Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

der
AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gemeinnützige GmbH

§ 1
Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gemeinnützige GmbH und den Patienten bei vollstationären, auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sowie ambulanten Operationen und stationsersetzenden Maßnahmen.

§ 2
Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.

(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
Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Die vollstationären Krankenhausleistungen - auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen -, teilstationären, vor - und nachstationären Krankenhausleistungen sowie ambulante Operationen und stationsersetzende Maßnahmen 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. Zu den Leistungen des Belegarztes gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden, und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

c. 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. Kosten für einen Fremdsprachendolmetscher.

(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.

(5) Die Verpflichtung des Krankenhauses beginnt 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 Krankenhausleistung.

§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 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.

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

§ 5

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

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 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.

§ 6
Entgelte

Entgelt für stationäre Leistungen

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

Entgelt bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Maßnahmen

1) Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, für die andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.

2) Bei selbstzahlenden Patienten rechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach GOÄ ab.

3) Die Abs. 1 und 2 gelten 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 Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.)

§ 7
Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das 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 DRG- 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.

§ 8
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) Wahlleistungen

- 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 angestellten und verbeamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer 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.
  b. die Unterbringung in einem Einbett- oder Zweibettzimmer,
  c. die Unterbringung in einem Familienzimmer (inkl. Begleitperson),
  d. die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
  e. die Bereitstellung eines Fernsprechapparates.
- Gesondert berechenbare Leistungen im Sinne des Abs. 1 Buchstabe a) auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der medizinischen Fachabteilung oder

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

des Instituts des Krankenhauses persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Fachabteilung/ des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Im Verhinderungsfall übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes seine Stellvertretung.

- Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, die die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- 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.

(3) 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 maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.

(4) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.

(5) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten. Der Rechnungsbetrag wird innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Rechnung fällig. Nach § 286 BGB kommt der Patient spätestens 30 Tage nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung oder einer gleichwertigen Zahlungsaufstellung in Verzug, ohne dass es einer Mahnung oder eines kalendermäßig bestimmten Zahlungszeitpunktes bedarf.

(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 festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

(8) Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger
Mit dem Entgelt sind nicht abgegolten:

1. Die ärztliche Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

§ 9
Vorauszahlungen, Zwischenrechnung, Abschlagszahlungen

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, die sich grundsätzlich an der Höhe des für die betreffende Hauptdiagnosegruppe ermittelten Tagessatz bzw. an der

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

Höhe der maßgeblichen Wahlleistungszuschläge pro Tag und der Grenzverweildauer orientiert. Soweit der Patient als Selbstzahler im Krankenhaus aufgenommen wird, ist eine angemessene Vorauszahlung zu entrichten.

(1) Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung – BPflV a.F.).

(2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von DRGs nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 4 BPflV n.F. oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG). Diese Vorauszahlung bemisst sich in der Höhe an den voraussichtlich anfallenden Kosten/ -anteilen und orientiert sich an dem tagesgleichen Pflegesatz der entsprechenden Fachabteilung bzw. der Höhe der maßgeblichen Wahlleistungszuschläge pro Tag und der voraussichtlichen Verweildauer. Ist die Verweildauer des Patienten nicht bekannt, so ist zunächst eine Vorauszahlung für mindestens fünf Tage zu entrichten. Ggf. anfallende Sonderentgelte sind zu berücksichtigen. Bei längeren Krankenhausaufenthalten sind weitere angemessene Vorauszahlungen zu erbringen.

(3) 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). Hinsichtlich Rechnungsprüfung, Fälligkeit und Verzug gelten die Vorschriften des § 13 des Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung in Niedersachsen gemäß § 112 (2), S. 1 Nr. 1 SGB V bzw. deren Nachfolgeregelungen.

(4) Dauert die Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, ist per 31. Dezember eine Zwischenrechnung zu erstellen. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt. Von den Versicherten erhaltene Eigenbeteiligungen werden vom Rechnungsbetrag abgesetzt.

(5) Patienten ohne nachgewiesenen festen Wohnsitz in Deutschland leisten bei ihrer Aufnahme eine Vorauszahlung in Höhe des vollen Betrages der voraussichtlichen Schlussrechnung.

§ 10
Beurlaubung

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.

(1) In Ausnahmefällen kann der Patient – soweit ärztlich vertretbar – zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes beurlaubt werden. Urlaub soll nur für einige Stunden gewährt werden, möglichst nicht über Nacht.

(2) Die Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, deren sie entsprechend der laufenden Therapie bedürfen.

(3) Die durch die notwendige Behandlung eines beurlaubten Patienten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten werden direkt zwischen dem Leistungserbringer und der zuständigen Krankenkasse bzw. Kassenärztlichen Vereinigung bzw. Selbstzahler abgerechnet, soweit kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

(4) Krankenbeförderungs- und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses. Bei Beurlaubungen aus persönlichen Gründen dürfen auch keine Verordnungen einer Krankenbeförderung zu Lasten der Krankenkasse ausgestellt werden.

§ 11
Ärztliche Eingriffe

(1) Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.

(2) Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, 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 § 323c StGB unbeachtlich ist.

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

§ 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 und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.
   c. Die innere Leichenschau kann vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung der Todesursache aus ärztlicher Sicht notwendig ist.

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

(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.

   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.

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

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

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

§ 13
Aufzeichnungen und Daten

(1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses. Das Krankenhaus archiviert diese gemäß den gesetzlichen Vorschriften. Im Rahmen der Belegarztbehandlung kann das Krankenhaus jederzeit von seinem Aufbewahrungsrecht zurücktreten und die Archivierung dem behandelnden Belegarzt übertragen.

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

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

(4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14
Qualitätssicherung

Krankenhäuser in Deutschland sind gesetzlich dazu verpflichtet, Daten zur Qualitätssicherung zu erheben. Daher besteht Einverständnis, dass während der Krankenhausbehandlung erhobene Daten/ Bilddokumentationen zum Zwecke der kontinuierlichen Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Auswertungen in anonymisierter Form verwendet werden können.
Eine Auswertung der Ergebnisse erfolgt in anonymisierter Form und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses. Hierfür ist eine gesonderte Einverständniserklärung erforderlich.

§ 15
Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten. Die Bedeutung ist für Patienten, Begleitpersonen und Besucher verbindlich.

§ 16
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 Aufforderung abgeholt werden.

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

(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 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.

(3) Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen eines Belegarztes. Zu den Leistungen des Belegarztes gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden, und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

§ 18
Zahlungsort

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

§ 19
Inkrafttreten

Diese AVB treten am 1. Oktober 2026 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 1. Juli 2018 aufgehoben.

Göttingen, 01.10.2026

Die Geschäftsführung
AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM gemeinnützige GmbH