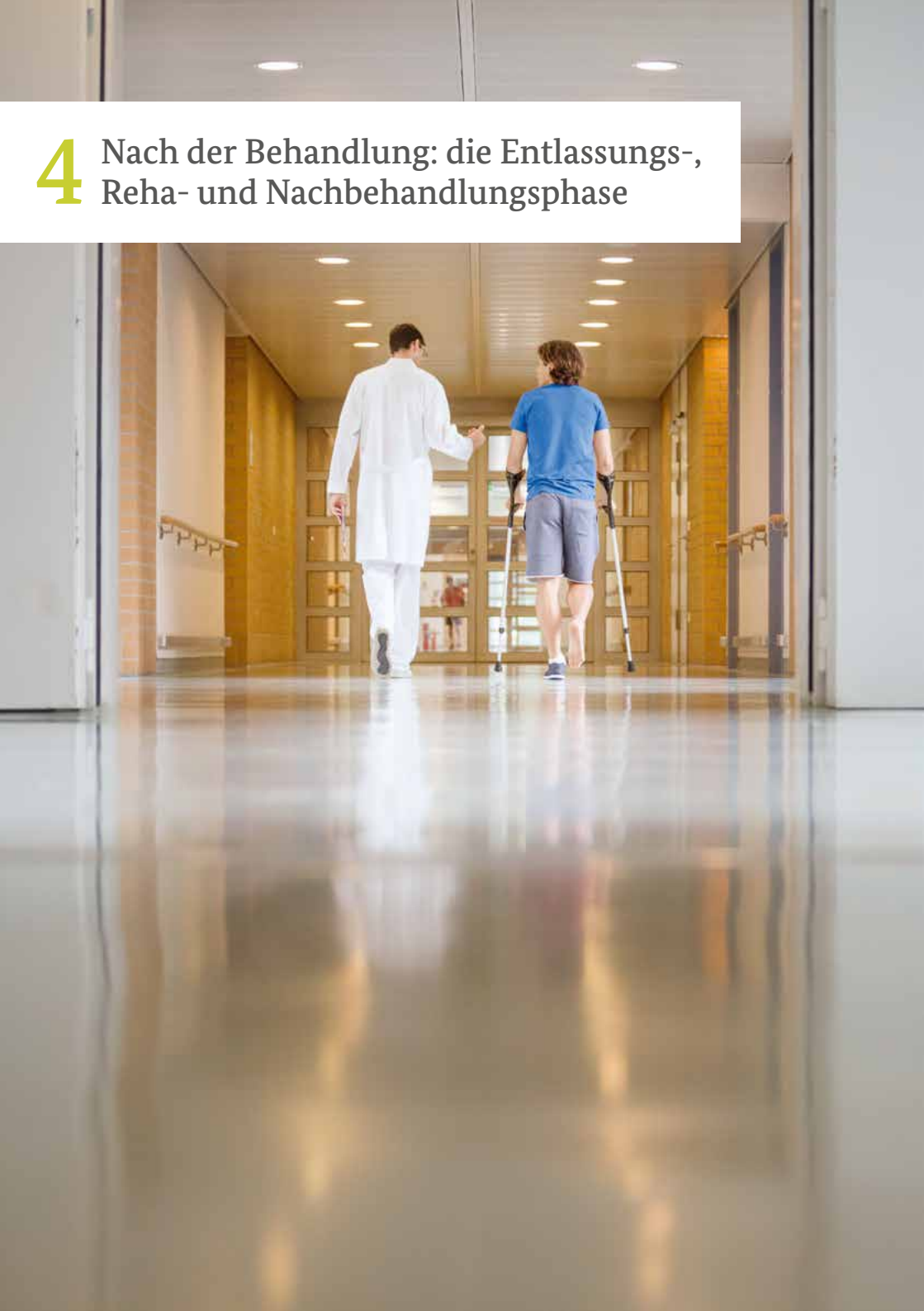
Die Belastungsgrenze gibt an, wie viel Sie für medizinische Behandlungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Medikamente, Krankengymnastik) zuzahlen müssen. Die allgemeine Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent Ihres Jahreseinkommens, für chronisch Kranke 1 Prozent. Wer die Grenze erreicht hat, kann für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreit werden.

Welche Sonderregelungen gelten für chronisch kranke Menschen?
Wenn Sie wegen einer schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, verringert sich Ihre jährliche Belastungsgrenze gegebenenfalls auf 1 Prozent. Voraussetzung hierfür ist, dass Ihre Erkrankung mindestens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und Sie darüber hinaus mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent
- Bescheinigung Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes, dass wegen der Erkrankung eine dauerhafte medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) notwendig ist, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung Ihrer Erkrankung, eine Verminderung Ihrer Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität zu erwarten ist

So schreibt es die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor. Die Feststellung, ob Sie an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinie leiden, trifft Ihre Krankenkasse.

4 Nach der Behandlung: die Entlassungs-, Reha- und Nachbehandlungsphase



Nach erfolgter Operation oder Untersuchung endet in der Regel die akute Versorgung im Krankenhaus. Worauf Sie im Entlassungsgespräch achten sollten und welche Formen der anschließenden Behandlung und Betreuung Sie nutzen können, etwa eine Reha oder eine pflegerische Unterstützung, können Sie in diesem Kapitel nachlesen.

4.1 Nach der Operation

Was geschieht unmittelbar nach Ihrer Operation?
Je nachdem, welcher Eingriff bei Ihnen vorgenommen wurde, kommen Sie direkt im Anschluss in einen Aufwachraum oder bei schwereren Operationen, etwa am Herzen, in eine besonders ausgestattete Intensivstation. In den ersten Stunden kontrollieren Ärzte und Pflegefachkräfte Ihren Zustand, beispielsweise Atmung, Puls und Körpertemperatur. Sobald Sie wieder wach sind und sich Ihr Kreislauf stabilisiert hat, kommen Sie zurück auf Ihr Zimmer. Rechnen Sie aber damit, dass Sie gegebenenfalls noch nicht aufstehen können und aufgrund der nachwirkenden Narkose noch weiterschlafen. Auch Ihr Besuch sollte sich darauf einstellen. Bei Intensivpatienten kann es sein, dass sie mehrere Tage auf der Intensivstation verbleiben müssen.

Wann erhalten Sie Ihre ersten Rehabilitationsmaßnahmen?
Abhängig von Ihrer Operation beginnt in der Regel noch im Krankenhaus die Rehabilitation. Die sogenannte Frührehabilitation gehört zu den Aufgaben der Kliniken und soll den Heilungserfolg verbessern. Haben Sie beispielsweise eine Schulteroperation hinter sich, beginnen Sie bereits in der Klinik mit einem leichten Rehabilitationsprogramm unter Anleitung eines Physiotherapeuten und der Gabe von Schmerzmedikamenten. Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut zeigt Ihnen auch, welche Übungen Sie nach der Entlassung

aus dem Krankenhaus zu Hause durchführen sollten, um Ihre Genesung voranzutreiben. Darüber hinaus hat sich eine früh einsetzende Rehabilitation vor allem bei Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen, etwa einem Schlaganfall oder Gehirntumor, bewährt. Hier geht es meist darum, kognitive und motorische Fähigkeiten wie Essen, Kauen, Schlucken und Sprechen zurückzugewinnen.

Kurz erklärt

Frührehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen, die bereits während Ihres Krankenhausaufenthaltes einsetzen, um Ihnen zu helfen, verloren gegangene Funktionen wiederzuerlangen oder auszugleichen, werden als Frührehabilitation bezeichnet. Sie sind in § 39 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als Aufgabe der Kliniken verankert.

4.2 Entlassungsgespräch und Entlassung

Bevor Sie die Klinik verlassen, informiert Sie Ihre Krankenhausärztin oder Ihr Krankenhausarzt über die erfolgte Behandlung und die nötige Weiterbehandlung. Damit endet jedoch Ihre Versorgung nicht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, zu einer nahtlosen Anschlussversorgung beizutragen, etwa durch eine Nachbehandlung in der Klinik oder die Organisation einer Reha-Maßnahme oder pflegerischen Betreuung (siehe auch Kapitel 4.3 ab Seite 90). Für den reibungslosen Übergang ist das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständig.

Wann werden Sie aus dem Krankenhaus entlassen?
Wann Sie das Krankenhaus verlassen dürfen und welche Weiterbehandlung gegebenenfalls notwendig ist, entscheidet Ihre Krankenhausärztin beziehungsweise Ihr Krankenhausarzt. Vor der Entlassung

führt Ihr Arzt ein Entlassungsgespräch mit Ihnen. Wollen Sie die Klinik entgegen ärztlichem Rat früher verlassen, müssen Sie schriftlich erklären, dass Sie dies auf eigene Verantwortung tun. Wichtig ist zu wissen, dass in diesem Fall unter Umständen Ansprüche gegen den Behandelnden oder das Krankenhaus ausgeschlossen sein können, wenn es infolge der vorzeitigen Entlassung zu einem gesundheitlichen Schaden kommt.

Was beinhaltet das Entlassungsgespräch?
Im Entlassungsgespräch soll die Ärztin oder der Arzt Ihre Fragen verständlich beantworten und alle wichtigen Untersuchungen und Ergebnisse mit Ihnen besprechen. Sie erhalten Informationen über die weitere Medikamenteneinnahme, wenn eine solche notwendig ist, sowie weitere Hinweise. Zum Beispiel dazu, was Sie bei der Ernährung beachten müssen, zu Einschränkungen Ihrer körperlichen Belastbarkeit oder zu notwendigen Kontrolluntersuchungen. Wichtig ist auch eine Information, an wen Sie sich beim Auftreten von Komplikationen wenden können. Pflegerische Fragen, zum Beispiel zum Verbandswechsel, kann Ihnen auch das Pflegepersonal beantworten. Notieren Sie sich zur Sicherheit die wichtigsten Punkte vor dem Arztgespräch, um nichts zu vergessen. Das Krankenhaus soll Sorge dafür tragen, dass Sie nach der Entlassung gut weiterversorgt werden können. Dazu dient auch der Arztbrief, in dem die Klinik Ihren Haus- oder Facharzt über die Krankenhausbehandlung informiert.

Gut zu wissen

Was Sie beim Entlassungsgespräch beachten sollten

Mit dem Entlassungsgespräch, das Ihr behandelnder Krankenhausarzt mit Ihnen führt, endet Ihr Klinikaufenthalt. Nutzen Sie deshalb das Gespräch für alle wichtigen Fragen rund um Ihre Behandlung und die weitere Versorgung.

- Hat Ihnen der Arzt in **allgemeinverständlichen Worten** erläutert, welche Erkrankung Sie haben beziehungsweise welche Ergebnisse eine Operation oder eine Untersuchung hervorgebracht hat?
- Was bedeutet die Diagnose für Ihr **weiteres Leben** und Ihre täglichen Aktivitäten? Müssen Sie mit vorübergehenden oder dauerhaften Einschränkungen rechnen?
- Welche **Ärzte oder Therapeuten** sollten Sie nach Ihrer Entlassung aufsuchen?
- Wann müssen Sie zur nächsten **ärztlichen Kontrolle?**
- Bietet die Klinik eine **nachstationäre Behandlung** an, zum Beispiel zur Wundkontrolle nach einer Operation?
- Welche **Medikamente** müssen Sie wann und in welcher Dosis einnehmen?
- Liegt der **Arztbrief** für Ihren weiterbehandelnden Arzt vor? Enthält er alle wichtigen Informationen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt einschließlich der Befunde (zum Beispiel Röntgen- und Computertomographie-Aufnahmen, Laborergebnisse) und Angaben zur Medikamenteneinnahme? Lassen Sie sich gegebenenfalls eine Kopie aushändigen!
- Brauchen Sie ein **Rezept** oder eine **Krankschreibung,** um die Zeit bis zum Arztbesuch zu überbrücken?

Gut zu wissen

- Brauchen Sie **besondere Unterstützung** nach der Entlassung, zum Beispiel bei der Körperpflege, bei der Wundversorgung oder im Haushalt? Kann diese von Angehörigen oder einer häuslichen Krankenpflege oder einer Haushaltshilfe übernommen werden? Oder müssen Sie (vorübergehend) in eine Pflegeeinrichtung?
- Benötigen Sie bestimmte **Hilfsmittel** für zu Hause, etwa ein Pflegebett oder eine Gehhilfe?
- Brauchen Sie eine **Anschlussheilbehandlung,** zum Beispiel in einer Reha-Einrichtung?
- Hat Ihr Arzt die entsprechenden **Verordnungen** (zum Beispiel Arzneimittelrezept, Krankentransport) ausgestellt?
- Hat der Kliniksozialdienst die notwendigen **Anträge,** etwa für eine Haushaltshilfe oder eine Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung, gestellt und ist die Frage der Finanzierung mit den Leistungserbringern (zum Beispiel Krankenkasse, Pflegekasse) geklärt?
- Wurden alle erforderlichen **Gesundheitspässe,** beispielsweise der Schrittmacherausweis, ausgestellt oder aktualisiert?

Quelle: unter anderem www.weisse-liste.de, Checkliste Krankenhausaufenthalt

Mit dem Arztbrief informiert das Krankenhaus Ihren Haus- oder Facharzt über Ihren Gesundheitszustand und die weitere Behandlung.

Was enthält der Arztbrief?

Krankenhäuser müssen sowohl den einweisenden wie auch den weiterbehandelnden Arzt im Arztbrief umfassend über die erfolgte Krankenhausbehandlung informieren. Der Brief enthält daher alle wichtigen gesundheitsrelevanten Daten über Ihren Krankenhausaufenthalt. Dazu gehören unter anderem Informationen über eingenommene Medikamente und deren Dosierung, über durchgeführte Operationen, Untersuchungen und Untersuchungsergebnisse, aber auch eine Empfehlung für die weitere Behandlung. Den Inhalt des Arztbriefs können Sie sich von Ihrem Arzt im Krankenhaus allgemeinverständlich erklären lassen. In der Regel bekommen Sie bei der Entlassung zunächst einen Kurzbericht, den ausführlichen Bericht erhalten entweder Sie oder Ihr behandelnder Arzt per Post. Sie haben zudem das Recht, Ihre Krankenunterlagen einzusehen beziehungsweise gegen Erstattung der Kosten eine Kopie Ihrer Patientenakte zu erhalten. Sollten dabei Probleme auftreten, können Sie sich an den Patientenfürsprecher des Krankenhauses oder an Ihre Krankenkasse wenden.

Um Ihren Arztbrief richtig zu verstehen, hilft Ihnen auch das gemeinnützige Online-Projekt „Was hab' ich?". Dabei übersetzen Medizinstudentinnen und Medizinstudenten Ihren ärztlichen Befund kostenfrei in leicht verständliche Sprache. Über die Website http://washabich.de können Sie Ihren Befund einsenden.

Kurz erklärt

Arztbrief

Der Arztbrief enthält alle für Ihren Haus- oder Facharzt wichtigen Informationen über Ihren Klinikaufenthalt und zu Ihrer Behandlung (zum Beispiel Diagnosen, Eingriffe, Untersuchungsergebnisse, Medikamente) sowie Empfehlungen zur Weiterbehandlung.

Wer organisiert die Anschlussversorgung?

Jedes Krankenhaus verfügt über ein sogenanntes Entlassmanagement. Dabei kümmern sich in der Regel die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes darum, dass Sie nach der Entlassung aus der Klinik lückenlos ärztlich und/oder pflegerisch weiterbetreut werden. Der Kliniksozialdienst prüft, ob Sie nach der Entlassung weitere Unterstützung brauchen, und hilft Ihnen, diese zu organisieren und die notwendigen Anträge zu stellen. Als Patientin beziehungsweise Patient haben Sie einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass das Krankenhaus für eine reibungslose Anschlussbetreuung sorgt. Die Kliniken sind verpflichtet, dafür ein professionelles Entlassmanagement einzurichten (§ 39 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Um Kontakt zum Kliniksozialdienst aufzunehmen, sprechen Sie die Ärzte oder Pflegekräfte auf Ihrer Station an oder wenden Sie sich direkt an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes.

Kurz erklärt

Entlassmanagement

Das Entlassmanagement (oder Versorgungsmanagement) einer Klinik hat die Aufgabe, den Übergang von Patientinnen und Patienten von einem stationären Krankenhausaufenthalt in eine ambulante oder pflegerische Versorgung vorzubereiten und zu begleiten. Dazu gehört, die Patienten frühzeitig zu beraten und zu unterstützen, Probleme beim Übergang zu lösen sowie die weiterbehandelnden Ärzte zu informieren.

Welche Hilfe können Sie im Einzelnen vom Kliniksozialdienst erhalten?

Eine Erkrankung kann das Leben maßgeblich verändern. Der Kliniksozialdienst unterstützt Sie bei persönlichen, sozialen und finanziellen Belangen, die mit Ihrem Krankenhausaufenthalt in Zusammenhang stehen. Er hilft dabei, Ihre Entlassung zu planen, und kümmert sich darum, dass Sie die Klinik gut versorgt verlassen können. Sei es, indem Sie in Ihren gewohnten Alltag zurückkehren, oder, indem Sie auf eine neue Situation, etwa bei Pflegebedürftigkeit, vorbereitet sind. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter informieren Sie deshalb über Unterstützungsmöglichkeiten zu Hause, etwa wenn Sie ein Pflegebett, einen Rollator oder Essen auf Rädern benötigen, und organisieren bei Bedarf den Übergang in eine Anschlussrehabilitation. Zudem beraten sie Sie zur passenden Pflege (zum Beispiel häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen) und unterstützen Sie bei der Suche nach einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus beantwortet der Kliniksozialdienst alle Fragen zur Kostenübernahme, greift Ihnen bei der Antragstellung unter die Arme und koordiniert den Kontakt zu Behörden und Kostenträgern (zum Beispiel Krankenkasse, Pflegekasse).

Wie wird sichergestellt, dass Sie nach Ihrer Entlassung gut versorgt sind?
Die Klinik muss sicherstellen, dass Sie für die ersten Tage nach der Entlassung ausreichend mit Medikamenten sowie Hilfs- und Heilmitteln versorgt sind, sodass Sie die Zeit bis zum nächstmöglichen Haus- oder Facharztbesuch überbrücken können. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde zudem der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung verbessert (§ 39 Absatz 1a SGB V). Früher konnte es nach der Entlassung zu Versorgungslücken kommen, etwa wenn Patienten körperlich nicht in der Lage waren, ihren Arzt aufzusuchen. Um dies zu verhindern, können Krankenhäuser nun als Überbrückung Arzneimittel sowie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Heil- und Hilfsmittel, Soziotherapie (ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen) oder häusliche Krankenpflege verordnen sowie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen. Außerdem müssen sie für jeden Patienten einen schriftlichen Entlassplan erstellen, in dem sie die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen. Zum Entlassplan gehört auch, dass die Klinik die weiterbehandelnden Ärzte, Rehabilitationseinrichtungen und ambulanten beziehungsweise stationären Pflegeeinrichtungen kontaktiert und sicherstellt, dass diese die Anschlussversorgung übernehmen.

Wie kommen Sie nach Hause?
Sofern Sie die Klinik nicht selbst oder durch Unterstützung von Angehörigen oder Freunden verlassen können, kann Ihnen das Krankenhaus einen Transport nach Hause organisieren. Wie auch bei der Anreise zum Krankenhaus übernehmen die Krankenkassen die Fahrkosten jedoch nur, wenn der Transport medizinisch notwendig ist und Ihre Ärztin oder Ihr Arzt eine entsprechende Verordnung ausstellt, in der auch das Transportmittel begründet wird, etwa ein Taxi. Ist für Sie eine Anschlussheilbehandlung vorgesehen, kommt für die Fahrt in eine Rehabilitationseinrichtung der Träger der Rehabilitationsmaßnahme auf. Ist Ihre Krankenkasse Träger der Rehabilitationsmaßnahme, übernimmt sie die in diesem Zusammenhang erforderlichen Fahr- und andere Reisekosten.

4.3 Versorgung, Reha und Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt

Welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es nach Ihrer Entlassung?
Je nach Art und Schwere Ihrer Erkrankung kommen verschiedene Versorgungsmöglichkeiten nach Ihrer Entlassung in Betracht. Im einfachsten Fall werden Sie nach Hause entlassen und können sich, gegebenenfalls mit Unterstützung durch Angehörige, selbst versorgen. Ist eine solche Unterstützung nicht möglich und brauchen Sie dennoch Hilfe, können Sie eine häusliche Krankenpflege beantragen. Reicht diese nicht aus, ist eine (vorübergehende) stationäre Versorgung in einem Pflegeheim möglich, etwa im Rahmen der Kurzzeitpflege. Im Falle einer Anschlussheilbehandlung findet diese in einer Rehabilitationseinrichtung statt.

Wozu dient eine nachstationäre Behandlung?
Manchmal ist eine nachstationäre Versorgung im Krankenhaus notwendig, um den medizinischen Behandlungserfolg sicherzustellen, beispielsweise zur Wundkontrolle nach einer Operation. Hierfür können Sie an höchstens 7 Tagen innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung zur ambulanten Nachbehandlung ins Krankenhaus gebeten werden. Eine Ausnahme stellen Kontrolluntersuchungen nach Organtransplantationen dar, die vom Krankenhaus auch nach dieser zeitlichen Begrenzung durchgeführt werden. Die nachstationäre Behandlung kann im Auftrag des Krankenhauses auch ein niedergelassener Haus- oder Facharzt übernehmen. Sie ist in den Räumen des Krankenhauses ebenso wie in der Arztpraxis möglich.

Kurz erklärt

Nachstationäre Behandlung

Zur Sicherung des Behandlungserfolgs können Sie an höchstens 7 Tagen innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung im Krankenhaus nachbehandelt werden, etwa zur Kontrolle nach Operationen (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Kurz erklärt

Anschlussheilbehandlung

Als Anschlussheilbehandlung (oder Anschlussrehabilitation) werden medizinische Leistungen zur Rehabilitation bezeichnet, die sich unmittelbar oder sehr zeitnah an einen Krankenhausaufenthalt anschließen. Sie hat zum Ziel, dass Patientinnen und Patienten ihre verloren gegangenen Fähigkeiten wiedererlangen oder ausgleichen und wieder auf das Alltags- und Berufsleben vorbereitet werden.

Was passiert, wenn Ihnen eine Anschlussheilbehandlung verordnet wurde?

Wenn Sie eine Rehabilitationsmaßnahme brauchen, ist es für den Behandlungserfolg oft sehr wichtig, dass diese direkt im Anschluss an Ihren Krankenhausaufenthalt beginnt. Deshalb sollte die Anschlussrehabilitation (auch Anschlussheilbehandlung genannt) noch während Ihres Krankenhausaufenthaltes beantragt werden, um einen nahtlosen Übergang sicherzustellen. Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, muss Ihre Krankenhausärztin beziehungsweise Ihr Krankenhausarzt die medizinische Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung bestätigen und hierzu ein Formular für Ihre Krankenkasse ausfüllen. Der Kliniksozialdienst unterstützt Sie bei der Antragstellung. Eine Anschlussrehabilitation beginnt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Was ist eine Anschlussheilbehandlung?

Vor allem nach schweren Unfällen oder Erkrankungen, beispielsweise einem Schlaganfall, einer Tumoroperation oder einer Organtransplantation, müssen viele Patientinnen und Patienten erst wieder in ihren Alltag zurückfinden und dabei auch ihre körperlichen Fähigkeiten wiedererlangen. Aber auch nach Routineeingriffen wie Schulter-, Knie- oder Hüftgelenkoperationen braucht es Zeit und Anstrengungen zur körperlichen Genesung. Eine Anschlussheilbehandlung soll Sie nach Ihrem Krankenhausaufenthalt darin unterstützen.

Welche Arten von Anschlussheilbehandlungen gibt es?
Die Anschlussrehabilitation kann ambulant, teilstationär oder vollstationär erfolgen:

Bei der **ambulanten Rehabilitation** kehren Sie nach der Entlassung aus der Klinik in Ihr Zuhause zurück und integrieren die Reha-Maßnahmen in Ihren Tagesablauf. Krankengymnastik, Belastungstraining, Massagen oder andere Therapien können Sie dabei in der Nähe Ihres Wohnortes in Anspruch nehmen, sodass dies auch berufsbegleitend möglich ist.

Bei der **teilstationären Rehabilitation** befinden Sie sich in der Regel tagsüber in einem Krankenhaus oder einer Reha-Klinik in Ihrer Nähe, in der Sie behandelt werden. Der Vorteil: Sie haben die medizinische Rundumbetreuung einer Klinik, können jedoch am Abend in Ihr gewohntes Umfeld zurückkehren.

Bei der **stationären Rehabilitation** („Kur") stehen Sie durchgehend unter fachärztlicher Kontrolle. Neben der körperlichen Behandlung werden Sie hier oft auch psychisch betreut. Sie lernen, mit den psychischen Belastungen, die häufig mit schweren Krankheiten einhergehen, umzugehen und den Alltag neu zu gestalten. In der Regel dauert eine stationäre Anschlussheilbehandlung drei Wochen, in besonderen Fällen kann sie verlängert werden.

Was passiert, wenn Sie zu Hause Unterstützung benötigen?
Wenn Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu Hause Hilfe benötigen, beispielsweise bei Wundversorgung, Injektionen, Waschen oder Ankleiden, können Sie bei Ihrer Krankenkasse **häusliche Krankenpflege** beantragen. Ihre Klinikärztin oder Ihr Klinikarzt muss diese bis zum dritten Werktag nach Ihrer Entlassung verordnen. Eine Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt ist ebenfalls möglich. Die Pflege wird bis zu vier Wochen gewährt, wenn Sie dadurch zu Hause anstatt im Krankenhaus sein können, in besonderen Fällen auch länger.

Darüber hinaus können Sie auch eine **Haushaltshilfe** erhalten. Hierfür müssen Sie in der Regel drei Voraussetzungen erfüllen:

1. Sie können aufgrund Ihrer Erkrankung den Haushalt nicht selbst weiterführen.
2. Bei Ihnen lebt ein Kind unter zwölf Jahren oder ein behindertes Kind (ohne Altersbegrenzung), das Hilfe braucht.
3. Niemand sonst im Haushalt kann diesen weiterführen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz, das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, kann Ihnen die Krankenkasse auch eine Haushaltshilfe für längstens vier Wochen gewähren, wenn Sie Ihren Haushalt wegen einer schweren Krankheit oder akuten Verschlimmerung Ihrer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nicht selbst weiterführen können. Lebt zudem ein Kind in Ihrem Haushalt, das unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden.

Was passiert, wenn Sie auf Pflege angewiesen sind?
Reicht aufgrund Ihrer Erkrankung eine häusliche Versorgung nicht aus oder ist diese nicht möglich, kann auch eine stationäre Betreuung in Betracht kommen. So können Sie unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im Rahmen der sogenannten **Kurzzeitpflege** vorübergehend – bis zu acht Wochen – in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden, ohne dass Sie dafür pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sein müssen. Dies kann der Fall sein, wenn Sie

Wer sich nach einem Krankenhausaufenthalt nicht selbst versorgen kann, hat Anspruch auf Unterstützung, zum Beispiel durch eine Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung.

etwa einen schweren Eingriff hinter sich haben. Das Krankenhausstrukturgesetz verpflichtet die Krankenkassen seit 1. Januar 2016, sich an den Kosten für Pflege und Betreuung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zu beteiligen. Damit wurde eine wichtige Versorgungslücke geschlossen.

Ist aufgrund Ihrer Erkrankung davon auszugehen, dass Sie dauerhaft – das heißt für mindestens sechs Monate – auf Pflege angewiesen sind, können Sie **Pflegeleistungen bei Ihrer Pflegekasse oder Ihrem privaten Versicherungsunternehmen** beantragen. In der Regel organisiert der Kliniksozialdienst die ersten Schritte für eine pflegerische Versorgung (häuslich oder stationär) und unterstützt Sie bei der Beantragung von Leistungen. Wer einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, dem bietet die Pflegekasse von sich aus einen Termin für eine Pflegeberatung an, die innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung stattfinden soll. Die Beratung erfolgt auf Wunsch auch telefonisch oder zu Hause, dabei wird Ihr individueller Hilfebedarf ermittelt und Sie und Ihre Angehörigen werden über die möglichen Leistungen der Pflegeversicherung in Ihrer konkreten Situation beraten. Die Pflegekassen benennen feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung vor Ort. Diese Person ist bei den Pflegekassen Ansprechpartner für alle Anliegen zur Pflegeversicherung. Die Angehörigen können auch ohne Teilnahme der pflegebedürftigen Personen eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen, soweit die pflegebedürftige Person zustimmt. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten das Angebot für eine kostenfreie und zeitnahe Pflegeberatung nutzen. Ausführliche Informationen zum Thema Pflege und Pflegeleistungen finden Sie im „Ratgeber Pflege“ des Bundesgesundheitsministeriums (Bestellinformationen auf Seite 99).

4.4 Betreuung von Schwerstkranken und ihren Angehörigen im Krankenhaus

Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben Anspruch auf eine palliative Versorgung, wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Die Palliativmedizin hat zum Ziel, Schmerzen zu lindern

und Symptome zu behandeln und so die Lebensqualität möglichst bis zum Tod aufrechtzuerhalten.

Wie wird sichergestellt, dass Schwerstkranke und Sterbende im Krankenhaus gut versorgt sind?
Neben spezialisierten ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen übernehmen auch Krankenhäuser die Versorgung von schwerstkranken Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase. Hierzu richten immer mehr Kliniken eigene Palliativstationen ein. Das Hospiz- und Palliativgesetz, das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist, fördert dies, indem die Kliniken für solche Stationen eine besondere Vergütung mit den Kostenträgern vereinbaren können. Aber auch Krankenhäuser, die über keine Palliativstationen verfügen, können künftig Zusatzentgelte erhalten, wenn sie hauseigene Palliativteams aufbauen. Außerdem können sie ambulante Hospizdienste mit Sterbebegleitungen in ihren Einrichtungen beauftragen. Für die betroffenen Patienten bedeutet dies, dass ihnen auch im Krankenhaus eine professionelle Sterbebegleitung und Palliativversorgung zur Verfügung steht. Welche Versorgung am Lebensende für Sie oder Ihren Angehörigen am geeignetsten ist und welche Leistungen dabei infrage kommen, können Sie auch mit Ihrer Krankenkasse besprechen. Durch das Palliativ- und Hospizgesetz haben Sie seit Dezember 2015 Anspruch auf entsprechende Beratung und Hilfestellung. Diese umfasst auch allgemeine Informationen zu Fragen der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase, etwa in Form einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung (siehe auch Kapitel 2.4 ab Seite 56).

Welche Unterstützung erhalten Angehörige von Schwerstkranken und Sterbenden im Krankenhaus?
Mit einer schweren, möglicherweise zum Tod führenden Erkrankung umzugehen, ist nicht nur für die betroffenen Patientinnen und Patienten eine außerordentliche Belastung, sondern ebenso für die Angehörigen. Klinikpsychologen, Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge oder ehrenamtliche Hospizhelfer stehen daher auch Ihnen als Angehöriger oder Angehörigem im Krankenhaus zur Seite. Sie helfen Ihnen und begleiten Sie zum Beispiel durch Zuhören oder Trösten in dieser schwierigen Lebenssituation.

Weitere Informationen

Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“
„Im Dialog“ ist das neue Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem wir Sie seit Januar 2019 über alle wichtigen Themen und Ereignisse rund um die Gesundheit und Pflege informieren. Neben ausführlichen redaktionellen Beiträgen bietet es auch hilfreiche Services und eröffnet durch die Einbindung der digitalen Medien die Möglichkeit zur interaktiven Kommunikation.

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder dauerhaft abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Publikationsverzeichnis
Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie als PDF-Datei herunterladen unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen

Internetangebote
Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

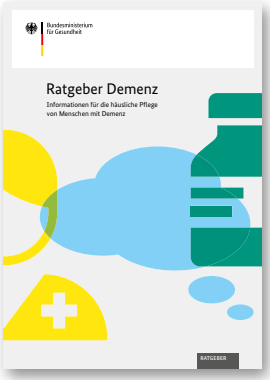
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 / 18 272 2721
Fax: 030 / 18 10 272 2721
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Broschüre
„Ratgeber Krankenversicherung“

Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.
Bestell-Nr.: BMG-P-07031

Broschüre
„Ratgeber Pflege“

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflege.
Bestell-Nr.: BMG-P-07055



Broschüre
„Ratgeber Demenz“

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.
Bestell-Nr.: BMG-P-11021

Broschüre
„Ratgeber für Patientenrechte“

Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz wurden wichtige Patientenrechte ausdrücklich im Gesetz festgeschrieben. Dieser Ratgeber bietet Ihnen eine verständliche Darstellung und Erläuterung der Rechte von Patientinnen und Patienten.
Bestell-Nr.: BMG-G-11042

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:

Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 / 340 60 66 - 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 / 340 60 66 - 02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 / 340 60 66 - 03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
030 / 340 60 66 - 07 Telefax
030 / 340 60 66 - 08 ISDN-Bildtelefon
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons in Rostock. Das Bürgertelefon wird von der Telemark Rostock betrieben, die personenbezogene Daten nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung und vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon

Infotelefone der BZgA

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung[1]
02 21 / 89 20 31

Sucht & Drogen Hotline[2]
01805 / 31 30 31

BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung[1]
0800 / 8 31 31 31

1 Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr
2 Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr

Impressum

Herausgeber
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

Gestaltung
Scholz & Friends Berlin GmbH, www.s-f.com

Layout
Diana Müller, Berlin, www.dianamueller.com

Fotos
Titel, Seite 55: BMG/Benne Ochs, Seite 2: BMG,
Seite 10: Michael Hagedorn, Seiten 12, 20, 29, 32, 35, 44, 46, 58, 61, 63, 69, 72, 76, 80, 86, 93, 96: BMG/Thomas Köhler (photothek)

Druck
Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG

Stand
3. aktualisierte Auflage: Stand Juni 2019
Erstauflage: November 2016

Den Ratgeber Krankenhaus können Sie kostenlos herunterladen oder bestellen:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 / 18 272 2721
Fax: 030 / 18 10 272 2721
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Bestell-Nr.: BMG-G-11074

Weitere Informationen zur stationären Versorgung finden Sie hier: