



Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) der Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH

§ 1 Geltungsbereich

1. Die AVB gelten, soweit nichts Anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Sankt Elisabeth und Sankt Barbara Krankenhaus Halle (Saale) GmbH und
 - a) dem Patienten,
 - b) dem Zahlungspflichtigen, soweit es sich nicht um Sozialleistungsträger, Sozialhilfeträger oder Versorgungsbehörden handelt, bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.
2. Im Folgenden stehen Personenbezeichnungen stellvertretend sowohl für die männliche als auch die weibliche Bezeichnungsform.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Die im Folgenden verwandten Begriffe sollen - wie nachstehend ersichtlich - definiert werden:

1. Krankenhausleistungen: Insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung oder Behandlung im Gesundheitsbereich mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.
2. Krankenhausleistungen im Sinne der AVB umfassen allgemeine Krankenhausleistungen nach medizinischen und wissenschaftlichen Zielsetzungen und Wahlleistungen.
3. Als allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen zu verstehen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nach seiner medizinischen Zielsetzung sowie personellen und sachlichen Ausstattung für eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind.
4. Behandlungen sind alle Leistungen, die dazu bestimmt sind, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen (medizinische Diagnostik), zu heilen oder zu lindern sowie die Leistungen bei Entbindungen und Untersuchungen zur Begutachtung, sowie Leistungen zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge.
5. Wahlleistungen (vgl. § 7 Abs. 1 AVB).
6. Kranke sind solche Personen, bei denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen.
7. Unter Patienten im Sinne dieser AVB werden im Einzelnen folgende Personengruppen zusammengefasst:
 - a) Kranke,
 - b) Schwangere und Wöchnerinnen,
 - c) gesunde Neugeborene,
 - d) die Personen die zur Begutachtung, zur Beobachtung oder zur Absonderung aufgenommen sind,
 - e) Personen, die zum Zwecke sonstiger ärztlicher Behandlung das Krankenhaus aufsuchen und
 - f) Begleitpersonen, die zusammen mit einem anderen Patienten aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden.
8. Als Zahlungspflichtige sind natürliche oder juristische Personen anzusehen, die dem Krankenhaus das Entgelt für seine Leistungen schulden.
9. Unter Kassenpatienten sind solche Patienten zu verstehen, für die ein Sozialleistungsträger, ein Sozialhilfeträger oder eine Versorgungsbehörde im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes das Entgelt für die Allgemeinen Krankenhausleistungen schuldet. Soweit als Kassenpatienten ansonsten nur die Versicherten und Mitversicherten der gesetzlichen Krankenkassen (auch Sozialleistungsträger) verstanden werden, bleibt dies außer Betracht.
10. Unter Heilfürsorgeberechtigte sind solche Patienten zu verstehen, für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Krankenhausleistungen schuldet.
11. Unter Selbstzahlern sind folgende Patienten einzuordnen:
 - a) Patienten, die nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind,
 - b) Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte für Leistungen, die nicht in einer Kostenübernahmeerklärung eingeschlossen sind oder für die der gegenüber dem Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigten leistungspflichtige



tatsächlich oder nicht vollständig leistet,

- c) Zahlungspflichtige, die sich zur Zahlung verpflichtet haben, ohne selbst Patient, Kassenpatient oder Heilfürsorgeberechtigter zu sein.
12. Konsiliarärzte des Krankenhauses sind solche Ärzte, die ungeachtet eines eventuellen Anstellungsverhältnisses zum Krankenhaus in Belegabteilungen von einem Belegarzt zur Beratung, Untersuchung oder Mitbehandlung hinzugezogen werden. Als Konsiliarärzte gelten auch fremde ärztlich geleitete Einrichtungen (Untersuchungsstellen o.ä.).
13. Unter Leistungen Dritter sind solche Leistungen zu verstehen, die innerhalb der Krankenhausleistungen Bestandteil sind:
- a) Leistungen von Konsiliarärzten,
 - b) Leistungen fremder, ärztlich geleiteter Einrichtungen, wenn sie vom Krankenhaus veranlasst werden,
 - c) Leistungen von sonstigen Personen, die in keinem Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus stehen, aber von diesem veranlasst werden.
14. Unter Leistungen Dritter außerhalb der Krankenhausleistungen (kein Bestandteil) sind folgende zu verstehen:
- a) Leistungen von Belegärzten,
 - b) Leistungen von freiberuflichen Hebammen,
 - c) Leistungen von sonstigen Personen, die in keinem Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus stehen, wenn die Leistungen nicht vom Krankenhaus veranlasst werden oder zwar veranlasst, aber nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erbracht werden,
 - d) Die Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, die ein Arzt vom Krankenhaus veranlasst hat, der zur gesonderten Berechnung seiner Leistungen im Rahmen der vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung berechtigt ist (vergleiche Wahlleistung),
 - e) Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung,
 - f) Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, deren teilstationärer Behandlung zu unterbringungs- und versorgungsfreier Zeit,
 - g) die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten (leitenden) Ärzte der Fachabteilung oder Institute des Krankenhauses,

soweit diese zur gesonderten Berechnung Ihrer Leistung im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassenen Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit die Leistungen vom Krankenhaus abgerechnet werden.

15. Unter vollstationäre Krankenhausbehandlung wird jene Behandlung verstanden, die eine Aufnahme, Unterbringung und Versorgung im Krankenhaus in vollzeitlichem und organisatorischem Umfang voraussetzt.
16. Stationäre Krankenhausbehandlung ist eine solche Behandlung, bei der eine Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur während der Nacht ausreicht.

§ 3 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehung zwischen Krankenhaus und dem Patienten ist privatrechtlicher Natur und unabhängig von den Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und Sozialleistungsträgern, Sozialhilfeträgern oder Versorgungsbehörden.
2. Die AVB werden für den Patienten nur dann wirksam, wenn er ausdrücklich darauf hingewiesen wird oder er durch Aushang oder Auslage von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnte und sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt hat. Sofern der Patient sein Einverständnis ganz oder teilweise verweigert, kann das Krankenhaus vorbehaltlich anderslautender Vereinbarung mit Sozialleistungsträgern oder Versorgungsbehörden die Behandlung ablehnen oder mit sofortiger Wirkung beenden.
3. Absatz 2 gilt auch für Zahlungspflichtige, soweit es sich nicht um Rechte und Pflichten handelt, die nur vom Patienten persönlich wahrgenommen werden können oder wahrzunehmen sind.
4. In Bezug auf Kassenpatienten sind Bestandteil dieser AVB auch die bereits geschlossenen oder noch zu schließenden zweiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einerseits und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt andererseits (§ 112 SGB V), soweit diese im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten unmittelbar Rechte und Pflichten des Krankenhauses und der Patienten begründen.

§ 4 Umfang der Krankenhausleistungen

1. Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Kassenleistungen und die Wahlleistungen.
2. Zu diesen Leistungen zählen Folgende:
 - a) die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
 - d) die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,
 - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V.
3. Der Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich allein nach Art und Schwere der Erkrankung.
4. Nicht Gegenstand der stationären, teilstationären sowie vor- nach stationären Krankenhausleistungen sind:
 - a) die Leistungen Dritter, sofern Dritte nicht (ausnahmsweise) in Erfüllung einer vom Krankenhaus geschuldeten Leistung tätig werden,
 - b) Hilfsmittel, die dem Kranken bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
 - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - d) die Krankentransporte, soweit es sich nicht um solche innerhalb des Krankenhauses einschließlich solcher zwischen räumlich getrennten Standorten des Krankenhauses handelt,
 - e) Gutachten und Befundberichte außerhalb der Dokumentationspflicht im Rahmen der Krankenhausbehandlung,
 - f) Leistungen, die nach Entscheidung des GBA gemäß § 137 c SGB V nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
5. Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 5 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsbildes.
2. Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall) wird- auch außerhalb der qualitativen oder quantitativen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses- einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
3. Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von Wahlleistung eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
4. Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher - soweit möglich - mit dem Patienten abgestimmt. Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zulasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgte Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.
5. Entlassen wird:
 - a) der nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht. Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, entfällt dafür jegliche Haftung des Krankenhauses,
 - c) wer die Verordnungen und Anwendungen der Ärzte sowie die daraus resultierenden Anweisungen des Pflegepersonals nicht befolgt und



dadurch den beabsichtigten Behandlungserfolg gefährdet, soweit durch die Entlassung für den Betroffenen nicht unmittelbare Lebensgefahr oder die Gefahr einer lebensbedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit zu befürchten wäre.

d) eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

- Die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Behandlungsvertrag beginnt mit der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus und endet mit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn nicht noch eine nach stationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, ferner mit der Übergabe zur Verlegung.

§ 6 Vor- und nachstationäre Behandlung

- Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
 - die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
 - im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).
- Die vorstationäre Krankenhausbehandlung, die drei Behandlungstage innerhalb von 5 Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet
 - mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung,
 - wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist,
 - wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht. In haftungsrechtlicher Hinsicht gilt § 5 Abs. 5 Satz 2 entsprechend.

In den Fällen b und c endet auch der Behandlungsvertrag.

- Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet,
 - wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist, oder
 - wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

- Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und/oder nachstationäre Behandlung des Patienten. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird durch den niedergelassenen Bereich erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

§ 7 Wahlleistungen

- Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten oder dem Zahlungspflichtigen können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des DRG-Entgelttarifs - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die folgenden Wahlleistungen zu Zwecken der Behandlung vereinbart und gesondert berechnet werden:
 - die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
 - die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson.
- Wahlärztliche Leistungen, nämlich die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten (leitenden) Ärzte der Fachabteilungen oder Institute des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten (einschließlich Konsiliarärzten) oder von ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses können zwischen dem Patienten oder dem Zahlungspflichtigen und dem Krankenhaus sowie dem zur gesonderten Berechnung seiner Leistungen berechtigten Arzt - auch für die übrigen zur Berechnung ihrer Leistungen berechtigten weiteren Ärzte oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses - vereinbart werden. Diese Leistungen stehen ebenfalls unter dem Vorbehalt der Leistungsfähigkeit. Wahlärztliche Leistungen sind ausgeschlossen, soweit durch deren Erbringung die allgemeinen Krankenhausleistungen beeinträchtigt werden.
- Gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen werden von dem leitenden Arzt der jeweiligen Fachabteilung, des jeweiligen Instituts oder der jeweiligen Organisationseinheit des Krankenhauses persönlich oder - soweit zulässig - von einem

nachgeordneten Arzt, der unter seiner Aufsicht und nach seiner fachlichen Weisung tätig wird, erbracht. Soweit der leitende Arzt aus nicht vorhersehbaren Gründen verhindert ist, übernimmt dessen Aufgabe sein Stellvertreter. Weitergehende Vereinbarungen zwischen leitendem Arzt und Patient oder Zahlungspflichtigen sind nicht ausgeschlossen. Hierauf wird in der Wahlleistungsvereinbarung hingewiesen.

- Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren. Vor Abschluss der Vereinbarung wird der Patient oder Zahlungspflichtige über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen unterrichtet.
- Das Krankenhaus kann Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder gegen die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen. Treten solche Versagungsgründe während der Gewährung von Wahlleistungen auf, kann das Krankenhaus die Vereinbarung über Wahlleistungen ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Bei geringfügigen Verstößen muss der Kündigung allerdings eine Abmahnung vorausgehen.
- Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Kranke erforderlich wird. Im Übrigen kann die Vereinbarung von beiden Teilen an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 8 Entgelt

- Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen ist. Der DRG-Entgelttarif enthält eine Beschreibung der Krankenhausleistungen, die Höhe der Entgelte für Krankenhausleistungen sowie Einzelheiten der Berechnung der Pflegesätze nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) in der jeweils gültigen Form.
- Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (wahlärztliche Leistungen) werden von den zur Berechnung berechtigten Ärzten selbst berechnet. Entsprechendes gilt für diejenigen Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen, deren Leistungen veranlasst wurden. Sonstige Wahlleistungen stellt das Krankenhaus in Rechnung.
- Das Entgelt ist vom Zahlungspflichtigen zu entrichten.

§ 9 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte legen eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Kostenträger vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Dazu legen sie auch eine Einweisung eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes vor, was nur entbehrlich ist, wenn der Kassenpatient bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Notfall aufgenommen oder von einem nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt eingewiesen wird (vgl. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Liegt bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vor, sind Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet.

Soweit Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht durch eine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers gedeckt sind (z.B. Wahlleistungen), sind sie ebenfalls als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet.

Das Krankenhaus weist Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte jeweils darauf hin, dass diese bei Fehlen einer die nach Pflegekostentarif zu entrichtenden Entgelte deckenden Kostenübernahmeerklärung den nicht gedeckten Betrag selbst zu tragen haben.

Soweit Kassenpatienten verpflichtet sind, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an eine Zuzahlung zu leisten, sind die näheren Einzelheiten einem Merkblatt zu entnehmen.

§ 10 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

- Patienten,
 - die nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind,
 - oder die als Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 9 eingeschlossen sind,
 - oder die als Kassenpatienten Kostenerstattung anstelle von Sach- oder Dienstleistung gewählt haben,sind als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet. Legen sie die Kostenübernahmeerklärung später - aber noch vor Erteilung der Schlussrechnung - vor, wird mit



dem jeweiligen Kostenträger abgerechnet.

2. Abs. 1 gilt entsprechend hinsichtlich der von einem Kostenträger nicht übernommenen Kosten, falls diese eine Kostenübernahmeerklärung für eine bestimmte Dauer des stationären Aufenthaltes befristet und beim Ablauf der Frist einer weiteren Kostenübernahme nicht zustimmt.
3. Ferner ist der Kassenpatient als Selbstzahler zur Entrichtung eines Entgeltes für Krankenhausleistungen - nicht Leistungen einer Pflegeeinrichtung - verpflichtet, falls im Verlauf stationärer Krankenhausbehandlung ein Pflegefall eintritt, keine rechtzeitige Verlegung in eine zugelassene Pflegeeinrichtung möglich und nach Eintritt des Pflegefalls kein Kostenträger - auch nicht ein Träger der Pflegeversicherung - das Entgelt übernimmt bzw. diesbezüglich eine Kostenübernahmeerklärung.

§ 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1. Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen (§ 8 Abs. 7 KHEntgG und § 14 Abs. 4 BPFIV). Die Vorauszahlung wird in der Schlussrechnung abgerechnet.
2. Selbstzahler, die eine Schuldübernahmeerklärung Dritter oder eine unwiderrufliche Zahlungsanweisung vorlegen, können von der Vorauszahlung ganz oder teilweise befreit werden.
3. Entrichtet eine unabweisbar (Notfall) aufgenommener Selbstzahler nicht die Vorauszahlung gemäß Absatz 1 und 3, so wird geprüft, ob ein anderer Kostenträger in Betracht kommt. Ist ein Kostenträger nicht zu ermitteln und ist Hilfebedürftigkeit im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) zu vermuten, wird die Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger beantragt. Der Selbstzahler hat hieran aktiv mitzuwirken. Er bleibt zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet, soweit er nicht mitwirkt oder - selbst bei Mitwirkung - Hilfebedürftigkeit nicht festgestellt werden kann bzw. der Träger aus sonstigen nicht vom Krankenhaus zu vertreten - den Gründen nicht zur Leistung gegenüber dem Krankenhaus als Nothelfer verpflichtet ist. Entsprechend wird verfahren, wenn ein anderer Kostenträger zunächst zahlt, aber später die Zahlung einstellt oder ein Selbstzahler später die Zahlung einstellt oder ein Selbstzahler später die Zahlung einstellt oder ein Selbstzahler später die Zahlung einstellt.
4. Sofern der Patient nichtärztliche Wahlleistungen (z.B. Unterkunft) mit dem Krankenhaus vereinbart, kann entsprechend Ziffer 1 eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden.

§ 12 Rechnungen für Selbstzahler

1. Während des vollstationären bzw. teilstationären Krankenhausaufenthaltes kann Selbstzahlern ab dem achten Tag des Aufenthaltes alle 10 Tage eine Zwischenrechnung über die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen sowie der Wahlleistungen zugestellt werden. Nach Beendigung der vollstationären bzw. teilstationären Krankenhausbehandlung wird eine Schlussrechnung erteilt.
2. Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten. Der Rechnungsbetrag wird 14 Tage nach dem Zugang der Rechnung beim Zahlungspflichtigen in voller Höhe fällig.
3. Für den Zahlungsverzug gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Ferner wird als Abgeltung für Porto- und sonstige Verwaltungskosten eine Mahnkostenpauschale in Höhe von Euro 5 je Mahnung vereinbart. Dem Selbstzahler ist es gestattet, nachzuweisen, dass kein Schaden oder ein wesentlich niedriger Schaden als in Höhe der Mahnkostenpauschale entstanden ist.
4. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen. Legen Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Krankenhauses vor, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erteilt.
5. Zahlungen können rechtswirksam nur geleistet werden:
 - a) an die Kassen- und Geldannahmestellen bei den bevollmächtigten Bediensteten des Krankenhauses,
 - b) auf die Konten des Krankenhauses bei den auf der Rechnung genannten Geldinstituten,

§ 13 Beurlaubung

Die Beurlaubung von Kassenpatienten regelt sich nach den jeweils geltenden Vereinbarungen mit den Kostenträgern.

§ 14 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen. Untersuchungen und Behandlungen erfolgen jedoch stets unter der gesetzlichen Hauptverpflichtung des Krankenhauses als Lehr-

krankenhaus der Forschung, der Lehre, dem Studium und der beruflichen Vorbereitung zu dienen.

2. Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer dem Kranken drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
3. Abs. 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c Strafgesetzbuch (StGB) unbeachtlich ist.

§ 15 Obduktion

1. Außer in den sonst durch Gesetz geregelten Fällen ist die klinische Obduktion – ggf. auch beschränkt zu (bestimmten) therapeutischen Zwecken - zulässig, wenn
 - a) der Verstorbene oder seine Angehörigen im Behandlungsvertrag in die Obduktion eingewilligt haben oder die klinische Obduktion zur Klärung der Todesursache oder zur Überprüfung der Diagnose- und Therapieverfahren (Qualitätskontrolle) dient oder
 - b) ein besonderes, dem Fortschritt der Medizin dienendes wissenschaftliches Interesse in Lehre, Forschung und Epidemiologie besteht oder
 - c) die Fürsorge für die Hinterbliebenen, insbesondere im Gutachterwesen, im Versicherungsrecht, bei Erb- oder Infektionskrankheiten, die klinische Obduktion erfordert oder
 - d) die Angehörigen den begründeten Wunsch äußern, eine klinische Obduktion durchzuführen und Ausschlussgründe nach § 15 Abs. 2 dem nicht entgegenstehen.
2. Die klinische Obduktion ist nicht zulässig, wenn
 - a) sie erkennbar dem Willen des Verstorbenen widerspricht,
 - b) der Verstorbene eine einmal dokumentierte Zustimmung zur Obduktion gegenüber dem behandelnden Arzt zurückgenommen hat,
 - c) eine Einwilligung nach Absatz 1 Nr. 1 nicht vorliegt und die nächsten Angehörigen nach dokumentierter Information über die beabsich-

tigte Obduktion innerhalb von acht Tagesstunden (7.00 bis 22.00 Uhr) widersprochen haben,

- d) der Verstorbene auf Grund seines Glaubens oder seiner Weltanschauung die innere Leichenschau ablehnte oder Angehörige dies mitteilen oder
- e) Meinungsverschiedenheiten über die Durchführung einer Sektion unter widerspruchsberechtigten Angehörigen gleichen Grades bestehen.

§ 16 Aufzeichnungen und Datenschutz

1. Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Krankenhauses auf dem Gebiet der medizinischen Forschung und Lehre werden, auf der Grundlage des Hochschulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt in Verbindung mit dem Landeskrankenhausgesetz Sachsen-Anhalt, sowie im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, medizinischen Diagnostik und Versorgung oder Behandlung Patientendaten dem Stand der Informationstechnik und Medizintechnik entsprechend verarbeitet. Das Krankenhaus trägt dafür Sorge, dass schutzwürdige Belange des Patienten durch Forschungstätigkeit nicht beeinträchtigt werden.
2. Es gilt grundsätzlich das Landeskrankenhausgesetz Sachsen-Anhalt. Für eine Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt darüber hinaus das Sozialgesetzbuch V (SGB V).
3. Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie des Datenschutzes im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.
4. Das Einsichtsrecht des Patienten in die ihn betreffenden, objektiven Behandlungsdaten wird gewährleistet. Dazu gehört auch die Befugnis, Kopien oder Abschriften auf eigene Kosten durch das Krankenhaus fertigen zu lassen.
5. Werden Aufgaben im Rahmen der ärztlichen Behandlung durch Dritte außerhalb des Krankenhauses unter Aufsicht des Fachpersonals des Krankenhauses erfüllt (z. B. Erstellung von Laborbefunden, Schreibbüro, Wartung/Fernwartung), so sichert das Krankenhaus die Verpflichtung zur ärztlichen Schweigepflicht und deren Einhaltung durch geeignete vertragliche Regelungen, Weisungen und Überprüfungen.

§ 17 Hausordnung

1. Die Patienten sind über die Hausordnung zu informieren, insbesondere über die Verpflichtungen zur Einhaltung der Anordnungen der Ärzte, des Pflegepersonals und der Verwaltung sowie über die Folgen der Nichtbeachtung. Die Patienten sind an



die Hausordnung gebunden. Diese ist Gegenstand des Behandlungsvertrages.

§ 18 Eingebachte Sachen

1. Im Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und üblichen Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Für die in das Krankenhaus eingebrachten Sachen einschließlich Geld und Wertgegenstände des Kranken übernimmt das Krankenhaus die Haftung, wenn und sobald die eingebrachten Sachen der Krankenhausverwaltung zur verschlussicherten Verwahrung übergeben werden, sonst nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit ihrer Bediensteten. Für zur verschlussicherten Verwahrung übergebene Wertpapiere werden keine bankmäßigen Geschäftsbesorgungen vorgenommen. Aus wichtigem Grund kann das Krankenhaus eine Verwahrung ablehnen. In Verwahrung gegebenes Geld sowie in Verwahrung gegebene Wertgegenstände werden von dem Krankenhaus bis zur Erfüllung fälliger Ansprüche des Krankenhauses gegen den Patienten/Vertragspartner zurückbehalten.
3. Bei handlungsunfähig eingelieferten Personen werden Geld- und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.
4. Werden eingebrachte Sachen einschließlich Geld- und Wertgegenstände in Verwahrung zurückgelassen, so haftet das Krankenhaus nur nach § 690 BGB. Sachen, die 6 Monate nach der Entlassung nicht abgeholt worden sind, werden nach den Vorschriften der Hinterlegung behandelt (§§ 372 ff. BGB), nachdem mutmaßliche Eigentümer oder Berechtigte zur Abholung aufgefordert und gemahnt worden sind.
5. Sonst zurückgelassene - in Verwahrung gegebene - Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. Dies gilt nicht für Geld- und Wertsachen, die stets nach Absatz 2 zu behandeln sind. In der Aufforderung wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.
6. Nachlasssachen werden an jede Person ausgehändigt, die glaubhaft macht, dass sie Erbe oder Miterbe ist. Im Übrigen gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.
7. Für Schäden an Nachlasssachen, die trotz sachgemäßer Aufbewahrung entstehen, haftet das Krankenhaus nur nach § 690 BGB.

§ 19 Haftung

1. Der Krankenhausträger haftet nur für Schäden, die von solchen Personen verursacht werden, die in Erfüllung einer von dem Krankenhaus geschuldeten Leistung tätig werden, und zwar auch nur dann, wenn und soweit das Krankenhaus nach gesetzlicher Regelung zu haften hat.
2. Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, entfällt dafür jegliche Haftung des Krankenhauses.

§ 20 Leistungs-/Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten am Sitz des Krankenhauses zu erfüllen.

§ 21 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 15.08.2018 in Kraft und ersetzen die AVB vom 12.10.2009, welche als aufgehoben gelten.

Halle (Saale), 06.08.2018
für das Krankenhaus
der Geschäftsführer Thomas Wüstner und
die Prokuristin Katrin Brauer