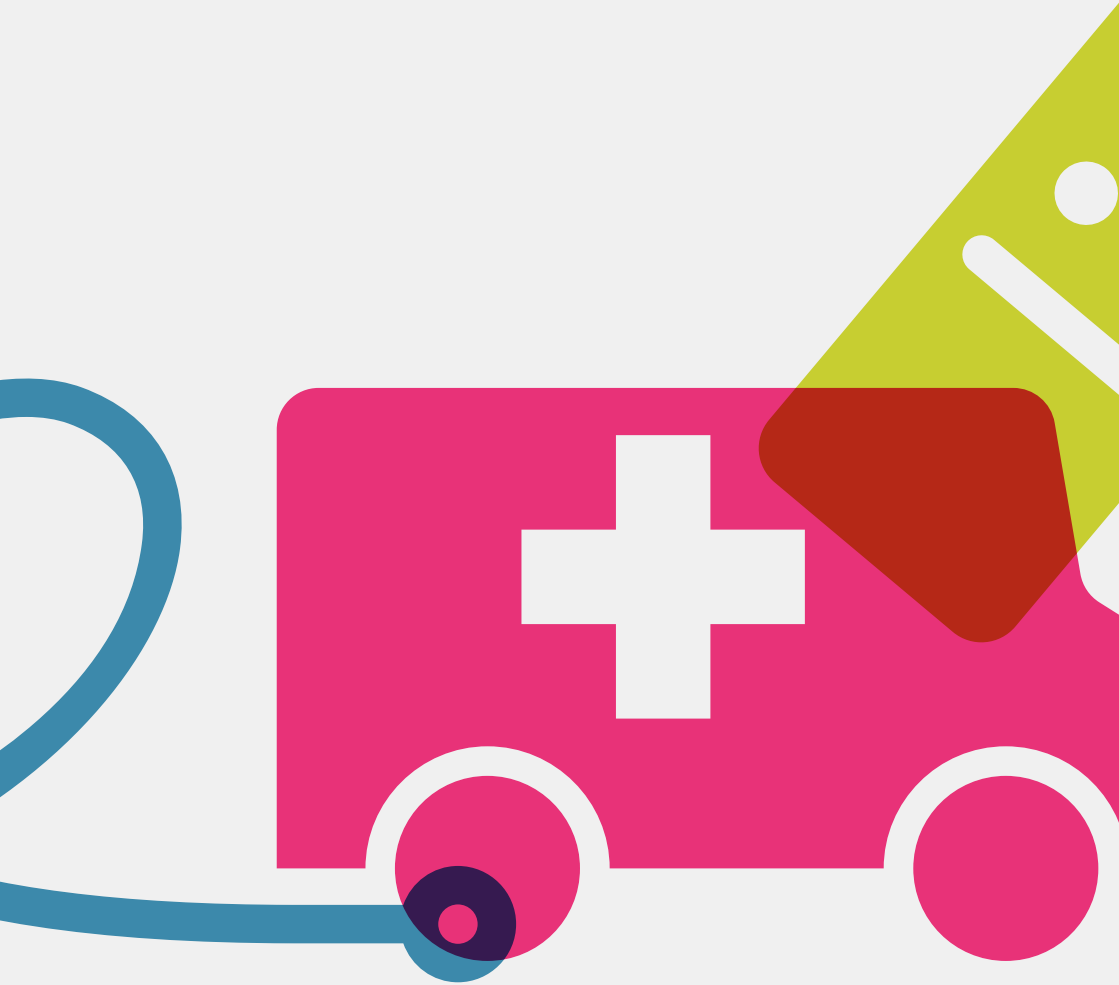
Bundesministerium
für Gesundheit

Ratgeber Krankenhaus

Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten



RATGEBER

Ratgeber Krankenhaus

Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Liebe Leserin, lieber Leser,

Hoffnung und Leid, Geburt und Lebensende, modernste Medizintechnik und gelebte Menschlichkeit – Krankenhäuser sind Orte, die unter einem Dach viele Gegensätze zusammenbringen. Der Gedanke an einen Aufenthalt oder einen Besuch im Krankenhaus kann daher mit den unterschiedlichsten Emotionen und Fragen verbunden sein.

Worauf sich die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes verlassen können: Wir verfügen in Deutschland über eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Krankenhausversorgung. Diese wird getragen von vielen qualifizierten und motivierten Beschäftigten. Insbesondere in der Pandemie haben wir dies gespürt.

Um diese gute Versorgung für die Zukunft zu erhalten, bedarf es der Weiterentwicklung und Modernisierung. Dabei ist mir vor allem wichtig, dass wir die Interessen und Anliegen der Menschen stärker ins Zentrum rücken.

Damit sind zum einen die Menschen gemeint, die im Krankenhaus arbeiten. Dringend notwendig sind weitere Verbesserungen für die Beschäftigten im Pflegebereich. Wir werden hier nachhaltig und spürbar für bessere Arbeitsbedingungen sorgen, damit es auch künftig ausreichend qualifizierte Pflegekräfte gibt, um die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

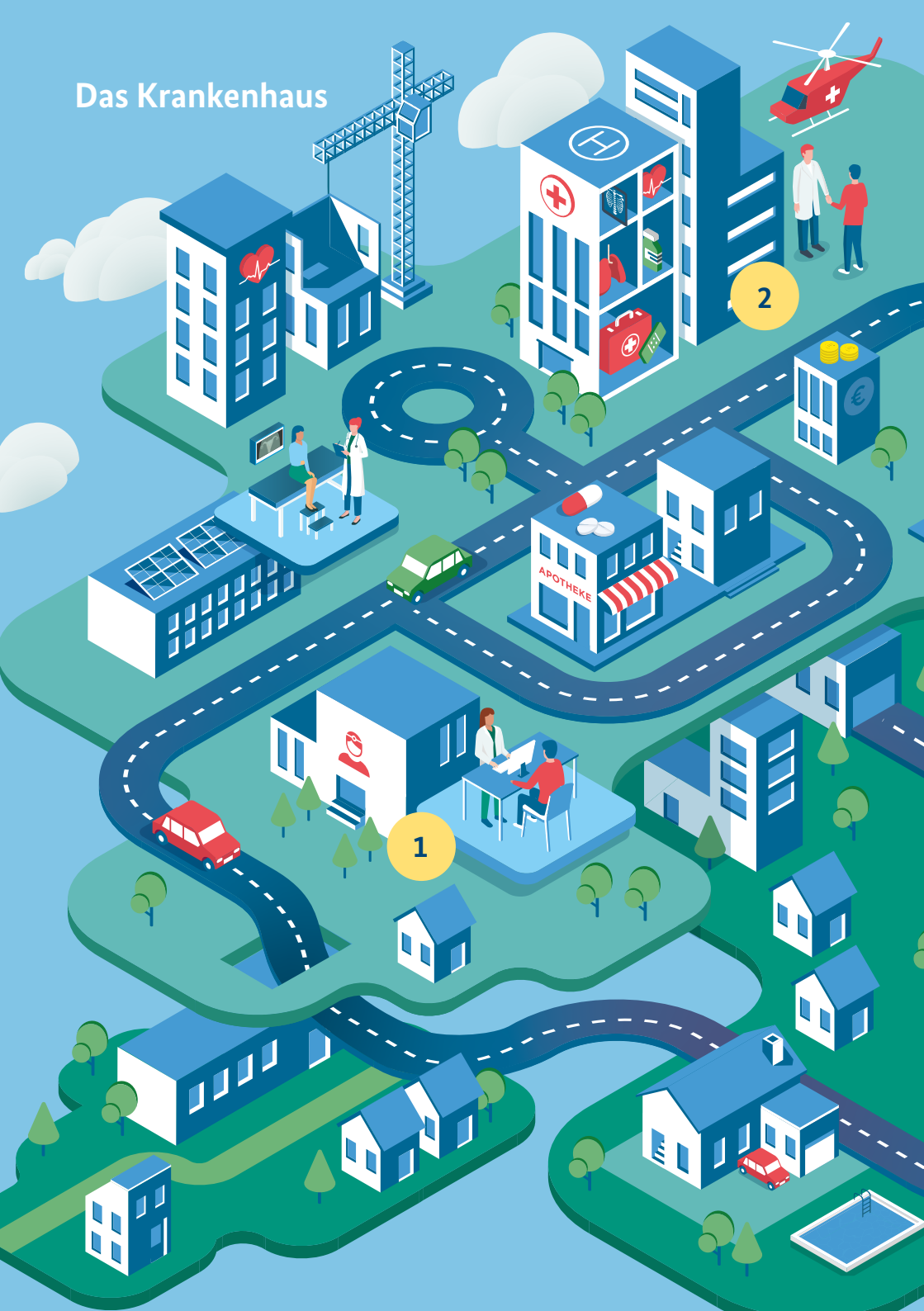
Zum anderen geht es um die Menschen, die auf eine gute Gesundheitsversorgung angewiesen sind. Es geht um Sie – die Patientinnen und Patienten. Zusammen mit den Ländern wollen wir eine große Reform für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg bringen. Nur so wird es uns gelingen, eine leistungsfähige und menschliche Gesundheitsversorgung in der Stadt und auf dem Land auch für die Zukunft zu sichern.

Viele von Ihnen werden diesen Ratgeber nicht ohne Grund in die Hand genommen haben. Wenn Sie sich mit seiner Hilfe vor einem Krankenhausaufenthalt über wichtige Fragen informieren wollen, hoffe ich, dass Sie viele nützliche Hinweise finden. Vor allem wünsche ich Ihnen alles Gute für Ihre Gesundheit!

Ihr

Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit

Das Krankenhaus



1 – Muss ich ins Krankenhaus? S. 13
2 – Welches Krankenhaus ist das richtige? S. 29
3 – Wie bereite ich mich auf das Krankenhaus vor? S. 45
4 – Was passiert im Krankenhaus? S. 63
5 – Was passiert nach dem Krankenhaus? S. 83

Inhaltsverzeichnis

1. Muss ich ins Krankenhaus? 13

1.1 Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung 15
1.1.1 Wann kommt eine Krankenhausbehandlung in Betracht? 15
1.1.2 Wer entscheidet, ob Sie ins Krankenhaus müssen? 16
1.1.3 Wo können Sie sich beraten lassen? 17

1.2 Alternativen zur Krankenhausbehandlung 18
1.2.1 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) 18
1.2.2 Integrierte Versorgung 19
1.2.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMP) 21
1.2.4 Psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld 22

1.3 Qualität in Krankenhäusern 23
1.3.1 Gesetze und Richtlinien zur Qualität im Krankenhaus 23
1.3.2 Qualitätskontrolle für Krankenhäuser 24
1.3.3 Wie wird Qualität bei komplizierten Eingriffen gewährleistet? 25
1.3.4 Wie werden unnötige Operationen verhindert? 25

1.4 Patientensicherheit im Krankenhaus 26
1.4.1 Was bedeutet Patientensicherheit? 26
1.4.2 Wie wird Patientensicherheit im Krankenhaus gewährleistet? 26

2. Welches Krankenhaus ist das richtige? 29

2.1 Auswahl des Krankenhauses 31
2.1.1 Sie können sich das Krankenhaus selbst aussuchen 31
2.1.2 Welche Kriterien sollten Sie bei der Krankenhauswahl berücksichtigen? 32

2.2 Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser 36
2.2.1 Wo finden Sie die Qualitätsberichte? 36
2.2.2 Was beinhalten die Qualitätsberichte? 37

2.3 Arten von Krankenhäusern 39
2.3.1 Unterscheidung nach Zugänglichkeit 39
2.3.2 Unterscheidung nach Versorgungsumfang 39
2.3.3 Unterscheidung nach Tätigkeitsschwerpunkten 40
2.3.4 Unterscheidung nach Trägerschaft 41

2.4 Kosten des Krankenhausaufenthaltes 42
2.4.1 Zuzahlung und Wahlleistungen 42
2.4.2 Befreiung von der Zuzahlung 42
2.4.3 Belastungsgrenze für chronisch Kranke 44

3. Wie bereite ich mich auf das Krankenhaus vor? 45

3.1 Was vor dem Krankenhausaufenthalt erledigt werden muss 47
3.1.1 Die medizinische Vorbereitung auf Ihren Krankenhausaufenthalt 47
3.1.2 Ihre persönliche Vorbereitung 47
3.1.3 So kommen Sie ins Krankenhaus 51
3.1.4 Welche Fahrkosten Ihre Krankenkasse übernimmt 52
3.1.5 Müssen Sie die Fahrten von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen? 53

3.2 Aufklärung, Einwilligung und Vorsorge 54
3.2.1 Informations- und Aufklärungspflichten des Krankenhauses 54
3.2.2 Wie müssen Sie aufgeklärt werden? 55
3.2.3 Wie Sie sich behandeln lassen, ist Ihre Entscheidung 58
3.2.4 Was passiert, wenn Sie nicht selbst einwilligen können? 58
3.2.5 Wie ist die Einwilligung bei Minderjährigen geregelt? 59
3.2.6 Wie können Sie für den Fall vorsorgen, dass Sie nicht mehr selbst einwilligen können? 59

4. Was passiert im Krankenhaus? 63

4.1 Die Aufnahme im Krankenhaus 65
4.1.1 Aufnahme bei geplantem Aufenthalt 65
4.1.2 Regel- und Wahlleistungen 66
4.1.3 Aufnahme im Notfall 69

4.2 Abläufe und Betreuung im Krankenhaus 70
4.2.1 Wie sieht der Klinikalltag aus? 70
4.2.2 Schutz vor Krankenhauskeimen 70
4.2.3 Können Begleitpersonen mit aufgenommen werden? 72
4.2.4 Pflegerische Versorgung während eines Klinikaufenthaltes 73
4.2.5 Psychologische und soziale Betreuung im Krankenhaus 74

4.3 Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten 76
4.3.1 Gesetzliche Grundlage der Patientenrechte 76
4.3.2 Beschwerde- und Unterstützungsmöglichkeiten 76

4.4 Umgang mit Patientendaten 77
4.4.1 Welche Bedeutung hat der Patientenschutz? 77
4.4.2 Was umfasst der Patientendatenschutz? 78
4.4.3 Wofür dürfen Ihre Daten verwendet werden? 78
4.4.4 Warum und wo werden Ihre Daten gespeichert? 78
4.4.5 Zugang zu Ihrer elektronischen Patientenakte 79

4.5 Nach der Operation 80
4.5.1 Was geschieht unmittelbar nach Ihrer Operation? 80
4.5.2 Wann erhalten Sie Ihre ersten Rehabilitationsmaßnahmen? 81

4.6 Betreuung von Schwerstkranken und ihren Angehörigen im Krankenhaus 82

5. Was passiert nach dem Krankenhaus? 83

5.1 Entlassungsgespräch und Entlassung 85
5.1.1 Wann werden Sie aus dem Krankenhaus entlassen? 85
5.1.2 Was beinhaltet das Entlassungsgespräch? 85
5.1.3 Was steht im Arztbrief? 88
5.1.4 Wer organisiert die Anschlussversorgung? 88
5.1.5 Wie wird sichergestellt, dass Sie nach Ihrer Entlassung gut versorgt sind? 89
5.1.6 Wie kommen Sie nach Hause? 90

5.2 Versorgung, Reha und Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt 91
5.2.1 Versorgungsmöglichkeiten nach Ihrer Entlassung 91
5.2.2 Nachstationäre Behandlung 91
5.2.3 Anschlussheilbehandlung 92
5.2.4 Arten von Anschlussheilbehandlungen 95
5.2.5 Was passiert, wenn Sie zu Hause Unterstützung benötigen? 95
5.2.6 Was passiert, wenn Sie auf Pflege angewiesen sind? 96

Stichwortregister 98

Adressen 102

Weitere Informationen 107

Informationsangebote 107
Magazin „Im Dialog“ 107
Internetangebote 107
Weitere Publikationen 108
Bürgertelefon 110
Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 111
Impressum 112

1

Muss ich ins Krankenhaus?

Ob Entbindung, Kniegelenkoperation oder Schlaganfall: Die meisten Menschen müssen irgendwann im Laufe ihres Lebens ins Krankenhaus. Dieses Kapitel zeigt Ihnen, wann eine stationäre Behandlung notwendig werden kann, welche Alternativen es gibt und wie im Krankenhaus die Qualität der Behandlungen und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.

1.1 Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung

1.1.1 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 operativen 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 notwendig ist.

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 bei komplexeren Krankheiten oder in strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen eingebunden *(siehe hierzu auch Kapitel 1.2 ab Seite 18).*

Herzkrankheiten
sind in Deutschland der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt. **2,9 Millionen der insgesamt knapp 20 Millionen Krankenhausaufenthalte entfallen auf Herz- und Kreislauferkrankungen.** Zu den zehn häufigsten Hauptdiagnosen in deutschen Krankenhäusern gehören zudem unter anderem Lungenentzündung, Schlaganfall und Gallensteine. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Zahlen für 2019)

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

1.1.2 Wer entscheidet, ob Sie ins Krankenhaus müssen?

Eine Krankenhausbehandlung setzt stets Ihre Einwilligung voraus. Ob eine Behandlung notwendig ist, besprechen Sie mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt. Das kann sowohl Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt sein als auch eine Fachärztin oder ein Facharzt. Darüber hinaus können Sie in einigen Fällen auch eine zweite Meinung zum geplanten Eingriff und zur Behandlungsmethode einholen. Dieser Anspruch

auf ein sogenanntes strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auf Kosten der Krankenkasse ist im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geregelt. Er umfasst eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren Operationen, bei denen Unsicherheit bestehen kann, ob sie medizinisch zwingend geboten sind. Die Mandeloperation ist ein Beispiel hierfür. Bei welchen Eingriffen Sie konkret einen Anspruch auf eine Zweitmeinung haben, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest. Die Ärztin oder der Arzt, die beziehungsweise der eine Zweitmeinung abgibt, muss dazu besonders qualifiziert sein, unter anderem durch eine langjährige fachärztliche Erfahrung in dem betreffenden Fachgebiet.

Unabhängig von diesem gesetzlichen Anspruch bieten einige Krankenkassen ihren Versicherten auch eigene Zweitmeinungsverfahren für bestimmte Erkrankungen an und übernehmen die entsprechenden Kosten. Die genauen Bedingungen hierfür können Sie direkt bei Ihrer Krankenkasse erfragen.

1.1.3 Wo können Sie sich beraten lassen?

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland hat den gesetzlichen Auftrag, kostenfrei, neutral und qualitätsgesichert zu allen gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen zu informieren und zu beraten.

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 von verschiedenen Vereinen, den Verbraucherzentralen oder Selbsthilfegruppen erbracht werden.

1.2 Alternativen zur Krankenhausbehandlung

In den vergangenen Jahren sind zunehmend mehr Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geschaffen worden. Ihr Ziel ist es, insbesondere Menschen mit sehr seltenen, besonders schweren oder chronischen Erkrankungen umfassend und übergreifend zu betreuen.

1.2.1 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

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 die Behandlung. Ziel ist es, die Betroffenen qualitativ hochwertig durch ein Team von Spezialisten und mit der notwendigen medizintechnischen Ausstattung zu versorgen.

Die Anforderungen für die Behandlung legt der G-BA in seiner ASV-Richtlinie fest. Zu deren Regelungen gehören beispielsweise die Qualifikation der Mitglieder des behandelnden Teams, Vorgaben zur Qualität oder zur benötigten Ausstattung. Die Teammitglieder müssen nachweisen, dass sie diese Anforderungen erfüllen, zum Beispiel, indem 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 -therapeuten hinzugezogen werden.

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.

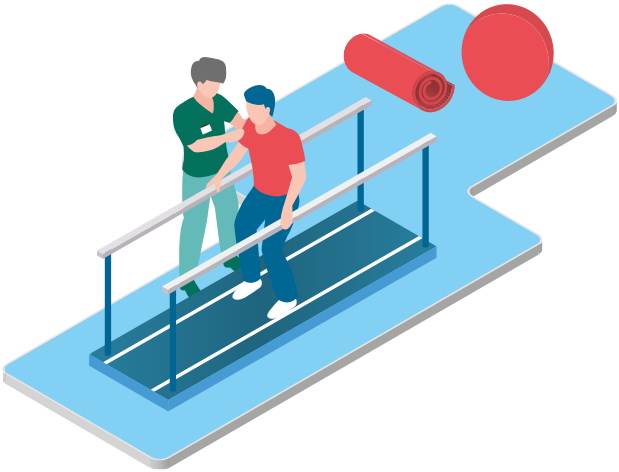
Zu den Krankheiten, für die eine ASV angeboten werden soll, gehören seltene Erkrankungen wie Tuberkulose und Mukoviszidose sowie Erkrankungen mit besonderen Verläufen, beispielsweise Krebsleiden und Rheuma (siehe ASV-Richtlinie des G-BA gemäß § 116b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Die Behandlung erfolgt in den teilnehmenden Krankenhäusern und Arztpraxen oder in medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie drei unparteiischen Mitgliedern zusammen. Um die Interessen von Patientinnen und Patienten, chronisch kranken und behinderten Menschen in diesem Gremium zu stärken, haben deren jeweilige Vertretungen auf Bundesebene ein Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA.

1.2.2 Integrierte Versorgung

Krankenhäuser sind auch maßgeblich an der sogenannten integrierten Versorgung beteiligt. Zusammen mit Hausärzten, Fachärzten, Vorsorge- und Rehakliniken 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.



Diese Vorteile bietet Ihnen die integrierte Versorgung
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, Rehabilitationseinrichtungen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten) Hand in Hand und stellen eine abgestimmte Versorgung sicher. Für Sie als Patientinnen und Patienten ergeben sich folgende Vorteile:

- 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 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.

1.2.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMP)

Viele Krankenhäuser beteiligen sich im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen 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 Inhalte und Ausgestaltung der Behandlungsprogramme legt der G-BA fest *(siehe auch Seite 19)*.

Wenn Sie beispielsweise an Asthma, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), koronarer Herzkrankheit, Diabetes 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 DMP steht allen gesetzlich Versicherten offen und ist freiwillig.

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
In strukturierten Behandlungsprogrammen („Disease-Management-Programme“, DMP) arbeiten Kliniken, Haus- und Fachärztinnen und -ärzte gemeinsam und koordiniert daran, die Beschwerden bei chronischen Erkrankungen zu behandeln und Folgeerkrankungen zu verhindern. Neben der Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft ermöglichen DMP auch eine aktive Patientenmitwirkung.

Das Angebot an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen wird weiter ausgebaut. So hat der G-BA für die Behandlung von chronischem Rückenschmerz, Depressionen sowie Osteoporose Anforderungen an entsprechende Programme geregelt.

1.2.4 Psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld

Die akute Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zum Beispiel einer Psychose, können Kliniken seit 2018 mit mobilen Behandlungsteams auch zu Hause vornehmen. Diese sogenannte stationsäquivalente Behandlung kann die häusliche Versorgung von Menschen ermöglichen, die bisher nur in einem Krankenhaus betreut werden konnten. 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.

1.3 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 1.4 ab Seite 26).*

1.3.1 Gesetze und Richtlinien zur Qualität im Krankenhaus

Zahlreiche Gesetze und darauf beruhende Verordnungen enthalten Vorgaben zur Qualitätssicherung, zum Beispiel das Arzneimittelgesetz (AMG), das Medizinproduktegesetz (MPG), das Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Hinzu kommt eine Vielzahl von Richtlinien und Beschlüssen des G-BA *(siehe auch Seite 19),* die ebenfalls Qualität und Patientensicherheit betreffen: Das Spektrum reicht dabei vom Personalschlüssel bei der Betreuung von Frühgeborenen über die Verpflichtung zu fächerübergreifenden Qualitätszirkeln in der Kinderherzchirurgie bis hin zur Erhebung von Komplikationsraten bei Gallenblasenoperationen.

Die Länder müssen bereits bei ihrer Krankenhausplanung den Aspekt „Qualität“ als wesentliches Entscheidungskriterium berücksichtigen. Das betrifft die Strukturen (zum Beispiel technische und personelle Ausstattung), die Abläufe (zum Beispiel Voruntersuchungen, Antibiotikaprophylaxe) und die Behandlungsergebnisse (zum Beispiel Komplikations- und Infektionsraten). Erfüllt ein Krankenhaus maßgebliche Qualitätskriterien dauerhaft nicht, kann dies Konsequenzen bis hin zur Schließung der jeweiligen Fachabteilung oder gar des Hauses haben.

1.3.2 Qualitätskontrolle für Krankenhäuser

Der Medizinische Dienst (MD) kann nach Vorgaben des G-BA bei unangemeldeten Kontrollen überprüfen, ob ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen auch tatsächlich erfüllt. Stellt der MD Verstöße fest, muss das Krankenhaus Maßnahmen zur Qualitätssteigerung ergreifen. Bessert sich daraufhin nichts oder handelt es sich um einen besonders schweren Verstoß, kann dies von den Krankenkassen geahndet werden, zum Beispiel durch eine geringere Vergütung. Es kann aber auch erforderlich sein, die zuständige Aufsichtsbehörde des Landes zu informieren.

1.3.3 Wie wird Qualität bei komplizierten Eingriffen gewährleistet?

Qualität steigt mit Erfahrung – vor allem, wenn es sich um hochkomplexe Eingriffe handelt. Deshalb wird vorgegeben, dass Krankenhäuser bei bestimmten Behandlungen oder Operationen eine Mindestanzahl erreichen müssen. Das gilt 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. Bei vielen komplexen Eingriffen werden zudem in Verfahren der Qualitätssicherung ständig wichtige Behandlungsdaten ausgewertet und überprüft. Wird dabei ein Verbesserungsbedarf festgestellt, wird mit dem betroffenen Krankenhaus vereinbart, mit welchen Maßnahmen es diese Verbesserung erreichen soll.

1.3.4 Wie werden unnötige Operationen verhindert?

Behandlungen sollen nur dann durchgeführt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind. Um zu verhindern, dass aus rein wirtschaftlichen Gründen operiert wird, legt das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verschiedene Schutzmaßnahmen fest. Diese greifen beispielsweise, wenn ein Krankenhaus die Zahl bestimmter Operationen zunehmend steigert. Außerdem sollen Bonusregelungen in Chefarztverträgen verhindert werden, die zu Behandlungen verleiten, die medizinisch nicht erforderlich sind.

Fallpauschale (DRG)

Mit der DRG („Diagnosis Related Groups“) vergüten die Krankenkassen die stationäre Behandlung für genau definierte Erkrankungen. Dazu wird je Krankheit die typische Bandbreite von Behandlungstagen ermittelt. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Aufenthalts der Patientin oder des Patienten gezahlt. Bei deutlich längerer oder kürzerer Behandlungsdauer gibt es Zu- oder Abschläge auf die jeweilige Fallpauschale. Seit dem Jahr 2020 erfolgt die Finanzierung der Personalkosten für Pflege am Krankenhausbett unabhängig von den Fallpauschalen.

Im Zusammenspiel mit dem Recht auf eine strukturierte ärztliche Zweitmeinung werden somit unnötige Operationen erschwert. Bei welchen Eingriffen konkret das Recht auf diese Zweitmeinung besteht, legt der G-BA in einer Richtlinie fest *(siehe auch Kapitel 1.1 ab Seite 15)*. Die Ärztin beziehungsweise der Arzt, die beziehungsweise der einen Eingriff empfiehlt, bei dem der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht, muss die Patientin beziehungsweise den Patienten über dieses Recht informieren.

1.4 Patientensicherheit im Krankenhaus

1.4.1 Was bedeutet Patientensicherheit?

Patientensicherheit bedeutet, dass Sie als Patientin oder Patient ärztlich und pflegerisch so versorgt werden, dass dabei 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, wenn Checklisten fehlen und/oder zu viele Patienten zeitgleich versorgt werden müssen.

1.4.2 Wie wird Patientensicherheit im Krankenhaus gewährleistet?

Die Patientensicherheit in der medizinischen Versorgung wurde mit dem Patientenrechtegesetz (PatRG) weiter gestärkt. Es verpflichtet die Kliniken, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement einzurichten *(siehe auch Kapitel 4.3 ab Seite 76)*. Der 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 diesen zu lernen, um sie in Zukunft vermeiden zu können.

Eine gute Pflegepersonalausstattung führt zu höherer Patientensicherheit. Staatliche Vorgaben gewährleisten deshalb ausreichendes Pflegepersonal in Krankenhäusern.

Es ist erwiesen, dass eine gute Pflegepersonalausstattung zu höherer Patientensicherheit führt. Deshalb gibt es staatliche Vorgaben, die ein ausreichendes Pflegepersonal in Krankenhäusern gewährleisten sollen. Daher gelten seit dem Jahr 2019 Pflegepersonaluntergrenzen in festgelegten pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist. Diese Verhältnisse von Pflegekräften zu Patienten dürfen nicht unterschritten werden. Seither wurde die Geltung von Pflegepersonaluntergrenzen, die zunächst in den Bereichen Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie galten, sukzessive auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgeweitet.

Patientenrechtegesetz (PatRG)
Das PatRG verankert das Arzt-Patienten-Verhältnis als eigenen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und schreibt wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten fest. Zudem werden auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Rechtspositionen der Mitglieder gestärkt. Ziel des Gesetzes war es unter anderem, durch eine Stärkung der Patientenrechte die Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe mit den Behandelnden zu stellen und eine Durchsetzbarkeit der Rechte in der Praxis zu erleichtern.

Zudem soll bis zum Ende des Jahres 2024 ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren für die Pflege im Krankenhaus entwickelt werden, um langfristig eine angemessene Personalausstattung in der Pflege und eine hochwertige pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

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.

2

Welches Krankenhaus ist das richtige?

Nicht alle Kliniken sind gleich – und bei geplanten Eingriffen haben Sie grundsätzlich die freie Krankenhauswahl. Dieses Kapitel zeigt Ihnen, wie Sie das richtige Krankenhaus finden, welche Arten von Krankenhäusern es gibt und welche Leistungen sie erbringen.

2.1 Auswahl des Krankenhauses

2.1.1 Sie können sich das Krankenhaus selbst aussuchen

Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, sondern um eine geplante Behandlung, haben Sie das Recht, sich eine Klinik auszusuchen. Denn in Deutschland gilt neben der freien Arztwahl grundsätzlich auch das Prinzip der freien Krankenhauswahl: Alle gesetzlich Versicherten können 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 nicht. In Notfällen ist aber auch dort eine Behandlung möglich.

Um in einem Krankenhaus behandelt zu werden, müssen Sie sich in aller Regel nicht vorher mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Liegt kein Notfall vor, brauchen Sie dafür eine Krankenhauseinweisung von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt. Die Ärztin oder der Arzt gibt dabei die beiden nächsterreichbaren Krankenhäuser an, die für die vorgesehene Behandlung geeignet sind. Sie können sich

1.914

Krankenhäuser gibt es in Deutschland – mit **rund 494.000 Betten** für die stationäre Versorgung (Quelle: Statistisches Bundesamt, Zahlen für 2019). Die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten liegt bei den Bundesländern. Sie stellen sogenannte Krankenhauspläne auf und entscheiden über die Zulassung von Kliniken.

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 allerdings verlangen, dass Sie eventuelle anfallende Mehrkosten hierfür tragen. Kommen Sie für eine ambulante Behandlung ins Krankenhaus, benötigen Sie eine Überweisung von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt – in den meisten Fällen bedarf es dabei der Überweisung einer Fachärztin beziehungsweise eines Facharztes.

2.1.2 Welche Kriterien sollten Sie bei der Krankenhauswahl berücksichtigen?

Bei der Wahl des passenden Krankenhauses spielen neben einer guten medizinischen Versorgung auch persönliche Bedürfnisse eine Rolle, wie zum Beispiel die Nähe zum Wohnort, Barrierefreiheit oder besondere Sprachkenntnisse des Klinikpersonals. Viele folgen zudem bei der Entscheidung für eine Klinik der Empfehlung der Hausärztin oder des Hausarztes oder dem 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. Zudem enthält der Bericht auch weitere Informationen zur Patientensicherheit einschließlich Risiko- und Fehlermanagement, zur Arzneimitteltherapiesicherheit, Hygienestandards sowie zu Maßnahmen der Personalausstattung.

Bei der Wahl des passenden Krankenhauses lohnt sich ein Blick in die Qualitätsberichte, mit denen die Krankenhäuser über ihre Arbeit informieren.

Checkliste: So finden Sie das für Sie passende Krankenhaus

Medizinische Kriterien

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. Die Krankenhaus-Suchmaschinen im Internet haben diese Informationen nutzerfreundlich zusammengefasst. Hier einige Fragen, die für Ihre Auswahl relevant sein können:

- Verfügt die Klinik über die notwendige Fachabteilung?
- Welche medizinischen Leistungen bietet die Fachabteilung an?
- Welche besondere Geräteausstattung gibt es in der Klinik?
- Welche Qualifikationen bringen die Klinikärztinnen und -ärzte mit?
- Steht spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung?
- Gibt es zusätzliche medizinisch-pflegerische Leistungen?

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 *(siehe auch Kapitel 2.2 ab Seite 36)*. Die Krankenhaus-Suchmaschinen 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 Qualitätskriterien erreicht hat.

Wie beurteilen andere Patienten die Klinik?
Verschiedene Krankenhaus-Suchmaschinen im Internet lassen auch die Bewertungen anderer Patientinnen und Patienten in ihre Ergebnisse einfließen. Seien Sie sich jedoch bewusst, dass persönliche Erfahrungen objektive Daten nicht ersetzen können.

Checkliste: So finden Sie das für Sie passende Krankenhaus

Persönliche Kriterien

Befindet sich 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.

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 Krankenhaus-Suchmaschinen 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.

2.2 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 eingeht, wie zum Beispiel Barrierefreiheit. Diese Informationen sollen Ihnen dabei helfen, sich ein Bild von der Versorgungsqualität einer Klinik zu machen.

2.2.1 Wo finden Sie die Qualitätsberichte?

Die Qualitätsberichte finden Sie auf den Internetseiten der Kliniken, in einer vom G-BA veröffentlichten Datenbank (www.g-ba-qualitaetsberichte.de) sowie über verschiedene Krankenhaus-Suchmaschinen im Internet, die von den Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder Patientenorganisationen angeboten werden. So bietet beispielsweise die Weisse Liste, die unter der Schirmherrschaft des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten 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.

2.2.2 Was beinhalten die Qualitätsberichte?

Der Qualitätsbericht jedes Krankenhauses besteht 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, zu medizinisch-pflegerischen Leistungen (zum Beispiel Akupunktur, Ernährungsberatung, Sterbebegleitung), zu nichtmedizinischen Angeboten (zum Beispiel Eltern-Kind-Zimmer, Seelsorge, Dolmetscherdienste), zur medizintechnischen Ausstattung sowie zur Barrierefreiheit.

Teil B informiert über die **Fachabteilungen und Zusatzqualifikationen.** Hier lässt sich nachvollziehen, ob eine Klinik über die von Ihnen benötigte 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.

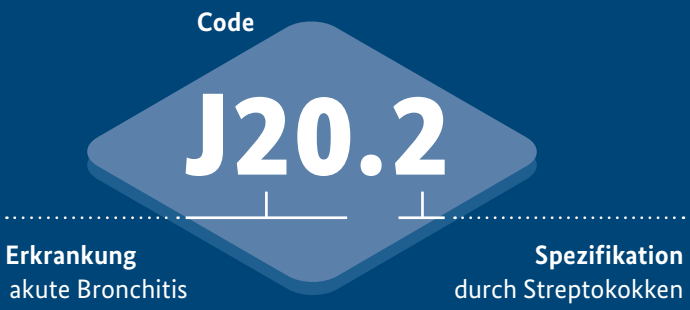
> **Tipp:** Für eine effektive Suche ist es hilfreich, den Diagnoseschlüssel (ICD-Code) oder den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Code) zu kennen. Damit können Sie gezielt nach Eingriffen und Behandlungen suchen und diese in verschiedenen Kliniken vergleichen. Den genauen Code erfahren Sie von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

Teil C umfasst die Bewertung der erbrachten Leistungen und die Maßnahmen zur **Qualitätssicherung.** Hierzu müssen die Kliniken für die verschiedenen Behandlungen Qualitätsstandards erfüllen, die der G-BA in seinen Richtlinien festlegt. Beispiel: Als Qualitätskriterium bei Frühgeburten gilt die Anwesenheit einer Kinderärztin oder eines Kinderarztes. Als Zielwert

wurde festgelegt, dass mindestens 90 von 100 Frühgeburten in Anwesenheit einer Kinderärztin oder eines Kinderarztes erfolgen sollen. Ein Krankenhaus erhält eine gute Qualitätsbewertung, wenn es diese Quote erfüllt. Auch Hinweise auf Komplikationen bei bestimmten Eingriffen sind in Teil C enthalten.

Ausführlichere Informationen des G-BA zu den Qualitätsberichten finden Sie im Internet unter: www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht

Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)
ICD ist ein weltweit einheitliches System der Bezeichnung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Dabei wird ein Code aus einem Buchstaben und zwei Ziffern verwendet. So steht beispielsweise J20 für akute Bronchitis oder E55 für Vitamin-D-Mangel. Mit zusätzlichen Ziffern nach einem Punkt lässt sich die Diagnose genauer benennen. J20.2 bezeichnet zum Beispiel eine akute Bronchitis durch Streptokokken, J20.3 eine akute Bronchitis durch Coxsackieviren.



2.3 Arten von Krankenhäusern

2.3.1 Unterscheidung nach Zugänglichkeit

Grundsätzlich wird zwischen **zugelassenen Krankenhäusern** und reinen **Privatkrankenhäusern** unterschieden. Als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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 (KHEntgG), während Privatkrankenhäuser in ihrer Preisgestaltung weitgehend frei sind.

2.3.2 Unterscheidung nach Versorgungsumfang

Abhängig von der Zahl der Fachabteilungen und der Betten lassen sich Krankenhäuser auch verschiedenen Versorgungsstufen zuordnen. Vielfach wird zwischen folgenden Versorgungsstufen unterschieden:

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** bieten ein sehr breites Leistungsspektrum an und behandeln auch besonders seltene oder schwere Erkrankungen.

2.3.3 Unterscheidung nach Tätigkeitsschwerpunkten

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.

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 „ihrer" Ärztin bzw. „ihrem" Arzt behandeln zu lassen. Die Klinik stellt lediglich die Räumlichkeiten und sorgt für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Betreuung.

Tages- und Nachtkliniken bieten eine 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).

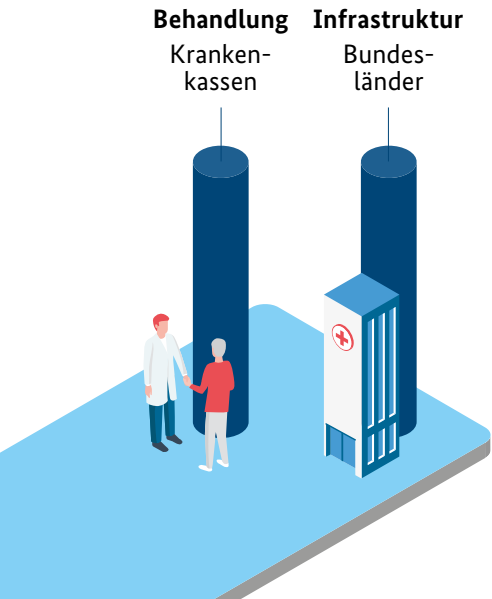
2.3.4 Unterscheidung nach Trägerschaft

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. Etwa 30 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland sind in öffentlicher Trägerschaft; sie stellen 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 (GewO).



Duale Finanzierung

In Deutschland steht die Krankenhausfinanzierung auf zwei Säulen: Die Kosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten stehen, werden von den Krankenkassen und den sonstigen Kostenträgern (wie privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestellen) übernommen. Die Investitionskosten (zum Beispiel bauliche Maßnahmen, Beschaffung von medizintechnischen Großgeräten) zahlen die Bundesländer.

2.4 Kosten des Krankenhausaufenthaltes

2.4.1 Zuzahlung und Wahlleistungen

Mitglieder der GKV haben Anspruch auf alle im Einzelfall medizinisch notwendigen Leistungen (allgemeine Krankenhausleistungen). Soweit medizinisch erforderlich, können darunter auch eine Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt, die Unterbringung in einem Einzelzimmer oder die Aufnahme einer Begleitperson fallen. 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, etwa eine Unterbringung im Ein- oder Zweitbettzimmer oder eine exklusive Chefarztbehandlung unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, so müssen Sie diese gesondert vereinbaren und selbst bezahlen. Weitere Hinweise finden Sie in Abschnitt 4.1. Die Berechnung der ärztlichen Wahlleistungen richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Für nichtärztliche Wahlleistungen legen die Kliniken die Kosten eigenständig fest.

2.4.2 Befreiung von der Zuzahlung

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie für Schwangere, die zur Entbindung ins Krankenhaus kommen, 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. Sie beträgt zwei Prozent Ihres jährlichen Bruttoeinkommens beziehungsweise ein Prozent bei schwerwiegend chronisch Kranken. 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.

Belastungsgrenze

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

2.4.3 Belastungsgrenze für chronisch Kranke

Wenn Sie an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leiden, sind Ihre Zuzahlungen auf ein Prozent Ihres jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt (Belastungsgrenze). 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:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 Prozent oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent
- Bescheinigung Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes, dass wegen der Erkrankung eine dauerhafte medizinische Versorgung 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 G-BA vor. Die Feststellung, ob Sie an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinie leiden, trifft Ihre Krankenkasse.

3

Wie bereite ich mich auf das Krankenhaus vor?

Je näher der Kliniktermin rückt, desto wichtiger wird es, sich intensiv darauf vorzubereiten. Dieses Kapitel zeigt Ihnen, welche Aufklärungspflichten Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat und was Sie für Ihren Aufenthalt parat haben sollten.

3.1 Was vor dem Krankenhausaufenthalt erledigt werden muss

3.1.1 Die medizinische Vorbereitung auf Ihren Krankenhausaufenthalt

Bevor Sie in einem Krankenhaus aufgenommen werden, müssen Sie in der Regel zu einer ambulanten Voruntersuchung in die Klinik kommen. Das Krankenhaus kann auch niedergelassene Vertragsärzte beauftragen, diese sogenannte vorstationäre Behandlung in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis zu übernehmen. Dabei wird geklärt, ob die Krankenhausbehandlung, wie sie die einweisende Ärztin oder der einweisende Arzt vorgesehen hat, überhaupt 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 bei der Narkoseärztin oder 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.

3.1.2 Ihre persönliche Vorbereitung

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.

Checkliste

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 Ihrer behandelnden Ärztin oder 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 gegebenenfalls 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**.
- ○ 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.

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

Checkliste

	Diese Dokumente und Unterlagen sollten Sie mitnehmen
○	Versichertenkarte
○	Personalausweis oder Reisepass
○	Einweisungsschein bei stationärer Behandlung, Überweisungsschein bei ambulanter Behandlung
○	Kontaktdaten Ihrer Hausärztin oder Ihres Hausarztes
○	Name und Telefonnummer einer oder eines Angehörigen, die beziehungsweise 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
○	Soweit vorhanden: Versicherungsnachweis über eine Krankenhaustagegeldversicherung, Bescheinigungen über die Teilnahme an Versorgungsprogrammen Ihrer Krankenkasse (integrierte Versorgung oder DMP)
○	Gegebenenfalls Notfallvorkehrungen (zum Beispiel Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Organspendeausweis)

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

Checkliste

Diese persönlichen Dinge sollten Sie mitbringen
○ Hilfsmittel wie Brille, Hörgerät, Gehhilfe, Stützstrümpfe
○ Kleidung wie Schlafanzug, Bademantel, Trainingsanzug, rutschfeste Schuhe, Kleidung für den Nachhauseweg
○ Für Neugeborene: Erstlingskleidung, Auto-Babysitz für den Weg nach Hause
○ Dinge, die den Krankenhausaufenthalt angenehmer gestalten, wie 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

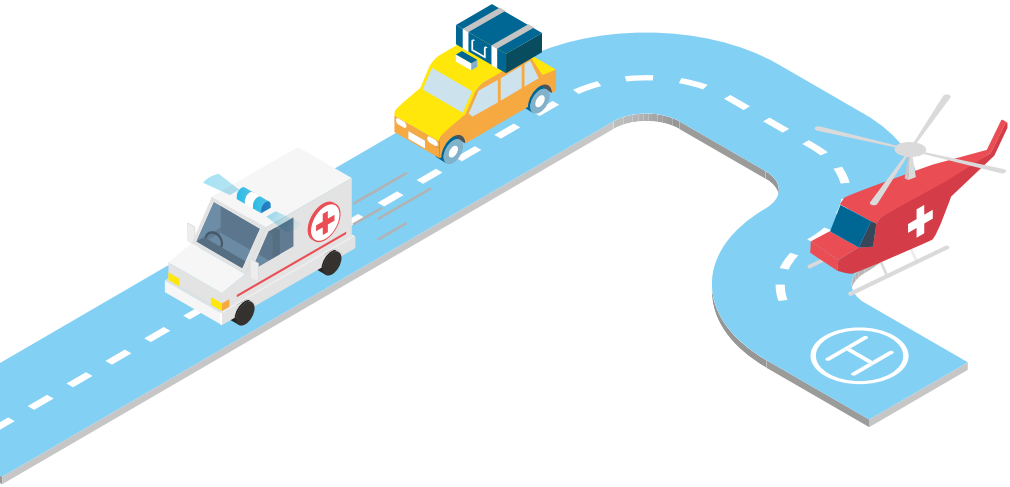
3.1.3 So kommen Sie ins Krankenhaus

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Fahrt zum Krankenhaus, wenn die Fahrt aus medizinischer Sicht zwingend notwendig ist. Dazu gehören insbesondere folgende Fälle:

- 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 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

Hierfür benötigen Sie von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt eine grundsätzlich im Vorfeld der Fahrt ausgestellte entsprechende „Verordnung einer Krankenbeförderung“. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann diese Verordnung auch nachträglich ausgestellt werden.

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.



3.1.4 Welche Fahrkosten Ihre Krankenkasse übernimmt

Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erstatten die Krankenkassen die Kosten abzüglich der von Ihnen zu leistenden gesetzlichen Zuzahlung sowie aller Fahrpreisvergünstigungen, zum Beispiel eines Schwerbehindertenrabatts. Bei Fahrten mit dem eigenen Pkw zahlen die Kassen für jeden gefahrenen Kilometer den im Bundesreisekostengesetz (BRKG) festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung. Dieser beträgt 0,20 Euro je gefahrenem Kilometer, 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.

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.

3.1.5 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 müssen in jedem Fall vorher von der Krankenkasse genehmigt werden, da die Kassen diese Kosten nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen. Dazu gehören beispielsweise Fahrten zur ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie und zur Dialysebehandlung. Die Ausnahmefälle hat der 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.

3.2 Aufklärung, Einwilligung und Vorsorge

3.2.1 Informations- und Aufklärungspflichten des Krankenhauses

Als Patientin oder Patient müssen Sie umfassend und verständlich über Ihre Behandlung informiert und aufgeklärt werden. Dies reicht von den erforderlichen Untersuchungen über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie bis hin zur voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung. Zudem muss mit Ihnen über Risiken und Chancen der konkreten Behandlungsmaßnahme gesprochen werden. Stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, die mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen verbunden sind, müssen Sie auch darüber aufgeklärt werden.

3.2.2 Wie müssen Sie aufgeklärt werden?

Die Aufklärung muss in einem persönlichen Gespräch erfolgen, damit Sie die Gelegenheit haben, Nachfragen stellen zu können. Dabei kann die Ärztin oder der Arzt auch schriftliche Informationen miteinbeziehen. Allerdings dürfen diese das Gespräch nicht ersetzen. So reicht es beispielsweise nicht aus, wenn Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor einer Gallenblasenentfernung ein Informationsblatt oder einen Aufklärungsbogen überreicht, ohne dieses zusätzlich mit Ihnen zu besprechen. Schriftstücke, die Sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnen, müssen Ihnen als Kopie oder Durchschrift ausgehändigt werden. Dazu muss die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass Sie Ihre Entscheidung wohlüberlegt treffen können. Nur wenn Sie auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet haben, ist die Ärztin oder der Arzt von der Aufklärungspflicht entbunden.

Checkliste

Was Sie beim Aufklärungsgespräch beachten sollten

Das Aufklärungsgespräch muss rechtzeitig stattfinden.

- ○ Die Aufklärung sollte (außer bei Notfällen) mehrere Tage vor dem Eingriff erfolgen. So haben Sie genügend Zeit, 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 Operationsbereich.
- ○ Sie müssen die Ihnen ausgehändigten schriftlichen Materialien in Ruhe durchlesen können. Lassen Sie sich dabei nicht drängen und fordern Sie genügend Zeit für die Lektüre ein.
- ○ Sie müssen genug Zeit haben, um eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen. Erbitten Sie gegebenenfalls Bedenkzeit und nutzen Sie diese, um weitere Informationen und Meinungen einzuholen.

Checkliste

Was Sie beim Aufklärungsgespräch beachten sollten

Das Aufklärungsgespräch muss Sie umfassend informieren.

- ○ Ihre behandelnde Ärztin beziehungsweise Ihr behandelnder Arzt* hat eine umfassende Informations- und Aufklärungspflicht Ihnen gegenüber. Das umfasst die medizinischen Untersuchungen, die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Heilungschancen und Risiken. Dazu gehören insbesondere:
- ○ die Erklärung, welche Untersuchungen oder Eingriffe anstehen und wie diese ablaufen
- ○ die anschauliche Erläuterung der Untersuchungsergebnisse und Befunde (zum Beispiel Laborwerte oder Röntgenbilder)
- ○ die ausführliche Aufklärung über die Diagnose (zum Beispiel Herzinfarkt oder Bauchspeicheldrüsenentzündung)
- ○ die Darstellung des weiteren Krankheitsverlaufs (mit und ohne Behandlung), mögliche Heilungschancen oder Folgeerkrankungen
- ○ die Erläuterung, wie notwendig oder dringend die Behandlung ist
- ○ die Erklärung der einzelnen Behandlungsschritte
- ○ das Aufzeigen der Chancen, aber auch der Risiken der Behandlung
- ○ das Hinweisen auf weitere Möglichkeiten zur Behandlung und deren Vor- und Nachteile
- ○ die Information über die verschriebenen Medikamente, ihre Einnahme und Dosierung sowie deren Wirkung und mögliche Nebenwirkungen
- ○ die schriftliche Information über Kosten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden (zum Beispiel für Wahlleistungen im Krankenhaus)

Checkliste

Was Sie beim Aufklärungsgespräch beachten sollten

Das Aufklärungsgespräch muss Sie verständlich informieren.

- ○ Die Ärztin beziehungsweise der Arzt ist zu einer mündlichen Aufklärung verpflichtet. Falls Sie nur schriftliche Informationen erhalten: Bitten Sie um ein persönliches Gespräch, um all Ihre Fragen direkt stellen zu können.
- ○ Wenn Sie etwas nicht verstehen, fragen Sie nach. Sie müssen eine für Sie wichtige Entscheidung treffen, also sprechen Sie alles an, was Sie dafür wissen müssen.
- ○ Sie haben nicht nur das Recht, Fragen zu stellen, sondern auch das Recht, Antworten zu bekommen. Die Ärztin oder der Arzt muss Ihnen zu allen offenen Punkten antworten – und zwar so, dass Sie es verstehen.
- ○ Von allem, was Sie beim Gespräch unterzeichnen (etwa Einwilligungserklärung oder Aufklärungsbogen), muss Ihnen eine Kopie oder Durchschrift ausgehändigt werden. Bewahren Sie diese Papiere für eventuelle Nachfragen auf.

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

3.2.3 Wie Sie sich behandeln lassen, ist Ihre Entscheidung

Ihre Einwilligung ist 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.

3.2.4 Was passiert, wenn Sie nicht selbst einwilligen können?

Als einwilligungsunfähig gelten Sie, wenn Sie Art, Bedeutung und Tragweite beziehungsweise Folgen der ärztlichen Maßnahme auch nach ärztlicher Aufklärung nicht verstehen oder Ihren Willen nicht danach bestimmen können. 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 sollen einwilligungsunfähigen Patientinnen beziehungsweise Patienten die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Maßnahme erläutert werden. Dabei muss berücksichtigt werden, ob sie aufgrund ihres Entwicklungszustandes und ihrer Verständnismöglichkeiten in der Lage sind, die Erläuterung aufzunehmen, und ob diese Erläuterung ihrem Wohl zuwiderläuft.

3.2.5 Wie ist die Einwilligung bei Minderjährigen geregelt?

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. Sie müssen also die Vor- und Nachteile der Behandlung in ihren Grundzügen erkennen können. Inwieweit diese Einsichts- und Entschlussfähigkeit bei einer 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 zwischen dem bereits einwilligungsfähigen Kind und den Eltern unterschiedliche Auffassungen über eine Behandlung bestehen, muss diese Konfliktsituation durch eine besonders intensive und umfassende Prüfung seitens der behandelnden Ärzte und durch Gespräche mit allen Beteiligten gelöst werden. Dabei sind einerseits das Selbstbestimmungsrecht der minderjährigen Person sowie andererseits das Eltern- und Erziehungsrecht zu berücksichtigen.

Ist die minderjährige Patientin beziehungsweise der minderjährige Patient nicht einwilligungsfähig, so liegt die Entscheidung über die Durchführung einer Behandlung ausschließlich bei den Personensorgeberechtigten. Da deren Einwilligung 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.

3.2.6 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 Situation in eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung einwilligen oder diese untersagen. Die Ärztin beziehungsweise 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.

Organspendeausweis

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 oder gegen eine generelle Organ- und Gewebespende aussprechen oder die Spende auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränken. 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 neue Entscheidung festhalten.

Ausführlichere Informationen zum Thema Organspende: www.organspende-info.de

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 entschieden werden. Dafür werden frühere Äußerungen von Ihnen, ethische oder religiöse Überzeugungen sowie sonstige Wertevorstellungen berücksichtigt. Es kommt also wieder darauf an, wie Sie in der konkreten Situation entscheiden 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

Organspende rettet Leben. Mehr als 10.000 Menschen in Deutschland warten auf ein Organ. Die Anzahl der Organspenderinnen und -spender in Deutschland ist bisher gering.

913

Organspenderinnen und Organspender gab es 2020 bundesweit.

Betreuer ausschließen. Außerdem können Sie Wünsche zur Betreuung festlegen, zum Beispiel den Ort der Pflege und die Art der Betreuung.

Die gerichtliche Bestellung einer Betreuerin beziehungsweise 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 herausgegebenen Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“.

Publikationsversand:
www.bmj.de/publikationen

4

Was passiert im Krankenhaus?

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 den Schutz Ihrer Patientendaten gesorgt wird.

4.1 Die Aufnahme im Krankenhaus

4.1.1 Aufnahme bei geplantem Aufenthalt

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 Kapitel 3.1 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 Ihre Aufnahme zuständig ist und Sie bis zur Entlassung begleitet.

Behandlungsvertrag

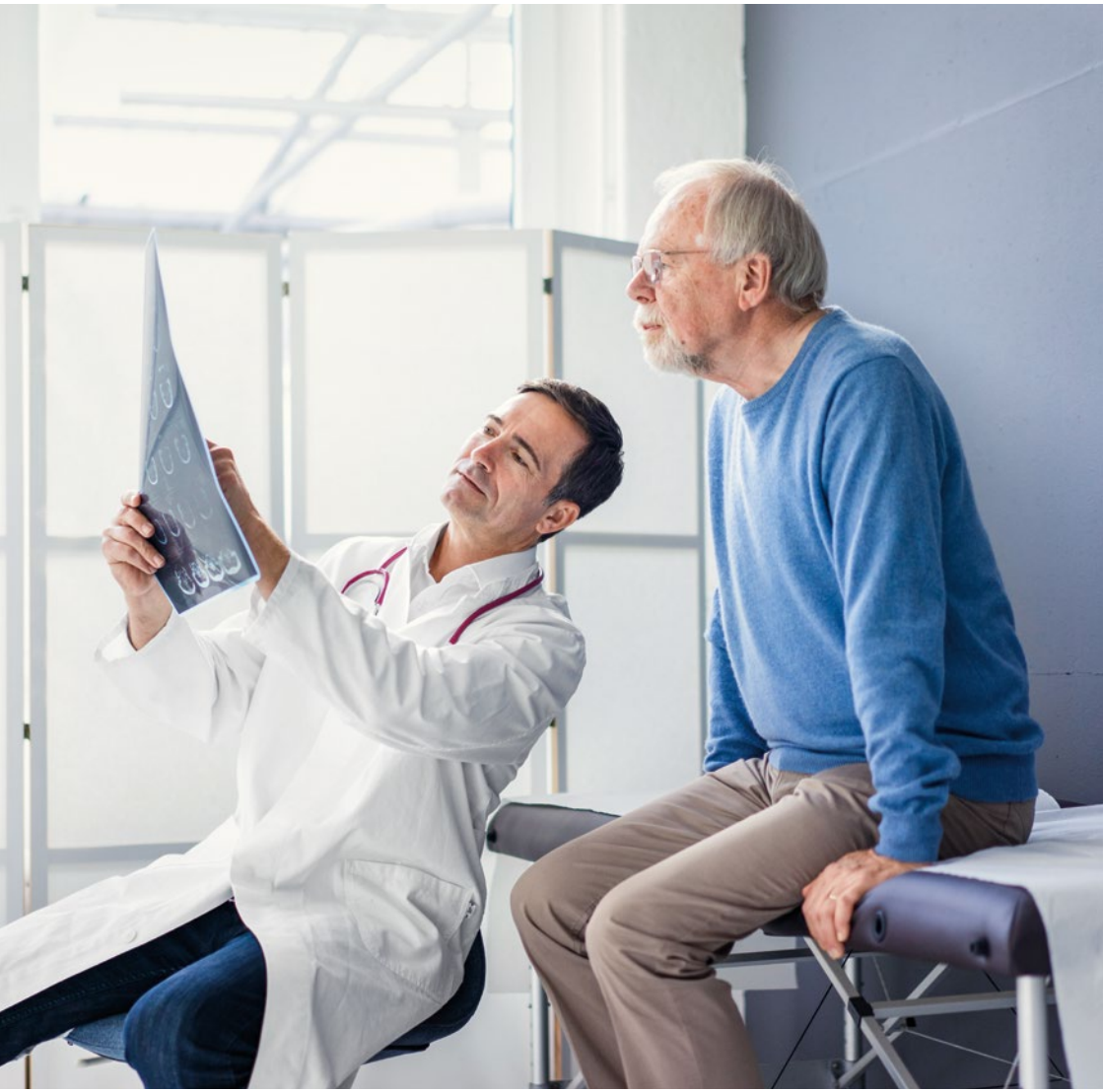
Bei der Aufnahme im Krankenhaus wird ein Behandlungsvertrag zwischen Klinik und Patientin/Patient geschlossen. Dieser Vertrag enthält üblicherweise die grundlegenden Patientendaten (zum Beispiel Name, Geburtsdatum, Hausarzt), Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie einen Passus zur Kostenübernahme.

4.1.2 Regel- und Wahlleistungen

Ihre Behandlung im Krankenhaus umfasst alle Leistungen, die in Ihrem speziellen Fall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung notwendig sind (allgemeine Krankenhausleistungen). Soweit medizinisch erforderlich, kann darin auch eine Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt, die Unterbringung in einem Einzelzimmer oder die Aufnahme einer Begleitperson enthalten sein.

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können Sie zudem zusätzlich Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbaren, etwa die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer oder eine exklusive Chefarztbehandlung auch unabhängig von der medizinischen Erforderlichkeit. Dabei sind Sie unabhängig von Ihrem Versicherungsstatus (gesetzlich oder privat krankenversichert, beihilfeberechtigt, privat krankenzusatzversichert) selbst Vertragspartnerin oder Vertragspartner und müssen zunächst selbst für die zusätzlichen Leistungen aufkommen.

Eine automatische Kopplung wahlärztlicher Leistungen an die Vereinbarung einer besonderen Unterbringung ist nicht zulässig. Das heißt, eine Vereinbarung der Unterbringung im Einbettzimmer gilt nicht als Vereinbarung ärztlicher Wahlleistungen. Auch darf eine Vereinbarung über eine gesondert berechenbare Unterbringung nicht vom Abschluss einer Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen abhängig gemacht werden.



Die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an Ihrer Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, soweit diese vom Krankenhaus zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind. In der Regel handelt es sich dabei um Chefärztinnen und Chefärzte oder besonders erfahrene beziehungsweise spezialisierte Oberärztinnen und Oberärzte des Krankenhauses. Eingeschlossen sind auch weitere Ärztinnen und Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, die auf Veranlassung der Wahlärztin oder des Wahlarztes des Krankenhauses im Rahmen Ihrer Behandlung eine Leistung erbringen (zum Beispiel externe Labore oder radiologische Praxen). Das bedeutet, dass die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen nicht auf eine Ärztin oder einen Arzt beschränkt werden kann, zu der oder dem zum Beispiel ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht. Sie umfasst immer auch alle anderen zu Wahlleistungen berechtigten und an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. In der Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen ist ausdrücklich auf den weiten Geltungsbereich hinzuweisen.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass Sie auch ohne eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte erhalten. Die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bezieht sich ausschließlich auf die Wahl der ausführenden Ärztinnen und Ärzte, nicht hingegen auf die Wahl der einzelnen ärztlichen Leistungen.

4.1.3 Aufnahme 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 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 Notfallpatientin beziehungsweise 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.

Notfallversorgung
muss überall in Deutschland gewährleistet sein, damit Sie im Akutfall, zum Beispiel nach einem Unfall oder Herzinfarkt, schnell ein Krankenhaus erreichen können. Deshalb erhalten Krankenhäuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber wegen zu geringer Auslastung nicht auskömmlich wirtschaften können, sogenannte Sicherstellungszuschläge.

4.2 Abläufe und Betreuung im Krankenhaus

4.2.1 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 Patienten: Der Tag auf der Station 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 einer Ober- oder Chefärztin bzw. eines Ober- oder Chefarztes werden die aktuellen Befunde und die weiteren notwendigen Schritte der Behandlung mit Ihnen besprochen. Nutzen Sie die Visite als Gelegenheit, Fragen an die Ärztin oder den Arzt zu stellen, zum Beispiel zum Verlauf Ihrer Therapie oder zur Wirkungsweise Ihrer Medikamente. Gegen 12 Uhr ist Zeit für das Mittagessen. Am Vor- und Nachmittag 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.

4.2.2 Schutz vor Krankenhauskeimen

Krankenhausinfektionen und resistente Krankheitserreger sind weltweit ein ernst zu nehmendes Problem. Jährlich erkranken in Deutschland 400.000 bis 600.000 Patienten aufgrund von Krankenhausinfektionen, die teilweise vermieden werden könnten. Etwa 10.000 bis 20.000 Menschen versterben laut Schätzungen jedes Jahr daran. Nur ein kleiner Teil dieser Infektionen wird durch multiresistente Erreger verursacht.

Über ein im Jahr 2013 eingerichtetes Förderprogramm werden Personaleinstellungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Beratungsleistungen im Bereich Hygiene gefördert. 2016 wurde das Programm verlängert und gleichzeitig auf den Bereich

der Infektiologie ausgeweitet. Dieser Schwerpunkt wurde mit der erneuten Verlängerung bis 2022 weiter verstärkt. Dies trägt dazu bei, die Krankenhaushygiene und den sachgerechten Einsatz von Antibiotika zu verbessern. Darüber hinaus können auch Sie als Patientin oder Patient durch die Einhaltung einfacher Hygienemaßnahmen etwas dazu beitragen, sich vor Krankenhauskeimen zu schützen.

Wichtige Hygienehinweise

So schützen Sie sich vor Krankenhauskeimen.
Um eine Infektion im Krankenhaus zu vermeiden, kommt den Hygienestandards in einer Klinik eine wesentliche Bedeutung zu. Diese betreffen 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 ausreicht, sollten Sie im Krankenhaus zusätzlich Händedesinfektionsmittel verwenden. Nur so werden Erreger, auch multiresistente Bakterien, wirklich abgetötet.

Richtig einwirken lassen.
Geben Sie das Desinfektionsmittel auf Ihre trockenen Hände und verreiben Sie es für mindestens 30 Sekunden in der Handinnenfläche und auf dem Handrücken. Vergessen Sie auch nicht die Fingerzwischenräume, Daumen, Nagelränder und Fingerkuppen. Während der Einwirkzeit müssen Ihre Hände durch das Desinfektionsmittel nass sein.

Es geht alle an.
Ob Sie Patientin beziehungsweise Patient in einem Krankenhaus sind oder nur zu Besuch: Jede Person, die sich in einer Klinik aufhält, sollte ihre Hände desinfizieren. Das schützt Krankenhauspatienten vor Keimen von außen und verhindert zugleich, dass Krankheitserreger hinausgetragen werden.

Auf das Klinikpersonal achten.
Für Sie als Patientin beziehungsweise Patienten ist es nicht immer leicht zu erkennen, wann Ärztinnen, 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 eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter Sie verlässt und zur nächsten Patientin beziehungsweise zum nächsten Patienten geht
- unmittelbar nach Kontakt mit Fäkalien, Blut oder Wundsekreten

Im Zweifelsfall ansprechen.
Ob Arzt oder Pflegekraft: Alle haben die gleiche Pflicht. Auch wenn es vielen Patientinnen und Patienten vor allem gegenüber Ärztinnen und Ärzten schwerfällt, auf vermeintliche Versäumnisse hinzuweisen: Hält das Personal diese Hygienestandards nicht ein, sollten Sie es gezielt darauf ansprechen. In einem Klima gegenseitigen Vertrauens sollte dies möglich sein.

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

4.2.3 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. 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 Roomingins. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn die Begleitung aus medizinischer Sicht notwendig ist und von der Ärztin beziehungsweise vom Arzt bescheinigt wird. Auf Säuglingsstationen bezahlt die Kasse das Rooming-in immer, weil sowohl die Mutter als auch das Kind Patienten sind.

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)
Eine gute Betreuung im Krankenhaus braucht eine solide Personalausstattung. Krankenhäuser erhalten deshalb durch das 2019 in Kraft getretene PpSG die Möglichkeit, zusätzliche Pflegekräfte am Krankenhausbett einzustellen. Im Jahr 2020 wurde zudem eine neue Pflegepersonalkostenvergütung eingeführt: Über ein neu eingeführtes Pflegebudget werden die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Pflege am Krankenhausbett finanziert. Krankenhäuser müssen nachweisen, dass das Geld, welches für Pflegepersonal vorgesehen ist, auch wirklich dort ankommt. Um die Attraktivität der Pflegeberufe insgesamt zu steigern, wurden zudem Maßnahmen zur besseren Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten in der Pflege und eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ergriffen.

4.2.4 Pflegerische Versorgung 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 und die Medikamentengabe, sie messen Blutdruck, Puls und Körpertemperatur und helfen Ihnen bei Bedarf auch bei der Körperpflege und anderen Verrichtungen. Zur Verbesserung der Pflegesituation in Krankenhäusern trägt seit 2019 das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) bei.

Bei allen sozialen, persönlichen und finanziellen Fragen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, hilft Ihnen der Kliniksozialdienst.

4.2.5 Psychologische und soziale Betreuung im Krankenhaus

Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung kann das Krankenhaus Sie durch Klinikpsychologen, Klinikseelsorger und den Kliniksozialdienst auch in psychologischen und sozialen Belangen unterstützen.

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.

Der **Kliniksozialdienst** hilft Ihnen vor allem bei sozialen, persönlichen und finanziellen Fragen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sein können. Er unterstützt zum Beispiel dabei, Rehabilitationsmaßnahmen zu beantragen oder eine häusliche Pflege zu organisieren, und berät zu den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung *(siehe Kapitel 5.1 auf Seite 85)*.

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.

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 Ärzten oder Pflegekräften 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.

- 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 besser Sie darüber Bescheid wissen, warum die Behandlung sinnvoll ist und wie sie abläuft, desto weniger beängstigend wird sie wirken.
- Besprechen Sie Ihre Ängste und Sorgen gegebenenfalls mit einer Psychologin beziehungsweise einem Psychologen oder einer Seelsorgerin beziehungsweise einem Seelsorger, die 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 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.

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

4.3 Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten

4.3.1 Gesetzliche Grundlage der Patientenrechte

Wenn Sie sich in einer Arztpraxis von einer Ärztin oder einem Arzt behandeln lassen, schließen Sie einen sogenannten Behandlungsvertrag ab. Dieser kommt zumeist ohne Unterschrift zustande, sobald Sie sich medizinisch versorgen lassen. Im Krankenhaus unterzeichnen Sie den Behandlungsvertrag in der Regel bei der Aufnahme *(siehe Kapitel 4.1.1 auf Seite 65)*. 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 3.2 und Checkliste ab Seite 54)* sowie die Behandlung in einer Patientenakte dokumentieren.

Patientenrechte

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 108*.

4.3.2 Beschwerde- und Unterstützungsmöglichkeiten

Jede Klinik muss über ein sogenanntes **Beschwerdemanagement** verfügen. Ziel ist es, Patienten, Angehörigen und Besuchern des Krankenhauses die Möglichkeit zu bieten, Beschwerden zu äußern, auf die die Klinik zeitnah reagieren sollte. Das Beschwerdemanagement nimmt auch Ihr Lob und Ihre Verbesserungsvorschläge entgegen. Indem das Krankenhaus diese Meldungen strukturiert erfasst, bearbeitet und auswertet, kann es Schwachstellen erkennen und die Behandlungsqualität sowie die Patientenzufriedenheit verbessern.

Darüber hinaus gibt es die sogenannten **Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher,** die eine vermittelnde Rolle zwischen Patientin oder Patient und Krankenhaus einnehmen können. Sie 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 den gleichen Zweck erfüllen.

Eine kostenfreie und neutrale **Patientenberatung** bietet zudem die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) *(siehe Kapitel 1.1.3 auf Seite 17).* Weitere unabhängige Beratungsmöglichkeiten finden Sie bei verschiedenen Vereinen, Verbraucherzentralen oder Selbsthilfegruppen.

4.4 Umgang mit Patientendaten

4.4.1 Welche Bedeutung hat der Patientendatenschutz?

Im Krankenhaus fallen naturgemäß große Mengen von sensiblen Patientendaten an, auf die viele Mitarbeitende Zugriff haben, um Ihre Behandlung zu ermöglichen. Der Umgang mit diesen Daten erfordert eine besondere Sorgfalt. Denn Daten zum Gesundheitszustand sind äußerst intim und sagen viel über die Persönlichkeit eines Menschen, seine 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 eine Ärztin oder einen Arzt wenden beziehungsweise in ein Krankenhaus begeben, ohne fürchten zu müssen, dass die dort erhobenen Informationen zu Ihrem Nachteil genutzt werden.

4.4.2 Was umfasst der Patientendatenschutz?

Nach der ärztlichen Schweigepflicht hat die Ärztin oder der Arzt über das, was Sie ihr oder ihm in der Eigenschaft als Arzt anvertrauen, zu schweigen – auch über Ihren Tod hinaus. Geschützt sind auch Ihre schriftlichen Mitteilungen, Aufzeichnungen über Sie, Ihre Röntgenaufnahmen und sonstigen Untersuchungsbefunde. Eine Schweigepflicht besteht auch für nicht ärztliches Personal, das an Ihrer Behandlung direkt oder unterstützend beteiligt ist. Dazu gehören etwa Pflegepersonal und Mitarbeitende in der Krankenhaus-Apotheke sowie in der Krankenhausverwaltung oder der Medizintechnik. Verstöße gegen das Patientengeheimnis können nicht nur standesrechtliche Konsequenzen für die Ärztin oder den Arzt haben, sondern auch nach dem Strafgesetzbuch (StGB) geahndet werden.

Ihre Patientendaten sind nicht nur durch die Schweigepflicht geschützt, sondern auch über die Europäische Datenschutzgrundverordnung und – je nach Träger des Krankenhauses – auch über das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), die Landesdatenschutzgesetze oder die in der Regel inhaltsgleichen kirchlichen Datenschutzbestimmungen.

4.4.3 Wofür dürfen Ihre Daten verwendet werden?

Kliniken dürfen Ihre Daten verarbeiten, soweit sie für die Behandlung, die Behandlungsdokumentation, die Abrechnung mit den Krankenkassen beziehungsweise die Rechnungsstellung sowie für gesetzliche Erhebungen, zum Beispiel zur Qualitätssicherung, erforderlich sind. Es gilt das Prinzip der Datensparsamkeit. Über die vorgesehene Datenverarbeitung müssen Sie vorab informiert werden.

4.4.4 Warum und wo werden Ihre Daten gespeichert?

Gehen Sie zum Arzt oder in ein Krankenhaus, wird Ihre Behandlung in einer Patientenakte dokumentiert. Aufgezeichnet werden darin alle für die Behandlung wichtigen Umstände, etwa vergangene Krankenhausaufenthalte sowie Diagnosen, Untersuchungen und Befunde, Eingriffe und medikamentöse

Therapien. 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, Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sowie gegebenenfalls weiterbehandelnden Medizinerinnen und Medizinern. Die Patientenakte muss in der Regel mindestens zehn Jahre nach Ende der Behandlung aufbewahrt werden.

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.

Patientenakte

Ausführliche Informationen zur Patientenakte finden Sie im „Ratgeber für Patientenrechte“. Informationen zu den Bestellmöglichkeiten für diese Broschüre *finden Sie auf Seite 108*.

Nähere Auskünfte zur Verarbeitung von Patientendaten durch das Krankenhaus erteilt das Krankenhaus. Ansprechpartner ist die oder der jeweilige Datenschutzbeauftragte des Krankenhauses.

4.4.5 Zugang zu Ihrer elektronischen Patientenakte

Seit dem 1. Januar 2021 ist Ihre Krankenkasse verpflichtet, Ihnen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, in der auf Ihren Wunsch medizinische Daten praxis- und krankenhausübergreifend bereitgestellt werden können, zum

Mit der elektronischen Patientenakte sind Sie jederzeit in der Lage, die Sie behandelnden Personen über Ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Beispiel Befundberichte, Arztbriefe oder auch Ihr Medikationsplan. Sie haben Anspruch gegenüber Ihren Ärztinnen und Ärzten auf Befüllung der elektronischen Patientenakte und auf Unterstützung bei deren Nutzung. Mit der elektronischen Patientenakte sind Sie jederzeit in der Lage, die Sie behandelnden Personen über Ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren. Darüber hinaus sind auch Sie in Zukunft genauer über Ihre Diagnosen und Therapien informiert und können besser als bisher über Ihre Gesundheit mitentscheiden. Sie entscheiden auch darüber, welche Daten in Ihrer elektronischen Patientenakte gespeichert werden und wem Sie die Daten zur Verfügung stellen möchten. Die Nutzung dieser elektronischen Patientenakte ist für Sie freiwillig.

4.5 Nach der Operation

4.5.1 Was geschieht unmittelbar nach Ihrer Operation?

Je nachdem, welcher Eingriff bei Ihnen vorgenommen wurde, kommen Sie direkt im Anschluss in einen Aufwachraum oder nach schwereren Operationen, etwa am Herzen, auf 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.

4.5.2 Wann erhalten Sie Ihre ersten Rehabilitationsmaßnahmen?

Abhängig von Ihrer Operation beginnt in der Regel noch im Krankenhaus die Rehabilitation. Diese 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.

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

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. Welche Versorgung am Lebensende für Sie oder Ihre Angehörigen am geeignetsten ist und welche Leistungen dabei infrage kommen, können Sie auch mit Ihrer Krankenkasse besprechen. Gemäß dem Palliativ- und Hospizgesetz (HPG) haben Sie 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, Betreuungsverfügung oder Vorsorgevollmacht *(siehe auch Kapitel 3.2 ab Seite 54)*.

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. Daher stehen Klinikpsychologinnen und -psychologen, Mitarbeitende der Krankenhausseelsorge oder ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer auch den Angehörigen im Krankenhaus zur Seite. Sie begleiten sie und helfen ihnen zum Beispiel durch Zuhören oder Trösten in dieser schwierigen Lebenssituation.

5

Was passiert nach dem Krankenhaus?

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

5.1 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 Rehabilitationsmaßnahme oder pflegerischen Betreuung *(siehe auch Kapitel 5.2 ab Seite 91).* Für den reibungslosen Übergang ist das sogenannte Entlassmanagement des Krankenhauses zuständig.

5.1.1 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 Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt ein Entlassungsgespräch mit Ihnen. Wollen Sie die Klinik zuvor entgegen ärztlichem Rat früher verlassen, müssen Sie schriftlich erklären, dass Sie dies auf eigene Verantwortung tun. Sollten Sie infolge der vorzeitigen Entlassung einen gesundheitlichen Schaden erleiden, ist es möglich, dass Sie keine Schadensersatzansprüche gegen die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt oder das Krankenhaus haben.

5.1.2 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 zusätzliche 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 für Sie wichtigen 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 Ihre Haus- oder Fachärztin beziehungsweise Ihren Haus- oder Facharzt über die Krankenhausbehandlung informiert.

Checkliste

Was Sie beim Entlassungsgespräch beachten sollten

Das Aufklärungsgespräch muss Sie umfassend informieren

Mit dem Entlassungsgespräch, das Ihre behandelnde Krankenhausärztin beziehungsweise Ihr behandelnder Krankenhausarzt mit Ihnen führt, endet Ihr Klinikaufenthalt. Nutzen Sie deshalb das Gespräch für alle wichtigen Fragen zu Ihrer Behandlung und Ihrer weiteren Versorgung.

- ○ Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt auf für Sie verständliche Weise erläutert, welche Ergebnisse Ihre Behandlung erbracht hat?
- ○ Bietet die Klinik eine nachstationäre Behandlung an, zum Beispiel zur Wundkontrolle nach einer Operation?
- ○ Wann müssen Sie zur nächsten ärztlichen Kontrolle?
- ○ Liegt der Arztbrief für Ihre weiterbehandelnde Ärztin beziehungsweise Ihren weiterbehandelnden Arzt vor? Enthält er alle wichtigen Informationen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt einschließlich der Befunde (zum Beispiel Röntgen- und Computertomografie-Aufnahmen, Laborergebnisse) und Angaben zur Medikamenteneinnahme? Lassen Sie sich gegebenenfalls eine Kopie aushändigen!

- ○ Was müssen Sie für Ihr weiteres Leben und Ihre täglichen Aktivitäten beachten?
- ○ Welche Ärzte oder Therapeuten sollten Sie nach Ihrer Entlassung aufsuchen?
- ○ Welche Medikamente müssen Sie wann und in welcher Dosis einnehmen?
- ○ Brauchen Sie ein Rezept oder eine Krankschreibung, um die Zeit bis zum Arztbesuch zu überbrücken?
- ○ Müssen Sie mit vorübergehenden oder dauerhaften Einschränkungen rechnen?
- ○ 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 Rehabilitationseinrichtung? Hat Ihre Krankenhausärztin oder Ihr Krankenhausarzt die entsprechenden Verordnungen (zum Beispiel Arzneimittelrezept, Krankentransport) ausgestellt?
- ○ Hat der Kliniksozialdienst die notwendigen Anträge gestellt, etwa für eine Haushaltshilfe oder eine Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung?
- ○ Ist die Frage der Finanzierung mit den Leistungserbringern geklärt (zum Beispiel Krankenkasse, Pflegekasse)?
- ○ Wurden alle erforderlichen Gesundheitspässe, beispielsweise der Schrittmacherausweis, ausgestellt oder aktualisiert?

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

5.1.3 Was steht im Arztbrief?

Krankenhäuser müssen sowohl die einweisende als auch die weiterbehandelnde Ärztin beziehungsweise 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 deren Ergebnisse, aber auch eine Empfehlung für die weitere Behandlung. Den Inhalt des Arztbriefs können Sie sich von Ihrer Ärztin oder 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 Ihre behandelnde Ärztin beziehungsweise 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.

Was hab' ich?

Bei dem gemeinnützigen Online-Projekt „Was hab' ich?" übersetzen Medizinstudentinnen und Medizinstudenten Ihren ärztlichen Befund kostenfrei in leicht verständliche Sprache. Über die Website www.washabich.de können Sie Ihren Befund oder Arztbrief einsenden.

5.1.4 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 unterstützt Sie darüber hinaus bei persönlichen, sozialen und finanziellen Fragen im Zusammenhang mit Ihrem Krankenhausaufenthalt. 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 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, unterstützt Sie bei der Antragstellung und koordiniert den Kontakt zu Behörden und Kostenträgern (zum Beispiel Krankenkasse, Pflegekasse).

Entlassmanagement

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, das Ihren Übergang von einem stationären Krankenhausaufenthalt in eine ambulante oder pflegerische Versorgung vorbereitet und begleitet.

Um Kontakt zum Kliniksozialdienst aufzunehmen, sprechen Sie die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte auf Ihrer Station an oder wenden Sie sich direkt an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes.

5.1.5 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 Hausarzt- oder Facharztbesuch überbrücken können. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde zudem der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung verbessert. Früher konnte es nach der

Entlassung zu Versorgungslücken kommen, etwa wenn Patienten körperlich nicht in der Lage waren, ihre Ärztin beziehungsweise 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 jede Patientin oder jeden Patienten einen schriftlichen Plan erstellen, in dem sie die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen. Zu diesem Plan gehört auch, dass die Klinik die weiterbehandelnden Ärzte, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen kontaktiert und sicherstellt, dass diese die Anschlussversorgung übernehmen.

5.1.6 Wie kommen Sie nach Hause?

Sofern Sie die Klinik nicht selbst oder mit 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 Rehabilitationsmaß-

nahme auf. Ist Ihre Krankenkasse Träger der Rehabilitationsmaßnahme, übernimmt sie die in diesem Zusammenhang erforderlichen Fahrkosten und andere Reisekosten.

5.2 Versorgung, Reha und Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt

5.2.1 Versorgungsmöglichkeiten 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.

5.2.2 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 sieben 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 eine niedergelassene Haus- oder Fachärztin beziehungsweise ein niedergelassener Haus- oder Facharzt übernehmen. Sie ist in den Räumen des Krankenhauses ebenso wie in der Arztpraxis möglich.

5.2.3 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.

Wenn Sie eine Rehabilitationsmaßnahme brauchen, ist es für den Behandlungserfolg oft sehr wichtig, dass diese direkt im Anschluss an Ihren Krankenhausaufenthalt beginnt. Deshalb sollte diese noch während Ihres Krankenhausaufenthaltes beantragt werden. 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.

Rehabilitation

Unter dem Begriff Rehabilitation, Kurzform Reha, wird eine Vielzahl von medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen zusammengefasst, die zu einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft, die Arbeitswelt oder das alltägliche Leben beitragen sollen. Rehabilitationsmaßnahmen direkt nach einem Krankenhausaufenthalt heißen Anschlussrehabilitation oder Anschlussheilbehandlung.

5.2.4 Arten von Anschlussheilbehandlungen

Bei der **ambulanten Rehabilitation** kehren Sie nach der Entlassung aus der Klinik in Ihr Zuhause zurück und integrieren die Rehabilitationsmaßnahmen 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 Rehaklinik 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 umzugehen, die häufig mit schweren Krankheiten einhergehen, und den Alltag neu zu gestalten. In der Regel dauert eine stationäre Anschlussheilbehandlung drei Wochen, in besonderen Fällen kann sie verlängert werden.

5.2.5 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.

Darüber hinaus können Sie auch eine **Haushaltshilfe** erhalten. Wenn Sie Ihren Haushalt nach einem Krankenhausaufenthalt nicht selbst weiterführen können – und auch niemand sonst in Ihrem Haushalt das kann –, erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse

Haushaltshilfe für längstens vier Wochen. Lebt zudem ein Kind in Ihrem Haushalt, das unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

5.2.6 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 – höchstens 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 etwa einen schweren Eingriff hinter sich haben. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verpflichtet die Krankenkassen, sich an den Kosten für Pflege und Betreuung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zu beteiligen.

Sie können zudem einen Anspruch auf **Übergangspflege** haben, wenn die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlichen Leistungen, beispielsweise die häusliche Krankenpflege oder die Kurzzeitpflege, nicht oder nur unter erheblichem Aufwand möglich sind. Die Übergangspflege kann für maximal zehn Tage je Krankenhausaufenthalt von dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die Krankenhausbehandlung erfolgt ist. Sie umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

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 Ansprechpersonen für die Pflegeberatung vor Ort.

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 Bundesministeriums für Gesundheit *(Bestellinformationen auf Seite 108)* und auf der Website der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung: www.pflegebevollmaechtigte.de.

Stichwortregister

Ambulante Behandlung im Krankenhaus 15, 32, 51
Anschlussheilbehandlung ..... 92 ff.
Anschlussversorgung ..... 88 f.
Arztbrief 88
ASV-Richtlinie ..... 18 f.
Aufklärungsgespräch ..... 47, 54 ff.
Aufnahme im Krankenhaus ..... 65 ff.
Aufnahmeuntersuchung 47

Behandlungsvertrag 65
Belastungsgrenzen ..... 43 f.
Belegklinik 40
Beschwerdemanagement ..... 76 f.
Betreuungsverfügung 49, 62, 82

Chronisch Kranke ..... 15, 18 f., 21 f., 42 ff.

Datenschutz ..... 77 ff.
Desinfektion ..... 71 f.
Disease-Management-Programme ..... 21 f., 49

Einweisung 31, 35, 49, 65
Einwilligungserklärung ..... 57 ff.
Elektronische Patientenakte ..... 79 f.
Entlassung aus dem Krankenhaus ..... 85 ff.
Entlassungsgespräch ..... 86 f.

Fallpauschale (DRG) 25
Freigemeinnützige Krankenhäuser 41

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) ..... 17, 19, 22, 26, 36 ff., 44, 53

Haushaltshilfe 48
Häusliche Krankenpflege 89, 95

Heilmittel ..... 89 f., 96
Hilfsmittel ..... 48, 50, 87, 89 f., 96
Hospiz 82

ICD-Code ..... 37 f.
Integrierte Versorgung ..... 19 f., 49
Intensivstation ..... 37, 80 f.

Kinder ..... 22, 35, 37, 42, 48, 52, 59, 72 f., 96
Klinikpsychologen ..... 74 f., 82
Kliniksozialdienst ..... 48, 74 f., 87 f.
Krankenhauskeime ..... 70 ff.
Krankenhausplan 31
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) 25, 96
Krankenhausseelsorge ..... 74 f.
Krankenhaus-Suchmaschinen 34, 36
Krankentransport ..... 51 ff., 90 f.
Krankenversicherung 23, 28, 39, 41, 56, 79
Kuren 95
Kurzzeitpflege 89, 91, 96

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) 19
Medizinischer Dienst (MD) 24

Nachstationäre Behandlung 91
Notaufnahme 69
Notfallversorgung 69

Öffentliche Krankenhäuser 41
Operation ..... 25 f., 37, 51, 55 ff., 75, 80 f.
Organspendeausweis ..... 49, 60 f.

Palliativversorgung 82
Patientenakte ..... 76, 78 ff.

Patientenbeauftragter ... 36
Patientenberatung ... 17, 77
Patientendaten ... 77 ff.
Patientenfürsprecher ... 77
Patientenrechte ... 26 ff., 76 f.
Patientensicherheit ... 23, 26 ff.
Patientenverfügung ... 49, 58, 60 ff., 82
Pflegebedürftige ... 44, 48 f., 53, 89, 96 f.
Pflegebevollmächtigte ... 97
Pflegepersonal ... 27, 73, 86
Physiotherapie ... 81
Privatkliniken ... 39, 41
Psychotherapie ... 22

QPS-Code ... 37
Qualitätssicherung im Krankenhaus ... 23 ff., 32, 36 ff., 76, 78

Regelleistungen ... 66 ff.
Rehabilitation ... 81, 89, 91 ff.
Rooming-in ... 35, 72 f.

Schweigepflicht ... 77 f.
Sozialdienst des Krankenhauses ... 48, 74 f., 87 f.
Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) ... 21 f.

Teilstationäre Behandlung ... 40

Übergangspflege ... 96

Verhinderungspflege ... 48
Vertragsärzte ... 40, 47
Visite ... 70
Vorsorgevollmacht ... 49, 62, 82

Wahlleistungen ..... 42, 56, 65 ff.

Zusatzleistungen 35
Zusatzversicherung 49, 66
Zuzahlungen ..... 42 f., 49, 65 ff.
Zweitmeinungsverfahren ..... 16 f.

Adressen

Wer kann Ihnen sonst noch weiterhelfen?

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Alte Jakobstraße 81
10179 Berlin
Tel.: 030 3642816-0
Fax: 030 3642816-11
E-Mail: info@aps-ev.de
www.aps-ev.de

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 4004560
Fax: 030 400456388
E-Mail: info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn
Tel.: 0228 993070
Fax: 0228 99307-5207
E-Mail: poststelle@bfarm.de
www.bfarm.de

Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
Stefan Schwartze, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Tel.: 030 184413424
Fax: 030 184414499
E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de
www.patientenbeauftragter.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Tel.: 030 8934014
Fax: 030 31018970
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
www.dag-shg.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Wegelystraße 3
10623 Berlin
Tel.: 030 398010
Fax: 030 398013000
E-Mail: dkgmail@dkgev.de
www.dkgev.de

Deutsche Stiftung Patientenschutz
Europaplatz 7
44269 Dortmund
Tel.: 0231 7380730
Fax: 0231 7380731
E-Mail: info@stiftung-patientenschutz.de
www.stiftung-patientenschutz.de

Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege
Claudia Moll, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Tel.: 030 184413425
Fax: 030 184413422
E-Mail: pflegebevollmaechtigte@bmg.bund.de
www.pflegebevollmaechtigte.de

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
Tel.: 030 2758380
Fax: 030 275838990
E-Mail: info@g-ba.de
www.g-ba.de

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Tel.: 030 2062880
Fax: 030 20628888
www.gkv-spitzenverband.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: 030 40050
Fax: 030 40051590
E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de

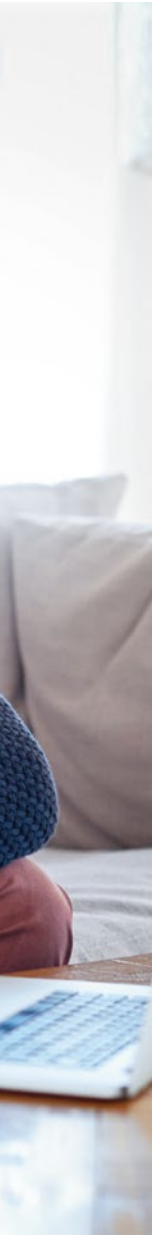
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Tel.: 030 31018960
Fax: 030 31018970
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schulstraße 22
33311 Gütersloh
Tel.: 05241 9770-0
Fax: 05241 9770777
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
www.schlaganfall-hilfe.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin
Tel.: 0800 011 77 22
E-Mail: info@patientenberatung.de
www.patientenberatung.de

Verband der Privaten Krankenversicherung
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Tel.: 030 20458966
E-Mail: kontakt@pkv.de
www.pkv.de

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)
Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin
Tel.: 030 258000
Fax: 030 25800518
E-Mail: info@vzbv.de
www.vzbv.de



Weitere Informationen

Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“
„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

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

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

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen rund um Fragen zur Gesundheit und zum Gesundheitswesen. Sie finden das Angebot unter:
www.gesund.bund.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail:	publikationen@bundesregierung.de
Telefon:	030 182722721
Gebärdentelefon:	gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
Fax:	030 18102722721
Postalisch:	Publikationsversand der Bundesregierung Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Website:	Onlinebestellungen und aktuelles Publikationsverzeichnis unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen

Ratgeber Krankenversicherung – Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten

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

Pflegeleistungen zum Nachschlagen

Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie zusammengefasst in dieser Broschüre. Das Nachschlagewerk richtet sich sowohl an Menschen, die Pflege benötigen, als auch an Angehörige, die Pflege leisten.
Bestellnummer: BMG-P-11025

Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und anderen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.
Bestellnummer: BMG-P-07055

Ratgeber Demenz – Informationen für häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

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

Informiert und selbstbestimmt – 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.
Bestellnummer: 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 3406066-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 3406066-03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg/

E-Mail:
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 (DSGVO) und vom Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt.

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

Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung[1]
0221 892031

Sucht & Drogen Hotline[2]
01805 313031

BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung[3]
0800 8313131

[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; kostenpflichtig (0,20 Euro je Anruf aus dem deutschen Festnetz beziehungsweise maximal 0,60 Euro aus dem Mobilfunknetz)

[3] Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

Impressum

Herausgeber
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

bmg.bund
bmg_bund
BMGesundheit
bundesgesundheitsministerium

Gestaltung
Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Fotos
Cecilie Arcurs / Getty Images / S. 94
Dennis Degnan / Getty Images / S. 24
Thomas Ecke / BMG / S. 4
Nicolas Hansen / shapecharge / Getty Images / S. 106
Joseffson / Westend61 / Getty Images / S. 67
Roger Richter / Westend61 / Getty Images / S. 16
Ngampol Thongsai / EyeEm / Getty Images / S. 54
Daniel Waschnig Photography / Westend61 / Getty Images / S. 93

Druck
Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG,
60386 Frankfurt am Main

Papier
Circle Offset Premium white, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Stand
Januar 2022, 7. aktualisierte Auflage
Erstauflage: November 2016

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Weitere Informationen zur stationären Versorgung finden Sie hier:

BLAUER ENGEL DAS UMWELTZEICHEN
AR1
www.blauer-engel.de/uz195
Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.