

# Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) Für ambulante Operationsleistungen, stationsersetzende Leistungen und stationäre Leistungen

für die Krankenhäuser der Diakoniewerk Martha-Maria gGmbH

## § 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Krankenhausträger mit seinen Einrichtungen

- Krankenhaus Martha-Maria St. Theresien, Stadenstr. 58 in 90491 Nürnberg
- Krankenhaus Martha-Maria St. Theresien, Mommsenstr. 24 in 90491 Nürnberg
- Krankenhaus Martha-Maria, Wolfratshauer Str. 109 in 81479 München

und der Patientin/dem Patienten sowie deren evtl. Begleitperson/en, die zusammen mit dem Patienten aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden, bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

## § 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und der Patientin/dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden für Patientinnen/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 Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
  - sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

## § 3 Umfang der Leistungen

A) bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen:

- (1) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
- (2) Die Verpflichtung des Krankenhauses beginnt nach Maßgabe des § 115b SGB V mit der Vereinbarung des Behandlungsvertrages und endet mit Abschluss der Nachsorge durch das Krankenhaus. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird durch den vertragsärztlichen Bereich erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

B) bei 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 Krankenhauses im Einzelfall für eine nach Art und Schwere der Erkrankung der Patientin/des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
- die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V),
  - die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter; hierzu zählt nicht 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 (§ 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG),
  - die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V,
  - die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
  - die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,
  - das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V.
- (3) Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen im Einzelnen aufgeführten Leistungen des Krankenhauses.
- (4) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
- (5) Nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen sind:
- die Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger,
  - Hilfsmittel, die der Patientin/dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
  - die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
  - Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
  - Dolmetscherkosten.

#### § 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der voll-/teilstationären Behandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles.
- Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird – auch wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben ist – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung der Patientin/des Patienten medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch der Patientin/des Patienten im Rahmen der Wahlleistungen (§ 6) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
- Patientinnen/Patienten können in eine andere Abteilung oder ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig (insbesondere in Notfällen) ist. Die Verlegung in ein

anderes Krankenhaus wird vorher – soweit möglich – mit der Patientin/dem Patienten abgestimmt. Eine auf Wunsch der Patientin/des Patienten ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V bei Abrechnung einer Fallpauschale von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig. Wird die Einwilligung verweigert, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf eigene Kosten der Patientin/des Patienten. Das Krankenhaus informiert die Patientin/den Patienten hierüber.

(5) Entlassen wird:

- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der voll-/teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
- b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht. Besteht die Patientin/der Patient entgegen ärztlichem Rat auf ihrer/seiner Entlassung oder verlässt sie/er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

### **§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung**

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patientinnen/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 nicht überschreiten darf, wird beendet
  - a) mit Aufnahme der Patientin/des Patienten zur vollstationären Behandlung,
  - b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist
  - c) wenn die Patientin/der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.
  - d) In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.
- (3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet,
  - a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist,
  - b) wenn die Patientin/der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von vierzehn Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit der einweisenden Ärztin/dem einweisenden Arzt verlängert werden.

- (4) Das Krankenhaus unterrichtet die einweisende Ärztin/den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung der Patientin/des Patienten.  
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 Krankenhausleistung.

## § 6 Wahlleistungen

- (1) Zwischen dem Krankenhaus und der Patientin/dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und entsprechend dem Pflegekostentarif, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden, die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
- die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärztinnen/Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen veranlassten Leistungen von Ärztinnen/Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden,
  - die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
  - die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson.
- (2) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne von Abs. 1 Buchstabe a) auch, soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt die liquidationsberechtigte Ärztin/der liquidationsberechtigte Arzt der Fachabteilung oder des Instituts persönlich oder eine/ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätige/r nachgeordnete/r Ärztin/Arzt (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ). Im unvorhergesehenen Verhinderungsfall übernimmt die Aufgabe der ständige Vertreter der liquidationsberechtigten Ärztin/des Arztes.
- (3) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- (4) Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patientinnen/Patienten, die die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- (5) Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patientinnen/Patienten erforderlich wird. Im Übrigen kann die Vereinbarung von der Patientin/vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Seiten ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- (6) In den Belegabteilungen sind von der Patientin/vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über ärztliche Leistungen mit der jeweiligen Belegärztin/dem Belegarzt direkt zu treffen, nicht mit dem Krankenhaus.

## § 7 Entgelte

- A) bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen:
- (1) Bei der Behandlung von Patienten/Patientinnen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei

Patienten/Patientinnen, für die andere Sozialleistungsträger (z. B. Sozialamt) für die Kosten der Behandlung aufkommen.

- (2) Bei selbstzahlenden Patienten/Patientinnen berechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) ab. Seite 2 von 3 05/11/ho
- (3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient/die Patientin an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation bzw. stationersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.

B) bei Krankenhausleistungen:

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage). Soweit die Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (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 aktuell gültige DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

#### **§ 8 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 Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Krankenhauses legt die Patientin/der Patient eine Kostenübernahmeerklärung ihres/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 18. 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 nach der Entlassung an das Krankenhaus überwiesen wird. Die Zuzahlungsbeträge werden an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet. Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif (Anlage).
- (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 Krankenbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

## § 9 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlerinnen/Selbstzahlern

- A) bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen:
- (1) Nach Beendigung der Behandlung wird die Rechnung erstellt.
  - (2) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
  - (3) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
  - (4) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) sowie Mahngebühren in Höhe von 5,00 EUR berechnet werden.
  - (5) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.
  - (6) Die Leistungen für privat Versicherte werden ausschließlich mit dem Patienten/der Patientin abgerechnet. Eine eventuelle Leistungsvergütung ist vom Versicherungsnehmer mit seiner Versicherung zu klären
- B) bei Krankenhausleistungen:
- (1) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen (§ 6) 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 die Patientin/der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.
  - (2) Selbstzahlerinnen/Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Soweit eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zu Gunsten des Krankenhauses vorliegt, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist die schriftliche Einwilligung des Versicherten – jederzeit widerruflich –, dass die Daten gemäß § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
  - (3) Nach Beendigung der Behandlung wird eine Krankenhausrechnung erstellt. Die Leistungen der liquidationsberechtigten Ärztinnen/Ärzte werden gesondert abgerechnet.
  - (4) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Krankenhausrechnung nicht enthalten sind, sowie die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
  - (5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
  - (6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr nach § 288 BGB berechnet werden. Darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5,00 € erhoben werden, es sei denn, die Patientin/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.

## § 10 Vorauszahlungen/Abschlagszahlungen

- (1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 BPfIV).
- (2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von DRG nach § 17b KHG abrechnet, kann es eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit kein Krankenversicherungsschutz nachgewiesen wird. Ab dem 8. Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der voraussichtlichen Höhe der zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 KHEntgG).
- (3) Sofern Wahlleistungen vereinbart wurden, kann eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden.

## § 11 Beurlaubung

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

## § 12 Ärztliche Eingriffe

- (1) Eingriffe in die körperliche und seelische Unversehrtheit der Patientin/des Patienten werden nur nach entsprechender Aufklärung über Bedeutung und Tragweite sowie nach Einwilligung vorgenommen.
- (2) Ist die Patientin/der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, kann ein Eingriff ohne ausdrückliche Einwilligung erfolgen, wenn dieser nach Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahr unverzüglich erforderlich ist.
- (3) Absatz 2 gilt sinngemäß auch für beschränkt geschäftsfähige oder geschäftsunfähige Personen, wenn ein gesetzlicher Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder dessen entgegenstehender Wille gemäß § 323c StGB unbeachtlich ist.

## § 13 Obduktion

- (1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
  - a) die/der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder

- b) der erreichbare nächste Angehörige (Absatz 3) der/des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt hat und der Krankenhausärztin/dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.
- (2) Von der Obduktion ist abzusehen, wenn die/der Verstorbene einer Religionsgemeinschaft angehörte, die Obduktionen ablehnt – es sei denn, die Einwilligung lag ausdrücklich vor.
- (3) Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind der Reihe nach
- der Ehegatte,
  - 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 Großeltern,
  - die volljährigen Enkelkinder,
  - die volljährigen Geschwister.

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 nah 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 und 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die auf Grund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- (5) §12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen 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 Krankenhauses.
- (2) Patientinnen/Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
- (3) Das Recht der Patientin/des Patienten oder einer/eines von ihr/ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, gegebenenfalls auf Überlassung von Kopien und die Auskunftspflicht der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.

- (4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelung, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.
- (5) Soweit im Krankenhaus eingeführt, erhält die Patientin/der Patient mit der Aufnahme im Krankenhaus zur Sicherstellung der zweifelsfreien Identifikation ein persönliches Patientenarmband, das während der gesamten Dauer des Krankenhausaufenthaltes zu tragen ist. Das Patientenarmband enthält den Namen, das Geburtsdatum und die individuelle Patientennummer.

### **§ 15 Hausordnung**

Die jeweils gültige Hausordnung des Krankenhauses ist von der Patientin/dem Patienten zu beachten. Diese kann am Empfang eingesehen werden.

### **§ 16 Eingebachte Sachen**

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Die Patientin/der Patient sollte im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
- (2) Geld und Wertsachen werden in der Krankenhausverwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.
- (3) Bei handlungsunfähigen Patientinnen/Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.
- (4) Zurückgelassene Sachen gehen nach 12 Wochen und entsprechender Aufforderung in den Besitz des Krankenhauses über.
- (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.

### **§ 17 Haftungsbeschränkung**

- (1) Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut der Patientin/des Patienten bleiben, und für Fahrzeuge der Patientin/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 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.

### § 18 Zahlungsort

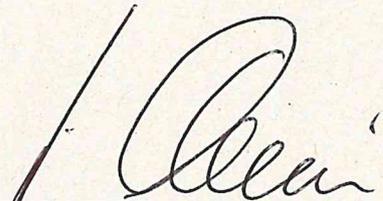
Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld am Standort des Krankenhauses auf eigene Gefahr und eigene Kosten zu erfüllen.

### § 19 Aufklärung und Mitwirkungspflicht des Patienten

Ambulante/stationäre Operationen und stationersetzende Leistungen werden nur nach Aufklärung des Patienten/der Patientin über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen. Der Patient/die Patientin hat die erforderlichen Angaben zu machen, die der Krankenhausarzt zur Beurteilung der Durchführbarkeit der geplanten ambulanten Operation benötigt.

### § 20 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.08.2025 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.05.2011 und 01.07.2011 aufgehoben.



---

Harald Niebler  
Geschäftsführer



---

Markus Füssel  
Geschäftsführer