Gesundheit
Nordhessen

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Stand: 13.03.2025

für

die Krankenhäuser der Gesundheit Nordhessen Holding AG (vertreten durch den Vorstand):

- Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstraße 41-43, 34125 Kassel
- Krankenhaus Bad Arolsen GmbH, Mönchebergstraße 48 E, 34125 Kassel

§ 1 Geltungsbereich

Die Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen den Kliniken:

- Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstraße 41-43, 34125 Kassel
- Krankenhaus Bad Arolsen GmbH, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen

und

a) den Patienten,

b) den Zahlungspflichtigen, soweit es sich nicht um Sozialleistungsträger, Sozialhilfeträger oder Versorgungsbehörden handelt,

bei vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen, bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen sowie bei ambulanten Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten bzw. Zahlungspflichtigen sind privatrechtlicher Natur und unabhängig von den Rechtsbeziehungen zwischen den Kliniken - und Sozialleistungsträgern, Sozialhilfeträgern oder Versorgungsbehörden.

(2) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese

- 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,
- 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) Verweigert der Patient sein Einverständnis ganz oder teilweise, kann die jeweilige Klinik vorbehaltlich anderslautender Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern oder

Versorgungsbehörden die Behandlung ablehnen oder mit sofortiger Wirkung beenden. § 4 Abs. 5 Buchstabe c) gilt entsprechend.

(4) Die AVB gelten auch für den gesetzlichen Vertreter des Patienten und für denjenigen, der zu Gunsten des Patienten den Vertrag abschließt (Zahlungspflichtige).

(5) Die AVB können im jeweiligen Stationszimmer und sonstigen aufnehmenden Stellen wie etwa Notfallambulanzen sowie in den Empfangsbereichen der Kliniken eingesehen werden. Darüber hinaus sind die AVB unter **https://www.gnh.net/patienteninfo** abrufbar. Auf Wunsch werden die AVB den Patienten ausgehändigt.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Die vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, 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 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 Absatz 3 SGB V,

d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden 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.

(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; Diese Leistungen sind in einem gesonderten Vertrag geregelt. Das Krankenhaus schuldet dem Patienten nur die allgemeinen Krankenhausleistungen i. S. v. § 2 BPflV/§ 2 KHEntG.

c) Arznei- und Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),

d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,

e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,

f) Dolmetscherkosten,

g) Gutachten und Befundberichte außerhalb der Dokumentationspflichten im Rahmen der Krankenhausbehandlung.

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

§ 4 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 und Kostenübernahme 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

b) 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.

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 Betreffenden nicht unmittelbare Lebensgefahr oder die Gefahr einer lebensbedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit zu befürchten wäre. Jegliche Haftung des Krankenhauses für die Folgen entfällt.

(6) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

(7) Die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Behandlungsvertrag beginnt mit der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus und endet mit seiner Entlassung, wenn nicht noch

eine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, ferner mit der Übergabe zur Verlegung.

§ 5 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 § 4 Abs. 5 lit. b) entsprechend.

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. Wiederum gilt in haftungsrechtlicher Hinsicht § 4 Abs. 5 lit.b) entsprechend.

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.

§ 5a Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung kann das Krankenhaus in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen.

§ 6 Wahlleistungen

(1) Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses

(2) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten oder dem Zahlungspflichtigen können im Rahmen der Möglichkeiten des jeweiligen Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des DRG-Entgelttarifes sowie des Pflegekostentarifes – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – die folgenden gesondert berechenbaren Wahlleistungen zu Zwecken der Behandlung vereinbart werden:

a) ärztliche Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer

b) Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden,

c) Die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer

d) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, sofern dies nicht aus medizinischer Indikation angeordnet ist (§ 3 Abs. 2 lit. c)

e) Die Bereitstellung eines Fernsehapparates

f) Die Bereitstellung eines Fernsprechapparates

(3) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung. Für kranke Neugeborene gilt dies ohnehin.

(4) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i.S. des Abs. 1 lit. a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Fachabteilung, der Klinik oder des Instituts des Krankenhauses persönlich (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Soweit der leitende Arzt aus nicht vorhersehbaren Gründen verhindert ist, übernimmt dessen Aufgaben der ständige ärztliche Vertreter Stellvertreter. Näheres ergibt sich aus der Wahlleistungsvereinbarung

(5) 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.

(6) Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung aus wichtigem Grund ablehnen. Das Krankenhaus kann zudem die Erbringung von Wahlleistungen sofort vollständig oder vorübergehend einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird. Im Übrigen kann die Vereinbarung von beiden Teilen an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages schriftlich

gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 7 Klinisches Ethikkomitee und ethische Fallbesprechung

(1) In einem Krankenhaus sind vielfach schwierige und komplexe Behandlungssituationen mit teilweise weitreichendem ethischem Konfliktpotenzial zu bewältigen. Das Klinische Ethikkomitee (KEK) beschäftigt sich mit ethischen Fragestellungen im klinischen Alltag. Es ist ein Beratungsgremium, in dem Beschäftige aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie der Personalentwicklung, die Klinikseelsorge und ein externer Experte aus der Rechtswissenschaft vertreten sind.

(2) Die ethische Fallbesprechung ist ein Forum aller an der Therapie beteiligten Berufsgruppen unter Leitung eines Fallberatungsteams des KEK. Ziele sind die Analyse der Situation mit besonderer Berücksichtigung des Patientenwillens, eine Konsensbildung über die weiteren Behandlungsschritte und die Unterstützung der Verantwortlichen bei ihrer Entscheidungsfindung. Beschäftigte, Angehörige oder auch Patient*innen können bei ethischen Konflikten eine ethische Fallbesprechung anregen. Das KEK organisiert und verantwortet auf Anfrage ethische Fallbesprechungen auf Station.

§ 8 Entgelt

(1) Stationär/teilstationär:

a) Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif/PEPP-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist. Die aktuelle Version kann jederzeit in der Verwaltung des jeweiligen Krankenhauses eingesehen werden bzw. von der Website der Gesundheit Nordhessen Holding AG heruntergeladen werden.

b) Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Relatet Groups – DRG) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert usw.).

c) c) Bemessungsgrundlage ist der für Deutschland jeweils aktuell gültige DRG-Entgelttarif nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

(2) Ambulante Krankenhausleistungen / Ambulante Operationen / stationsersetzende Eingriffe:

a) Die Entgelte für ambulante Krankenhausleistungen werden über die GOÄ, die UV-GOÄ, den EBM sowie die DKG-NT in den jeweils gültigen Fassungen abgerechnet. Dies gilt auch bei Patienten, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.

b) Vorstehendes gilt nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation/stationsersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des KHEntG bzw. der BPflV.

(3) Wahlleistungen die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Näheres dazu regelt der gesondert abzuschließende Wahlleistungsvertrag.

§ 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.

(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 Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif/PEPP-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 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 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. Für den Zahlungsverzug gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

(6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können je nach Mahnstufe Mahngebühren bis zu einer in Höhe von Euro 7,50 (3. Mahnstufe) berechnet werden, es sei denn, der Selbstzahler 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 nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abrechnet oder wenn ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen 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. 4 BPflV n.F. oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).

(3) Sofern der Patient nichtärztliche Wahlleistungen (z. B. Unterkunft) mit dem Krankenhaus vereinbart, kann entsprechend Abs. 1 und 2 eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden.

§ 12 Beurlaubung

(1) 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. Hierbei sind auch die Bestimmungen des jeweiligen Kostenträgers zu berücksichtigen.

(2) Die gesetzliche Zuzahlung wird unabhängig von einer Beurlaubung durchgängig fällig. Aus einer Beurlaubung dürfen nach § 39 Abs. 4 SGB V keinerlei Verpflichtungen (z. B. Reisekosten) auf das Krankenhaus zukommen.

§ 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.

(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 eine Obduktion (ggfs. auch beschränkt zu bestimmten therapeutischen Zwecken) zulässig, wenn

a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder

b) der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist, oder

c) die Obduktion zur Klärung der Todesursache oder zur Überprüfung der Diagnose- und Therapieverfahren (Qualitätskontrolle) dient, oder

d) die Angehörigen den begründeten Wunsch äußern, eine klinische Sektion durchzuführen und Ausschlussgrüne nach § 14 Abs. 2 dem nicht entgegenstehen.

(2) Die Obduktion ist nicht zulässig, wenn

a) sie erkennbar dem Willen des Verstorbenen widerspricht

b) der Verstorbene eine einmal dokumentierte Zustimmung zur Sektion gegenüber dem behandelnden Arzt zurückgenommen hat,

c) eine Einwilligung nach Absatz 1 lit. 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,

e) Meinungsverschiedenheiten über die Durchführung einer Obduktion unter widerspruchsberechtigten Angehörigen gleichen Grades bestehen.

(3) Nächste Angehörige 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) 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,
- die Großeltern.
- die Person, mit der der Verstorbene in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft gelebt hat.

Allen diesen Angehörigen geht diejenige Person voran, die nach Angaben des Verstorbenen im Falle seines Ablebens benachrichtigt werden soll.

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.

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

(5) § 14 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.

§ 15 Aufzeichnungen und Datenschutz

(1) Das Krankenhaus führt zum Zwecke der Dokumentation im unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch. 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. Dem Patienten wird auf Verlangen Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte gewährt, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten. Der Patient hat zudem ein Recht auf Auskunft.

(4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis (abrufbar unter: **www.gnh.net/patienteninfo**).

(5) Die elektronische Archivierung, sowie die Dauer der Speicherung der Daten, erfolgt entsprechend den gesetzlichen Vorschriften.

§ 16 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten. Die Hausordnung ist Bestandteil des Behandlungsvertrages.

§ 17 Eingebrachte Sachen

(1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.

(2) Geld und Wertsachen können auf Antrag bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt werden. Aus wichtigem Grund kann das Krankenhaus eine Verwahrung ablehnen. In Verwahrung gegebenes Geld sowie in Verwahrung gegebene Wertgegenstände werden vom Krankenhaus bis zur Erfüllung fälliger Ansprüche des Krankenhauses gegen den Patienten/Vertragspartner zurückbehalten.

(3) Die Abholung von verwahrtem Geld oder Wertgegenständen kann montags bis freitags im Zeitraum von 7:30 Uhr bis 14:30 Uhr erfolgen.

(4) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt (patientenbezogener Eigentumsnachweis) und dem Krankenhaus zur Verwahrung übergeben.

(5) Zurückgelassene oder vergessene Sachen und/oder Gegenstände werden entsorgt, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Entlassung abgeholt werden.

(6) Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die vom Krankenhaus verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgen unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen. Nachlasssachen werden an den erreichbaren nächsten Angehörigen oder an diejenige Person ausgehändigt, die glaubhaft macht, dass sie Erbe oder Miterbe ist.

§ 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 dem Krankenhaus zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Für Geld, Wertsachen und sonstige Sachen, die der Pflegedienst gemäß § 17 Abs. 3 aufbewahrt, haftet das Krankenhaus nur nach § 690 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB); das Gleiche gilt für Nachlassgegenstände (§ 17 Abs. 5). In diesen Fällen haftet das Krankenhaus nur im Umfang derjenigen Sorgfalt, die es auch in eigenen Angelegenheiten anzuwenden pflegt.

(3) 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. Nach Ablauf der Frist sind Haftungsansprüche ausgeschlossen.

(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 in Kassel bzw. Bad Arolsen zu erfüllen.

§ 20 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 14.03.2025 in Kraft. Gleichzeitig werden die bisherigen AVB aufgehoben und außer Kraft gesetzt.

Kassel, den 13.03.2025

Gesundheit Nordhessen Holding AG

Der Vorstand