

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für die Sana Kliniken Solln Sendling GmbH**§1
Geltungsbereich**

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Sana Kliniken Solln Sendling GmbH und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

**§2
Rechtsverhältnis**

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden für 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 Krankenhausleistungen**

1. Die vollstationären Krankenhausleistungen teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.
2. Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - a) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.
3. Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 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) die Leistungen der Belegärzte,
- 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 gem. § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.

§4

Aufnahme, Verlegung, Entlassung

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Behandlung 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 wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben ist - einstweilen aufgenommen, bis seine Aufnahme 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 Antrag 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 medizinisch notwendig ist.
Eine auf Wunsch des Patienten ohne med. Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgte Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gem. § 60 SGB V bei Abrechnung einer DRG von der Einwilligung der Krankenkasse abhängig. Verweigert die Krankenkasse die Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und auf dessen Kosten.
5. Entlassen wird, wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der voll-/teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf oder wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf einer Entlassung oder verlässt 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.
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

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 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 vierzehn Kalendertagen 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 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

§6

Wahlleistungen

1. Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Wahlleistungstarifs - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - folgende 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 geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden.

b) die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Sanitärzelle, Telefonanschluß und Fernsehen,

- c) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
- d) die Gestellung einer Sonderwache.

Das Krankenhaus wird im Rahmen seiner Möglichkeiten versuchen, dem Patienten das gewünschte Ein- oder Zweibettzimmer zur Verfügung zu stellen. Ein Anspruch hierauf besteht auch bei Vorliegen der jeweiligen privaten Kranken(zusatz)versicherung nicht.

2. Walleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

3. Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Abs. 1 Buchstabe 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/GOZ). Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.

4. Das Krankenhaus kann Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Walleistungen versagen.

5. Das Krankenhaus kann Walleistungen 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. 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 Walleistungen 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

1. 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. Soweit Krankenhausleistungen nach DRG's abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.) Bemessungsgrundlage ist das zum Zeitpunkt der Behandlung jeweils gültige DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

2. Die Tarife der Ein- und Zweibettzimmer verändern sich nicht durch die Unterbringung einer Begleitperson.

3. Wird die Tagesverpflegung nicht oder nicht voll eingenommen, tritt keine Minderung des Entgeltes für die Leistung des Krankenhauses ein.

§8

Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich oder freiwillig gesetzlich Krankenversicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten

1. Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse, Ersatzkasse, BKK etc.) 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. Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte haben in diesem Zusammenhang eine gültige Chipkarte ihrer Krankenkasse vorzulegen. Anderenfalls sind bis zu deren Vorlage als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet (§9).

2. Kassenpatienten sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, nach Abschluss des Aufnahmevertrages von Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage eine Zuzahlung zu leisten, welche das Krankenhaus an die Krankenkasse weiterleitet. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.

§9

Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

1. Patienten,

- die nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind, oder
- die als Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht von ihrem Krankenversicherungsschutz umfasst sind,

sind als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen dem Krankenhaus gegenüber verpflichtet.

2. Während des vollstationären oder teilstationären Krankenhausaufenthaltes 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. Zahlungsverzug tritt nach § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung gezahlt wird.

Privatversicherte Patienten bleiben auch bei Vorlage einer gültigen Chipkarte ihrer privaten Krankenversicherung Vertragspartner des Krankenhauses und sind damit als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für Krankenhausleistungen verpflichtet.

Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Versicherungsunternehmen 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.

Durch die direkte Abrechnung mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen bleibt die Stellung des Patienten als Vertragspartner des Krankenhauses und seine Verpflichtung zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen unberührt. Insbesondere hat der Patient Einwendungen und Einreden gegen die Rechnung gegenüber dem Krankenhaus selbst geltend zu machen.

5. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 5% über dem jeweils geltenden Basiszinssatz (§288 BGB), Mahngebühren in Höhe von € 10,-- sowie sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten berechnet werden.

6. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§10

Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1. Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, sind vom Patienten angemessene Teilzahlungen zu leisten, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz).

2. Das Krankenhaus rechnet auf der Grundlage der DRG nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ab und kann daher eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht durch Vorlage einer gültigen Chipkarte oder anderweitig nachgewiesen wird.

§11

Beurlaubung

Während der vollstationären oder teilstationären Behandlung werden Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

§12

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 seine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Arztes 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 oder bei einem 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.

§13 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 Arzt 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. Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind der Reihe nach der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner, die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder), die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern), die volljährigen Geschwister, die Großeltern und letztlich die volljährigen Enkelkinder.
4. Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet wird.
5. § 13 findet 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 Patientenquittung, Aufzeichnungen, Daten

1. Auf Verlangen wird dem Patienten vom Krankenhaus eine Rechnung (Patientenquittung) ausgehändigt und ggf. erläutert.
2. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
3. Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben hiervon unberührt.
4. 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.
5. 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.

§15 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 16 Eingebrachte Sachen

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Geld und Wertsachen werden auf Wunsch 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. 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.

§17 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 Verlust 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 Zahlungsart und –ort

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

§19 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 24.04.2009 in Kraft.