

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Clinic Dr. Decker GmbH (im Folgenden: Klinik) und den Patienten bei vollstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen der Klinik und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für den 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 umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.
2. Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der 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 auch:
 - a) die während des Klinikaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V),
 - b) die von der Klinik veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
 - d) die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.
 - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V
3. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind
 - a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, die Klinik keine eigene Dialyseinrichtung 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, Krankenfahrtstühle),
 - d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
 - e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
4. Das Vertragsangebot der Klinik erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die Klinik nach ihrer medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Klinik wird aufgenommen, wer der vollstationären 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 außerhalb der qualitativen oder quantitativen Leistungsfähigkeit der Klinik – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
3. Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Arztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig ist und die Unterbringung in der Klinik 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. Patienten können in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig ist (insbesondere in Notfällen). 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 wohnortnahe 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. Die Klinik informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.
5. Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Arztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die Klinik, haftet die Klinik für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen der Klinik richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist.

§ 6 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 Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet die Klinik seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen der Klinik legt der Patient eine Kostenübernahmeverklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung in der Klinik notwendig sind.
2. 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 Klinikverwaltung erklären.
3. 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 von der Klinik an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.

§ 7 Abrechnung des Entgeltes 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 Trägers (z.B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient der Klinik gegenüber Selbstzahler.
2. Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
3. Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erstellt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
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 5 % über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank sowie Mahngebühren in Höhe von € 10,- berechnet werden.
7. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 8 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1. Soweit die Klinik nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann sie für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeverklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden, § 14 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung.

2. Soweit die Klinik auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann sie eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
3. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthaltes kann die Klinik 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.

§ 9 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.

§ 10 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 behandelnden Arztes zur Abwendung einer dem Patienten drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
3. Absatz 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.

§ 11 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 behandelnden 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. Nächste Angehörige im Sinne des Absatzes 1 sind der Reihe nach
 - der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
 - die volljährige 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 Sorgeshaber,
 - die volljährigen Geschwister,
 - die Großeltern.
4. 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 nächst erreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offensichtlich nahe gestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion an eine bestimmte Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.
5. Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
6. § 12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 12 Aufzeichnungen und Daten

1. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der Klinik.
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, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Arztes bleiben unberührt.
4. Die Verarbeitung der Daten einschließlich der Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 13 Hausordnung

Die Patienten sind an die Hausordnung gebunden.

§ 14 Eingebrachte Sachen

1. In die Klinik sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für die Klinik 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 der Klinik über, wenn sie nicht innerhalb von zwölf Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
5. Im Falle von Nr. 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 der Klinik übergehen.
6. Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 15 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 Klinikgrundstück oder auf einem von der Klinik bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Klinikträger 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.

§ 16 Zahlungsort

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

§ 17 Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Vertragsbedingungen treten am 01.01.2016 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 19.05.2009 aufgehoben.