

**Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
der BDH-Klinik Greifswald gGmbH (Krankenhaus)
(gültig ab 01.01.18)**

**§ 1
Geltungsbereich**

Die AVB gelten, soweit nicht anders vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der BDH-Klinik Greifswald gGmbH (Krankenhaus) und dem Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhaus- und Rehabilitationsleistungen.

**§ 2
Rechtsverhältnis**

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen der Klinik und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden für den Patienten wirksam, wenn diese jeweils ausdrücklich darauf hingewiesen wurden, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

**§ 3
Umfang der Krankenhaus- und Rehabilitationsleistungen**

- (1) Die vom Krankenhaus angebotenen vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der-, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 KHEntgG) und die Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG).
- (2) Allgemeine Krankenhaus- und Rehabilitationsleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Klinik im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind.

Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu:

- a) die während des Aufenthaltes erbrachten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, einschließlich der Anschlussheilbehandlung im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB V);
 - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter.
- (3) Wahlleistungen sind die in § 5 dieser AVB 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:
 - 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) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
 - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - d) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
 - e) Dolmetscherkosten.

**§ 4
Aufnahme, Verlegung, Entlassung**

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären Behandlung oder der stationären Rehabilitation 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 wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben ist – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- (3) Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen), können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.
Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.
- (4) Entlassen wird:
 - a) wer nach ärztlichem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes oder Belegarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) wer 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.
- (5) Die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Behandlungsvertrag endet mit der Entlassung.

§ 5 Wahlleistungen

- (1) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifs – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
 - a) die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleisteten Einrichtungen (z. B. Fremdlabor) außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden;
 - b) Unterbringung im 1-Bett-Zimmer.
- (2) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Abs. 1, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Fachabteilung des Krankenhauses oder der Belegarzt persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Fachabteilung (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.
- (3) Wahlleistungen sind (in der Regel) vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- (4) Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei 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 Patienten erforderlich wird. Im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 6 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach dem Pflegekostentarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen ist. Der Pflegekostentarif (Anlage) enthält eine Beschreibung der Krankenhausleistungen, die Höhe der Entgelte für Krankenhausleistungen sowie wesentliche Abrechnungsregelungen nach der Bundespflegeverordnung.

§ 7**Abrechnung des Entgelts bei Kassenpatienten und Heilfürsorgeberechtigten**

- (1) Kassenpatienten und Patienten, für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts aufgrund eines Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Krankenhausleistungen schuldet, legen eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Kostenträger vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.
- (2) Liegt bei Patienten eine solche Kostenübernahmeerklärung nicht vor oder deckt sie die in Anspruch genommenen Leistungen (z. B. Wahlleistungen) nicht vollständig, sind die Patienten als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Leistungen verpflichtet (§ 9). Die BDH-Klinik Greifswald gGmbH weist ihre Patienten ausdrücklich darauf hin. Für Krankenhausaufenthalte für die keine Kostenübernahme vorliegt, sind vom Patienten für allgemeine Krankenhausleistungen angemessene Vorauszahlungen zu leisten,
- (3) Kassenpatienten sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, vom Beginn der vollstationären Krankenhausleistungen an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage eine Zuzahlung zu leisten. Nähere Einzelheiten regelt der Pflegekostentarif.

§ 8**Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern**

- (1) Patienten,
 - a) die nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind oder
 - b) die als Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 8 eingeschlossen sind,sind als Selbstzahler bzw. Zuzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet.
- (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 erstellt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erteilt.
- (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 10 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 festgelegten Forderungen ist ausgeschlossen.
- (8) Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, sind vom Patienten für allgemeine Krankenhausleistungen angemessene Vorauszahlungen zu leisten, sofern keine Kostenübernahme vorliegt.
- (9) Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder von privaten Krankenversicherung vorliegen, können Teilzahlungen für die durch die Kostenübernahmeerklärung gedeckten Leistungen nur von diesen verlangt werden.

§9**Unterrichtung des Patienten**

Patienten 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 wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 10**Beurlaubung**

Während der stationären Behandlung werden Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des Ärztlichen Dienstes beurlaubt. Ebenso dürfen Patienten das Gelände nur mit Zustimmung des Ärztlichen Dienstes verlassen.

§ 11**Ärztliche Eingriffe**

- (1) Eingriffe in die körperliche und geistig seelische Unversehrtheit des Patienten, soweit sie im Rahmen des Leistungsspektrums der BDH-Klinik Greifswald gGmbH möglich sind, werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und die Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
- (2) Ist der Patient außerstande die Einwilligung zu geben, so wird der Eingriff ohne 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) Absatz 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine, dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 12**Obduktion**

- (1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, 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 hat und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt ist.
- (2) Von der Obduktion ist bei Verstorbenen abzusehen, wenn die Verstorbenen einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
- (3) Nächster Angehöriger im Sinne des Abs. 1 sind der Reihe nach der Ehegatte, die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder), die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern), die Großeltern, die volljährigen Enkelkinder, die volljährigen Geschwister.
- (4) Die Absätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet wurde.

§ 13**Eingebrachte Sachen**

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

- (2) Geld und Wertsachen werden in 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 Aufforderung abgeholt werden.
- (5) Im Fall des Abs. 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) Abs. 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.

§ 14

Haftungsbeschränkung

- (1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben oder von Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
- (2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung 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.

§ 15

Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten am Klinikstandort in Greifswald zu erfüllen.

§ 16

Aufzeichnungen und Daten

- (1) Aufzeichnungen, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
- (2) Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen (Abs. 1).
- (3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Arztes bleiben unberührt.
- (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.

§ 17

Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.