Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

für die Evangelisches Krankenhaus Kalk gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung vom 01.01.2009

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Evangelisches Krankenhaus Kalk gGmbH und

- a) dem Patienten
- b) dem Zahlungspflichtigen

bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten bzw. Zahlungspflichtigen sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die Vertragsbedingungen gelten auch für den gesetzlichen Vertreter des Patienten und für denjenigen, der zugunsten des Patienten den Vertrag schließt.
- (3) Die AVB werden für den Patienten bzw. für den Zahlungspflichtigen 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 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 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 V. Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - b) die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson eines Patienten.
- (3) Wahlleistungen sind die in § 6 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 Leistungen bei Krankheiten, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Anlaß der Aufnahme stehen und deren sofortige Behandlung und Erzielung des Heilerfolges nicht erforderlich ist.
 - b) 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,
 - c) die Leistungen der Belegärzte,
 - d) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
 - e) Kosten der Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungstransporte.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Behandlung bedarf.
- (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) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch 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.
- (4) Patienten können in eine andere Abteilung oder ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies aus medizinischen oder organisatorischen Gründen notwendig ist. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist vorher mit dem Patienten und gfs. auch mit dem Zahlungspflichtigen abzustimmen.
- (5) Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichen Rat auf seiner Entlassung und/oder verläßt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr gegeben sind.

(6) Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Behandlungsvertrag mit der Entlassung.

§ 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
- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
 - 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,
- mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung,
 - wenn sich herausstellt, daß eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitraums notwendig ist,
 - wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.
- In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag. In diesen Fällen ist die vorstationäre Behandlung als allgemeine Krankenhausleistung gemäß § 115 a des fünften Sozialgesetzbuches als Pauschale abrechenbar.
- (3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung wird beendet,
- wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist,
 - wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.
- Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag. Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.
- (4) Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird durch niedergelassene Ärzte erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistung.

§ 6 Wahlleistungen

Wahlleistungen gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, werden auf Wunsch des Patienten erbracht und zusätzlich berechnet.

(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:

- 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 geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses,
- die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
- die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
- die Bereitstellung eines Fernsprechapparates.

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 3 BpflV). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) 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.

(3) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Absatzes 1 a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Fachabteilung oder 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 der Stellvertreter.

(4) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

(5) Das Krankenhaus kann den Abschluß einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, die die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen. Dies gilt auch im Falle der verspäteten Zahlung des Zahlungspflichtigen.

(6) 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.

(7) In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen - auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden - nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.

§ 7 Entgelt

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen meist in jährlichem Rhythmus neugefasste Kataloge mit circa 12.400 Diagnosen (ICD-10-SGB-V) und circa 24.000 Prozeduren (OPS-301; jeweils zur Drucklegung der AVB aktuelle Version) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert ist der Übersicht über die Abrechnung von Krankenhausleistungen zu entnehmen, die jeder stationäre Patient bei Behandlungsantritt erhält. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Wird beispielsweise eine DRG mit dem Relativgewicht von 0,8 bei einem Krankenhaus mit einem Basisfallwert von 3.000,- Euro abgerechnet, so ergibt sich als Preis $0,8 \times 3.000 = 2.400$ Euro.

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden.

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) in der jeweils gültigen Fassung.

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GVK-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Daneben können für die in Anlage 4 KFPV genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden. Die Zusatzentgelte sind jährlich neu zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen zu vereinbaren; über die aktuell vereinbarten Preise informiert Sie die Aufnahme gerne. Desweiteren gibt es Leistungen, die noch nicht über die DRG-Systematik erfaßt werden, wie z. B. teilstationäre Behandlung. Die für unser Haus vereinbarten Entgelte können Sie bei der Aufnahme erfragen.

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen DRG-Zuschlag von wenigen Cent je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

Desweiteren fallen Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b (1) S. 4 und § 6 KHG i. V. m. § 8 (4) KHEntG an.

Zusätzlich kann das Krankenhaus folgende Zuschläge berechnen:

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V
- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V
- Zuschlag zur Finanzierung der Ausbildung
- Versorgungszuschlag
- Hygienezuschlag

Die jeweils gültigen Zu- und Abschläge wurden Ihnen als Anlage zu den AVB „§ 7 Entgelt“ ausgehändigt. Des weiteren können Sie an der Aufnahme den jeweils gültigen „DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntG“ einsehen.

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 KFPV werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

Mit den o. g. Entgelten sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten 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.

§ 8 Abrechnung des Entgeltes 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 Krankenhausleistungen schuldet (Heilfürsorgeberechtigte), 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 Entgeldes für die Leistungen verpflichtet (§ 9). Das Krankenhaus weist die Patienten hierauf hin.

(3) Kassenpatienten sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage eine Zuzahlung zu leisten. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif.

§ 9 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

(1) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Soweit Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Krankenhauses vorlegen, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erteilt.

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

(3) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlußrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.

- (4) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (5) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen vorbehaltlich der Geltendmachung eines höheren Zinssatzes in Höhe von mindestens 6 % sowie Mahngebühren berechnet werden.
- (6) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.
- (7) Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, sind vom Patienten oder dem Zahlungspflichtigen für allgemeine Krankenhausleistungen angemessene Vorauszahlungen zu leisten, sofern keine Kostenzusage gemäß Abs. 1 vorliegt.
- (8) Sofern der Patient Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart, kann eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden. Abs. 7 gilt entsprechend.

§ 10 Beurlaubung

Während der vollstationären oder teilstationären Behandlung werden Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes beurlaubt. Bei Kassenpatienten und bei Heilfürsorgeberechtigten ist außerdem die Zustimmung des Zahlungspflichtigen erforderlich.

§ 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, so wird der Eingriff ohne eine 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) Abs. 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen 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 und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden 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 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 Abs. 1 und 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

§ 13 Aufzeichnungen und Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
- (2) Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen.
- (3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm schriftlich Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, gfs. auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt. Fertigt das Krankenhaus auf Wunsch des Patienten Kopien, ist vom Patienten bzw. dem Zahlungspflichtigen ein Entgelt in Höhe von 1,- € je Kopie zu entrichten.
- (4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe (z.B. Meldungen an das Krebsregister o.ä.) erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Ambulante Leistungen

- (1) Ambulante Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen können nur erfolgen, wenn
 - a) für den Patienten ein unmittelbarer Notfall besteht, so daß er nach ärztlicher Ansicht nicht abgewiesen werden kann oder
 - b) der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter oder ein Dritter sich zur Übernahme sämtlicher Kosten schriftlich verpflichtet.
 - c) Bei unklarer Kostensicherung kann ein Kostenvorschuß erhoben und die sofortige Zahlung der Rechnung verlangt werden.
- (2) Der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter oder ein Dritter kann die persönliche Beratung und Behandlung durch liquidationsberechtigten Ärzten vereinbaren. In diesem Fall gilt § 6 (Wahlleistungen) sinngemäß.

§ 15 Eingebraachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient darf im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
- (2) Geld und Wertsachen, die ausnahmsweise, insbesondere bei Notfällen, vom Patienten mitgebracht werden, werden bei der Verwaltung 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) In Verwahrung gegebene Geldbeträge können zur Deckung fällig gewordener Forderung des Krankenhauses ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden, wenn Zahlungsverzug und/oder zu befürchten ist, daß ohne eine solche Maßnahme die Regulierung der Forderungen des Krankenhauses vereitelt oder wesentlich erschwert würde.
- (5) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.

(6) Im Falle des Absatzes 5 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.

(7) Abs. 5 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.

§ 16 Haftungsbeschränkung

(1) Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, und für Fahrzeuge 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 Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

(3) Von der Haftung ausgeschlossen sind Schäden, die bei ambulanter Behandlung durch liquidationsberechtigte Klinikärzte sowie deren Beauftragte bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sowie in Zusammenhang mit diesen verursacht werden.

§ 17 Zahlungsort

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

§ 18 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.05.2014 in Kraft. Gleichzeitig werden die bisher gültigen AVB aufgehoben.