

**Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)**  
**für**  
**das Städtische Klinikum Dresden,**  
**Eigenbetrieb der Landeshauptstadt Dresden**

**§ 1**  
**Geltungsbereich**

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen und vollstationären, teilstationären sowie ambulanten geriatrischer Rehabilitationsleistungen (einschließlich Anschlussheilbehandlung) und für den Fall der Übergangspflege. In Fällen, in denen Dritte den Behandlungsvertrag zugunsten des Patienten abschließen (z.B. Eltern für die Behandlung ihres Kindes) oder aus anderen vertraglichen Gründen im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung stehende Verpflichtungen gegenüber dem Krankenhaus übernehmen (z.B. Zahlungspflichten), gelten die AVB gegenüber den Dritten entsprechend.

**§ 2**  
**Rechtsverhältnis, Rechtswahl und Einbeziehung der AVB**

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur. Das Krankenhaus sagt die medizinische Behandlung des Patienten zu (Behandler). Behandlungsverträge mit Dritten, z.B. angestellten Ärzten des Krankenhauses, können nur durch ausdrückliche Vereinbarung (z.B. Wahlleistungsvereinbarung) abgeschlossen werden.
- (2) Der Behandlungsvertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- (3) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für den Patienten verbindlich, wenn das Krankenhaus
  - 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 auf die AVB hingewiesen hat,
  - der Patient vom Inhalt der AVB in zumutbarer Weise, die auch eine für das Krankenhaus erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
  - und der Patient sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt hat. Auf Verlangen sind dem Patienten oder dem Dritten die AVB auszuhändigen; gleichgültig, ob er sie bereits erhalten hat.
- (4) Individuelle Vertragsabreden haben Vorrang vor den AVB. Aus Beweisgründen sollen individuelle Vertragsabreden schriftlich geschlossen werden. Kann der Patient nicht schreiben, soll aus Beweisgründen ein Zeuge hinzugezogen werden.

**§ 3**  
**Umfang der Krankenhausleistungen**

- (1) Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen. Wahlleistungen werden nur aufgrund gesonderter schriftlicher Vereinbarung Bestandteil des Behandlungsvertrages.
- (2) 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 Sozialgesetzbuch (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 § 11 Abs. 3 SGB V,

- 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,
  - f) das Entlassungsmanagement i.S.d. § 39 Abs. 1 Sätze 4 und 5 SGB V.
- (3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind
- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.
  - b) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger,
  - c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
  - d) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
  - e) Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen (Krankheit, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Krankheit bzw. Verletzung steht), derentwegen sich der Patient im Krankenhaus befindet und deren sofortige Behandlung zur Erzielung des Heilerfolges oder zur Linderung des Leidens nicht erforderlich ist,
  - f) die Leistungen Dritter, sofern diese nicht vom Krankenhaus veranlasst werden,
  - g) Dolmetscherkosten.
- (4) Das Vertragsangebot des Städtischen Klinikums Dresden erstreckt sich für das Krankenhaus nur auf die Leistungen, für die das Städtische Klinikum personell und sachlich ausgestattet ist.

#### **§ 4**

##### **Umfang der Leistungen der Geriatrischen Rehabilitation**

- (1) Die vollstationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen umfassen die allgemeinen Leistungen einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik nach § 111 SGB V und die Wahlleistungen. Wahlleistungen werden nur aufgrund gesonderter schriftlicher Vereinbarung Bestandteil des Behandlungsvertrages.
- (2) Allgemeine Leistungen einer geriatrischen Rehabilitationsklinik nach § 111 SGB V sind diejenigen Leistungen, 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 von der Geriatrischen Rehabilitationsklinik veranlassten Leistungen Dritter,
  - b) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
- (3) Die Absätze 3 und 4 des § 3 gelten entsprechend.

#### **§ 5**

##### **Umfang der Leistungen bei Übergangspflege**

- (1) Besteht nach Abschluss der Krankenhausbehandlung weiterhin Pflege- und Unterstützungsbedarf, der anderweitig noch nicht sichergestellt ist, kann der pflegebedürftige Patient für maximal zehn Tage eine sogenannte Übergangspflege in Anspruch nehmen.
- (2) Die Übergangspflege beginnt mit dem Ende der Krankenhausbehandlung. Sie endet mit der Entlassung aus der Übergangspflege, spätestens zehn Tage nach dem Beginn der Übergangspflege.
- (3) Die Übergangspflege ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) besteht. Sie umfasst folgende Leistungen:
  - a) die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
  - b) die Aktivierung der pflegebedürftigen Person,
  - c) die Grund- und Behandlungspflege,

- d) ein Entlassmanagement,
  - e) Unterkunft und Verpflegung sowie
  - f) die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.
- (4) Das Krankenhaus kann die pflegebedürftige Person im Rahmen der Übergangspflege in ein anderes Bett / in einen anderen Bereich des Krankenhauses verlegen.
- (5) Nicht Gegenstand der Übergangspflege sind
- a) allgemeine Krankenhausleistungen,
  - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
  - c) Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen (Krankheit, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt steht), derentwegen sich die pflegebedürftige Person im Krankenhaus befindet und deren sofortige Behandlung zur Erzielung des Heilerfolges oder zur Linderung des Leidens nicht erforderlich ist,
  - d) die Leistungen Dritter, sofern diese nicht vom Krankenhaus veranlasst werden,
  - e) Dolmetscherkosten.
- (6) Das Vertragsangebot des Städtischen Klinikums Dresden erstreckt sich für das Krankenhaus nur auf die Leistungen, für die das Städtische Klinikum personell und sachlich ausgestattet ist.

## **§ 6 Aufnahme**

- (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. Über die Aufnahme entscheidet der zuständige Arzt.
- (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. Über die Aufnahme einer Begleitperson als Wahlleistung ist eine gesonderte Wahlleistungsvereinbarung abzuschließen.

## **§ 7 Abweisung**

Außer bei einem Notfall oder bei einem Fall medizinisch erforderlicher Begleitung, können Personen aus wichtigem Grund abgewiesen werden, insbesondere wenn

- a) deren Verhalten die Befürchtung begründet, dass die Person andere Personen im Krankenhaus erheblich stören wird;
- b) die Person die Kosten im Zusammenhang mit früheren Krankenhausbehandlungen nicht beglichen hat;
- c) die Person keine Kostendeckung nachweisen oder keine Teilzahlungen leisten kann.

## **§ 8 Verlegung**

- (1) Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen), können Patienten in eine andere Abteilung oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.
- (2) 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 auf eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber vor der Verlegung.

## **§ 9 Entlassung**

- (1) Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, endet der Behandlungsvertrag mit der Entlassung des Patienten.
- (2) Entlassen wird,
  - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
  - b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.
- (3) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Begleitung des Patienten nicht mehr medizinisch notwendig ist. Davon abweichende Vereinbarungen durch gesonderte Wahlleistungsvereinbarung sind zulässig.

## **§ 10 Haftungsausschluss bei Entlassung auf eigenen Wunsch bzw. eigenmächtiger Entlassung**

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die aus der Entlassung auf eigenen Wunsch bzw. der eigenmächtigen Entlassung entstehenden Folgen nicht.

## **§ 11 Kündigung/Entlassung aus wichtigem Grund**

- (1) Das Krankenhaus darf im Einvernehmen mit dem Ärztlichen Direktor den Behandlungsvertrag vor Abschluss der Krankenhausbehandlung aus wichtigem Grund kündigen und den Patienten vorzeitig entlassen, insbesondere wenn
  - a) der Patient schuldhaft wiederholt und grob gegen ärztliche und pflegerische Anordnungen verstößt und damit das Behandlungsziel gefährdet;
  - b) der Patient schuldhaft wiederholt und grob den Krankenhausbetrieb stört;
  - c) der Patient sich schuldhaft weigert, die zur Kostensicherung erforderlichen Schritte und Mitwirkungshandlungen zu unternehmen.
- (2) Das Kündigungsrecht besteht nicht bei Notfällen oder Lebensgefahr.
- (3) Die Kündigung/Entlassung aus wichtigem Grund ist nur zulässig, wenn der Patient zuvor unter Hinweis auf das Kündigungsrecht/Entlassungsrecht schriftlich, oder wenn der Patient nicht lesen kann, mündlich, abgemahnt worden ist. Bei Kindern und minderjährigen Patienten ist die Abmahnung an die sorgeberechtigten Eltern/den sorgeberechtigten Elternteil zu richten. Bei mündlicher Abmahnung ist aus Beweisgründen ein Zeuge hinzuzuziehen.
- (4) Die Kündigung/Entlassung aus wichtigem Grund ist nur zulässig, wenn aufgrund einer Interessenabwägung im Einzelfall die Fortsetzung des Behandlungsvertrages bis zur regulären Entlassung für das Krankenhaus unzumutbar ist.
- (5) Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Kann der Patient nicht lesen, ist sie mündlich im Beisein eines Zeugen zu erklären. Diesem Patienten ist gleichwohl eine schriftliche Kündigung auszuhändigen.
- (6) Das Kündigungsrecht/Entlassungsrecht gilt entsprechend auch gegenüber Begleitpersonen, die den Patienten aus medizinisch erforderlichen Gründen begleiten. Gegenüber ihnen darf die Kündigung erst ausgeübt werden, wenn eine Ersatzbegleitperson zur Verfügung steht.

## **§ 12 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).

Über die Notwendigkeit und die Art der gebotenen Krankenhausbehandlung entscheidet der zuständige Krankenhausarzt im Rahmen der Aufnahme- oder Abklärungsuntersuchung. Die Entscheidung für eine vorstationäre Behandlung beruht auf deren medizinischer Notwendigkeit, die sich nach wissenschaftlich anerkannten medizinischen Erkenntnissen richtet.

- (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, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, 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 oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen.

- (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 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.

### **§ 13 Wahlleistungen**

Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden besondere ärztliche und nichtärztliche Leistungen, die gegen gesonderte Vergütung erbracht werden, vereinbart werden. Dazu bedarf es gesonderter schriftlicher Wahlleistungsvereinbarungen.

Die medizinisch gebotene Versorgung und Behandlung des Patienten ist auch ohne die Inanspruchnahme von Wahlleistungen stets gewährleistet. Das gilt auch für die Aufnahme, Unterbringung und Verpflegung einer aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitperson.

### **§ 14 Entgelt**

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses, die nicht Wahlleistungen sind, richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif oder dem PEPP-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung.

**§ 15**  
**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.
- (2) Gesetzlich und privat Versicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte sind verpflichtet, bei der Aufnahme zur stationären Behandlung unverzüglich alle Angaben zur Geltendmachung des Behandlungsentgelts zu machen. Als Nachweise sind insbesondere vorzulegen:
  - a) Versichertenkarte eines Sozialversicherungsträgers, einer privaten Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers,
  - b) Die Kostenübernahme aufgrund eines internationalen Sozialversicherungsabkommens,
  - c) Die Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger.Weiterhin haben gesetzlich versicherte Patienten bei stationärer Behandlung eine Einweisung zur stationären Behandlung vorzulegen. Das gilt nicht bei Notfällen.
- (3) 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/PEPP-Entgelttarif.

**§ 16**  
**Patientenquittung bei Kassenpatienten**

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 Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

**§ 17**  
**Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern**

- (1) Patienten und pflegebedürftige Personen, welche keinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz haben oder nicht heilfürsorgeberechtigt sind oder Krankenhausleistungen in Anspruch genommen haben, die nicht vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz oder vom Heilfürsorgeanspruch umfasst sind, müssen für ihre Behandlungskosten selbst aufkommen (Selbstzahler). Auch privat krankenversicherte Patienten sind Selbstzahler. Schließen Dritte für einen Patienten oder eine pflegebedürftige Person, welche keinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz oder keinen Heilfürsorgeanspruch hat, den Behandlungsvertrag ab, sind die Dritten oder der Dritte 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 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) Das Krankenhaus ist berechtigt, von Selbstzahlern angemessene Vorschüsse für die Behandlungskosten zu verlangen und ab dem achten Tag der Krankenhausbehandlung angemessene Abschlagsrechnungen zu erteilen. 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 und Rechnungskorrekturen bleiben vorbehalten.
- (5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (6) Eine Aufrechnung ist nur zulässig, wenn die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Bei bestrittenen Gegenforderungen ist die Aufrechnung auch dann zulässig, wenn die Gegenforderung gerichtlich entscheidungsreif ist.

## § 18

### Vorauszahlungen bei fehlendem Nachweis des Krankenversicherungsschutzes, Abschlagszahlungen

- (1) Wenn und soweit für den Patienten **ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen** wird, kann das Krankenhaus für seine nach dem DRG – Entgelttarif oder dem PEPP – Entgelttarif zu vergütenden Krankenhausleistungen eine angemessene Vorauszahlung verlangen.
- (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. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

## § 19

### Krankenhausinvestitionsprogramm

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheits-Strukturgesetzes sind Patienten oder ihre Kostenträger verpflichtet, einen Investitionszuschlag für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) zu zahlen. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif oder PEPP-Entgelttarif.

## § 20

### Beurlaubung

- (1) Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar, außer
  - a) aus therapeutischen Gründen, wenn sie unumgänglich oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet ist,
  - b) in begründeten Ausnahmefällen zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten mit einer Dauer bis zu 24 Stunden, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Für die Erledigung persönlicher Angelegenheiten mit einer Dauer von mehr als 24 Stunden werden Patienten grundsätzlich entlassen.
- (2) Die Beurlaubung darf nur mit Zustimmung des verantwortlichen Klinikarztes oder dessen Vertreters erfolgen.
- (3) Krankentransporte und Reisekosten während des Urlaubs gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.
- (4) Die durch eine Behandlung des beurlaubten Patienten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.

## § 21

### Zusatzkosten für Aufklärungsgespräch

Ist es aus Gründen, die das Krankenhaus nicht zu vertreten hat, erforderlich, zum Zwecke der Erfüllung der Aufklärungspflichten einen Sprach- oder Gebärdendolmetscher hinzuzuziehen, kann das Krankenhaus vom Patienten eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen.

## § 22

### Einwilligung in eine Obduktion

- (1) Im Falle des Todes eines Patienten kann eine Obduktion (innere Leichenschau) vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung von Grundkrankheit, Verletzungsart und Todesursache aus ärztlicher Sicht geboten ist oder ein der Medizin dienendes Interesse besteht.
- (2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die ihr zu Lebzeiten widersprochen haben. Von der Obduktion ist ebenfalls abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten ausdrücklich eingewilligt hat.
- (3) Hat der verstorbene Patient der Obduktion nicht ausdrücklich zugestimmt, darf sie erst nach Ablauf von acht Tagesstunden (Tagesstunden sind die Stunden von 7.00 Uhr bis 22.00 Uhr) vorgenommen werden. Widerspricht der totensorgeberechtigte nächste voll geschäftsfähige Angehörige des Verstorbenen (Absatz 4) oder dessen gesetzlicher Vertreter innerhalb der genannten Frist, ist von der Obduktion abzusehen. Bis zu ihrer Vornahme ist auch ein nach Ablauf der Frist eingehender Widerspruch beachtlich.
- (4) Nächste Angehörige im Sinne des Absatzes 3 sind die bestattungspflichtigen Angehörigen in der **Rangfolge** ihrer Aufzählung
  - der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,

- die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
- die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder, sofern der Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,
- die volljährigen Geschwister,
- der Partner einer auf Dauer angelegten nichtehelichen Lebensgemeinschaft,
- der sonstige Sorgeberechtigte,
- die Großeltern,
- die Enkelkinder,
- sonstige Verwandte bis zum 3. Grade.

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.

- (5) Können sich mehrere widerspruchsberechtigte Personen nicht einigen, entscheidet die jeweils ältere Person verbindlich.
- (6) Die Absätze 1 bis 4 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- (7) Paragraph 20 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.

### **§ 23 Aufzeichnungen und Daten**

- (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) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften – auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.
- (4) Die Erhebung und Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

### **§ 24 Hausordnung**

Die Hausordnung ist in den Räumen der Patientenaufnahme sowie jeweils auf den Stationen aller Kliniken deutlich sichtbar ausgehängt. Der Patient verpflichtet sich, von der Hausordnung Kenntnis zu nehmen und diese zu beachten. Im Falle der Nichteinhaltung der Hausordnung, können sich für das Krankenhaus Schadenersatzansprüche gegen den Patienten ergeben.

### **§ 25 Eingebrachte Sachen**

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.
- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen 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 schriftlicher Aufforderung abgeholt werden.
- (5) Im Fall des Absatzes 4 wird in der schriftlichen Aufforderung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Patient oder sonstige bisherige Eigentümer mit dem Verstreichenlassen der Abholfrist auf den Herausgabeanspruch verzichtet mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen und der Patient oder sonstige bisherige Eigentümer dann keine Recht mehr an den zurückgelassenen Sachen hat.
- (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.

## **§ 26**

### **Haftungsbeschränkung bei eingebrachten, nicht verwahrten Sachen**

- (1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten, pflegebedürftigen Personen oder der Begleitperson bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten oder der Begleitperson, 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 befunden 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 oder der pflegebedürftigen Person.

## **§ 27**

### **Zahlungsort**

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

## **§ 28**

### **Inkrafttreten**

Diese AVB treten am 01.01.2023 in Kraft. Gleichzeitig werden die bisherigen AVB des Städtischen Klinikums Dresden sowie des Krankenhauses Dresden-Neustadt, einschließlich der Geriatrischen Klinik Löbtau aufgehoben.

### **Anlagen:**

- DRG-Entgelttarif (nur bei selbstzahlenden Patienten)
- PEPP-Entgelttarif (nur bei selbstzahlenden Patienten)
- Pflegekostentarif für die Geriatrische Rehabilitation (nur bei selbstzahlenden Patienten)
- Entgelttarif Übergangspflege (nur bei selbstzahlenden Patienten)