



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 St. Elisabeth und St. Barbara Krankenhaus Halle (Saale) GmbH und
 - a) den Patienten
 - b) den Zahlungspflichtigen, soweit es sich nicht um Sozialleistungsträger, Sozialhilfeträger oder Versorgungsbehörden handelt, bei stationären, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Krankenhausleistungen.
2. Im Folgenden stehen Personenbezeichnungen stellvertretend für alle Geschlechter.

§ 2 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese
 - a) jeweils ausdrücklich oder - wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist - durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
 - b) von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten, sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.
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.

§ 3 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 veranlassten 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 vollzeitigem 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.

§ 4 Umfang der Krankenhausleistungen

1. Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen, die Ambulanten Leistungen und die Wahlleistungen. Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - a) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozial-



- gesetzbuch (SGB V),
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 1 1 Absatz 3 SGB V
 - d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren sowie onkologischen Schwerpunkten,
 - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1. S. 3 SGB V,
 - f) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V.
2. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind:
- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird,
 - b) die Leistungen Dritter,
 - c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
 - d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - e) die Krankentransporte, soweit es sich nicht um solche innerhalb des Krankenhauses einschließlich solcher zwischen räumlich getrennten Standorten des Krankenhauses handelt,
 - f) Gutachten und Befundberichte außerhalb der Dokumentationspflicht im Rahmen der Krankenhausbehandlung,
 - g) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
 - h) Dolmetscherkosten
3. Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für 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 Wahlleistungen 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 zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende 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) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder die Entlassung ausdrücklich wünscht. Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.
 6. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind

§ 6 Vor- und nachstationäre Behandlung

1. Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
 - a) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
 - b) im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

2. Die vorstationäre Krankenhausbehandlung, die drei Behandlungstage innerhalb von fünf Kalendertagen vor Beginn der stationären Behandlung nicht überschreiten darf, wird beendet,
 - a) mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung,
 - b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist,
 - c) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht. In haftungsrechtlicher Hinsicht gilt § 5 Abs. 5 b entsprechend.

In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.

3. Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet,
 - a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist, oder
 - b) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht. Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag. Die Frist von 14 Kalendertagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.
4. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen. Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 7 Wahlleistungen

1. 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:
 - a) die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
 - b) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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 Werkta-



ges gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 8 Entgelt

1. 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 Bundespflegesatzverordnung (BPfiv), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) in der jeweils gültigen Form.
2. 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.
3. Das Entgelt ist vom Zahlungspflichtigen zu entrichten.

§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

1. Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Krankenhauses legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. 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. 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).
2. Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird.

Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.

3. Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche oder elektronische Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 10 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

1. Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.
2. Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte seine ausdrückliche Einwilligung erklärt, dass die Daten an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
3. Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
4. Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
5. Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
6. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren, Porto- und sonstige Verwaltungskosten berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.
7. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1. Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 4 Bundespflegegesetzverordnung – BPfIV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
2. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 4 BPfIV oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).
3. Entrichtet ein unabweisbar (Notfall) aufgenommenener 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 gemäß Abs. 1 zu leistenden Zahlungen nicht mehr fortsetzt und gleichzeitig Hilfebedürftigkeit zu vermuten, aber eine Entlassung nicht vertretbar ist.
4. Sofern der Patient nichtärztliche Wahlleistungen (z.B. Unterkunft) mit dem Krankenhaus vereinbart, kann entsprechend Ziffer 1 eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden.

§ 12 Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des Leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

§ 13 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 Lehrkrankenhaus der Forschung, der Lehre, dem Studium und der beruflichen Vorbereitung zu dienen.

2. Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.
3. Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten ein zur Vertretung Berechtigter (z.B. die Eltern als gesetzliche Vertreter, ein Vormund, ein Betreuer oder ein rechtsgeschäftlich Bevollmächtigter) nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 14 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 a) nicht vorliegt und die nächsten Angehörigen nach dokumentierter Information über die beabsichtigte 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.

§ 15 Aufzeichnungen und Datenschutz

1. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
2. Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
3. Die Rechte des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen und auf Überlassung von Kopien - auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten bleiben unberührt. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten. Der Patient hat zudem ein Recht auf Auskunft.
4. 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 der Stand der Informationstechnik und Medizintechnik entsprechend verarbeitet. Das Krankenhaus trägt dafür Sorge, dass schutzwürdige Belange des Patienten durch Forschungstätigkeit nicht beeinträchtigt werden.
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.
6. Es gilt grundsätzlich das Landeskrankenhausgesetz Sachsen-Anhalt. Für eine Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt darüber hinaus das Sozialgesetzbuch V (SGB V).
7. Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie des Datenschutzes im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (Bundesdatenschutzgesetz, KDG, KDG-DVO, § 203 Strafgesetzbuch sowie weitere Spezialvorschriften zum Datenschutz).
8. Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses (Bundesdatenschutzgesetz, KDG, KDG-DVO, § 203 Strafgesetzbuch sowie weitere Spezialvorschriften zum Datenschutz).

§ 16 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten. Diese ist Gegenstand des Behandlungsvertrages.

§ 17 Eingebachte Sachen

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Für die in das Krankenhaus eingebrachten Sachen einschließlich Geld und Wertgegenstände übernimmt das Krankenhaus die Haftung, wenn und sobald die eingebrachten Sachen der Krankenhausverwaltung zur verschlussicherten Verwahrung übergeben werden und dies auch dokumentiert ist, 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 Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen dokumentiert festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.
4. Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
5. Im Fall des Absatzes 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.
6. Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.
7. Für Schäden an Nachlasssachen, die trotz sachgemäßer Aufbewahrung entstehen, haftet das Krankenhaus nur nach § 690 BGB.



KRANKENHAUS
**ST. ELISABETH &
ST. BARBARA**

§ 18 Haftungsbeschränkung

1. Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
2. Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befinden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.
3. 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.
4. Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, entfällt dafür jegliche Haftung des Krankenhauses.

§ 19 Zahlungsort

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

§ 20 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.01.2022 in Kraft und ersetzen die AVB vom 01.12.2020, welche als aufgehoben gelten.

Halle (Saale), 01.01.2022

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH

Geschäftsführer Peter Pfeiffer
Prokuristin Katrin Brauer

Standort

St. Elisabeth Mauerstraße 5 06110 Halle (Saale)	St. Barbara Barbarastraße 4 06110 Halle (Saale)
---	---

Postfach 200254, 06003 Halle (Saale)

Zentrale

Telefon: (0345) 213-30
Telefax: (0345) 213-4005
E-Mail: info@krankenhaus-halle-saale.de

Beauftragter Datenschutz

Dr. jur. Niclas Krohm
datenschutz@elisabeth-vinzenz.de

Datenschutzkoordinatorin

Anna Elisabeth Brauer
E-Mail: datenschutz@krankenhaus-halle-saale.de

Beauftragter Medizinproduktesicherheit

Robert Schmidt
E-Mail: mpsbeauftragter@krankenhaus-halle-saale.de

Internetadresse: www.krankenhaus-halle-saale.de

Instagram: [ekbk_halle](https://www.instagram.com/ekbk_halle)

Facebook: [@ekbk.halle.saale](https://www.facebook.com/ekbk.halle.saale)

Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)

Amtsgericht: Stendal

HRB: 19750

USt-IdNr.: DE292022187

Inst.-Kennz.: 261 50 06 77

Betriebsnummer: 03 42 56 52

Gesellschafter

Elisabeth Vinzenz Verbund

Bäumerplan 24

12102 Berlin

www.elisabeth-vinzenz.de