

ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN (AVB) DER KLINIKUM ALTENBURGER LAND GMBH

§ 1 GELTUNGSBEREICH

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinikum Altenburger Land GmbH (nachfolgend Klinikum) und den Patienten bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sowie Leistungen im Rahmen der Übergangspflege.

§ 2 UMFANG DER KRANKENHAUSLEISTUNGEN

(1) Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Klinikums 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 Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V),
- b) die vom Klinikum veranlassten Leistungen Dritter,
- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V,
- d) die besonderen Leistungen von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
- e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 S.3 SGB V
- f) das Entlassmanagement im Sinne von § 39 Absatz 1a SGB V.

(3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind

- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Klinikum keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
- b) die Leistungen der Beleghebammen/-entbindungspfleger,
- c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmgehstützen, Krankenfahrstühle),
- d) die Leichenschau, die Ausstellung einer Todesbescheinigung sowie alle weiteren Leistungen nach dem Tod,
- e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen
- f) Dolmetscherkosten.

(4) Das Vertragsangebot des Klinikums erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die es im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 3 LEISTUNGEN IM RAHMEN DER ÜBERGANGSPFLEGE

Die Übergangspflege ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) besteht. Sie umfasst folgende Leistungen:

- die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die Aktivierung der pflegebedürftigen Person,
- die Grund- und Behandlungspflege,
- ein Entlassmanagement,
- Unterkunft und Verpflegung sowie
- die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

§ 4 AUFNAHME, VERLEGUNG, ENTLASSUNG

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Klinikums wird aufgenommen, wer der vollstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles.

(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 Klinikums - 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 ist und die Unterbringung im Klinikum möglich ist. Darüber hinaus kann im Rahmen von Wahlleistungen auf Wunsch eine Begleitperson als Selbstzahler 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 der 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 Klinikum informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

(5) Entlassen wird,

- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
- b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Klinikum, haftet das Klinikum für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 VOR- UND NACHSTATIONÄRE BEHANDLUNG

(1) Das Klinikum kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausweisung) 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 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,
- 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.

(5) Das Klinikum 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.

§ 6 ENTGELT

Das Entgelt für die Leistungen des Klinikums richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG - Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage).

Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.). Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuelle gültige DRG - System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

Fälle der Übergangspflege werden mit einem tagesbezogenen Entgelt vergütet, welches maximal 10 Tage zur Anwendung kommen darf.

§ 7 ABRECHNUNG DES ENTGELTES BEI GESETZLICH KRANKENVERSICHERTEN UND HEILFÜRSORGEBERECHTIGTEN

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Klinikum seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Klinikums 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 Klinikum notwendig sind.

(2) Für gesetzlich Krankenversicherte sowie pflegebedürftige Personen in der Übergangspflege, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, besteht eine Verpflichtung zur Leistung von Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage.

(3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Klinikum 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 Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies schriftlich gegenüber dem Klinikum erklären.

§ 8 ABRECHNUNG DES ENTGELTES BEI SELBSTZÄHLERN

(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 Klinikum gegenüber Selbstzahler.

(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen sowie die Leistungen im Rahmen der Übergangspflege verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Klinikum und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V im

Wege des elektronischen Datenaustausches 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 in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5 Euro 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.

§ 9 VORAUSZAHLUNGEN, ABSCHLAGSZAHLUNGEN

(1) Das Klinikum kann für Krankenhausaufenthalte sowie Aufenthalte in der Übergangspflege eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntG).

(2) Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthaltes kann das Klinikum eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher zu zahlenden Entgelten orientiert (§ 8 Abs. 7 KHEntG).

§ 10 BEURLAUBUNG

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur auf ihren Antrag aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des zuständigen Arztes beurlaubt. Zur Beurlaubung von mehr als 24 Stunden ist die Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse erforderlich.

Aus Anlass der Beurlaubung entstehende Kosten, insbesondere Krankentransport- und Fahrtkosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Klinikums oder der Krankenkasse.

Der Tag des Urlaubsantritts, der Tag des Urlaubsendes sowie alle reinen Urlaubstage sind zuzahlungspflichtig.

§ 11 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.

(2) Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so 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 unverzüglich erforderlich ist.

(3) Abs. 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.

§ 12 INFEKTIONSRIKIO

Das allgemeine Infektionsrisiko (z.B. bzgl. SARS-CoV-2, Influenza usw.) ist während des stationären Aufenthaltes sowie des Aufenthaltes im Rahmen der Übergangspflege nicht ausgeschlossen.

§ 13 OBDUKTION

(1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder
b) falls der Verstorbene keine Entscheidung hierüber getroffen hat, der in der Rangfolge des Abs. 3 nächste Angehörige des Verstorbenen einwilligt

(2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.

(3) Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

- der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
- die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
- die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern),
- die volljährigen Geschwister,
- die Großeltern

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

(5) § 12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 14 AUFZEICHNUNGEN UND DATEN

(1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Klinikums.

(2) Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

(3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften – auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten.

(4) 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.

§ 15 HAUSORDNUNG

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung (siehe Internetseite) zu beachten.

§ 16 EINGEBRACHTE SACHEN

(1) In das Klinikum sollen nur die notwendigen Kleidung, Gebrauchsgegenstände, Wertsachen und Hilfsmittel eingebracht werden.

(2) Für Wertsachen (z. B. Ausweise, Schlüssel, Uhren usw.) können von den Patienten die verschließbaren Werfächer des Patientenzimmerschrankes genutzt werden.

(3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Wertsachen gesichert, dokumentiert und in Verwahrung genommen.

(4) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Klinikums über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. In diesem Falle 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 Klinikums übergehen.

(5) Abs. 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Wertsachen, die vom Klinikum verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 17 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 Klinikum bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet das Klinikum nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Wertsachen, die dem Klinikum nicht zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Wertsachen und Nachlassgegenständen, die durch das Klinikum verwahrt wurden, müssen innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 18 ZAHLUNGSORT

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Altenburg zu erfüllen.

§ 19 INKRAFTTRETEN

Diese AVB treten am 15.11.2023 in Kraft.

Gezeichnet:

Dr. Gundula Werner
Geschäftsführung