

# **Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)**

für das

**St.-Johannes-Hospital Dortmund**

vom *01.11.2006*

**Krankenhausträger:**

**Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH**

**(Kranken- und Pflegeeinrichtungen)  
Johannesstr. 9 - 17, 44137 Dortmund**

## **Inhaltsübersicht**

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Begriffsbestimmungen
- § 3 Rechtsverhältnis
- § 4 Umfang der stationären und teilstationären Leistungen
- § 5 Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Vertragsänderung
- § 6 Wahlleistungen
- § 7 Entgelt
- § 8 Abrechnung des Entgeltes bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten
- § 9 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern
- § 10 Teilzahlungen
- § 11 Beurlaubung
- § 12 Ärztliche Eingriffe
- § 13 Obduktion
- § 14 Aufzeichnungen und Daten
- § 15 Hausordnung
- § 16 Eingebraachte Sachen
- § 17 Haftung
- § 18 Zahlungsort und Gerichtsstand
- § 19 Inkrafttreten

## § 1 Geltungsbereich

- (1) Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem

### St.-Johannes-Hospital Dortmund

- im Folgenden kurz Krankenhaus genannt - und den

#### **Patienten** (§ 2 Nr. 5), **Zahlungspflichtigen**

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

- (2) Die AVB finden keine Anwendung auf Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger und Versorgungsbehörden.
- (3) Bei ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Institutsleistungen) finden, soweit nichts anderes vereinbart ist, die AVB die sinngemäße Anwendung.

## § 2 Begriffsbestimmungen

### Im Sinne der AVB sind

- (1) **Krankenhausleistungen:** insbesondere ärztliche Leistungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.
- (2) **Allgemeine Krankenhausleistungen:** die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
- a) die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V),
  - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach Nr. 11,
  - 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.
- (3) **Wahlleistungen:** sind die in § 6 Absatz 1 dieser AVB im Einzelnen aufgeführten Leistungen des Krankenhauses.
- (4) **Behandlungen:** alle Leistungen, die dazu bestimmt sind, Krankheiten, Leiden der Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern, sowie die Leistungen bei Entbindungen, die Leistungen von sonstigen Hilfen i. S. der §§ 200 e und 200 f RVO und die Untersuchungen zur Begutachtung.

- (5) **Patienten:** Personen, die Leistungen nach Nr. 4 in Anspruch nehmen.
- (6) **Begleitpersonen:** Personen, die zusammen mit einem Patienten aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden.
- (7) **Kassenpatienten:** Patienten, für die Sozialleistungsträger das Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen schuldet.
- (8) **Heilfürsorgeberechtigte:** Patienten, für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Krankenhausleistungen schuldet.
- (9) **Selbstzahler:**
  - a) Patienten, die nicht Kassenpatienten (Nr. 7) oder Heilfürsorgeberechtigte (Nr. 8) sind,
  - b) Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte die Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 8 eingeschlossen sind.
- (10) **Konsiliarärzte:** Ärzte und Zahnärzte, die unabhängig von einem Angestelltenverhältnis zum Krankenhaus vom Krankenhaus zur Beratung, Untersuchung oder Mitbehandlung hinzugezogen werden. Als Konsiliarärzte gelten auch fremde ärztlich geleitete Einrichtungen (Untersuchungsstellen u. ä.). Zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen zählen vor allem "fremde Untersuchungsstellen" (§ 3 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung, alte Fassung (BPflV a. F.)) in denen ärztliche Leistungen (einschließlich Sachleistungen) unter Aufsicht und Verantwortung eines Arztes erbracht werden.
- (11) **Leistungen Dritter:**
  - a) Leistungen von Belegärzten
  - b) Leistungen von freiberuflichen Hebammen
- (12) **Ambulante Leistungen des Krankenhauses:** Ambulante ärztliche Leistungen (einschließlich ärztliche Sachleistungen) und Krankenhaussachleistungen, die nicht von einem Krankenhausarzt im Rahmen seiner erlaubten Nebentätigkeit im eigenen Namen erbracht werden.

### § 3 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die Allgemeinen Vertragsbedingungen werden für Patienten wirksam, wenn diese:
  - a) *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,*
  - b) *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,*
  - c) sie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

- d) *die Allgemeinen Vertragsbedingungen gelten auch für den gesetzlichen Vertreter der Patientin bzw. des Patienten und für denjenigen, der zugunsten der Patientin bzw. des Patienten den Vertrag abschließt.*
- e) *die Allgemeinen Vertragsbedingungen können nicht mit Vorbehalten, Änderungen oder Bedingungen versehen werden.*

#### **§ 4 Umfang der vollstationären, teilstationären sowie der vor- und nachstationären Leistungen**

- (1) Die vollstationären, teilstationären und die vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen:
  - a) die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Nr. 2)
  - b) die Wahlleistungen (§ 6)
- (2) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.  
Die Richtlinien und Verlautbarungen der Katholischen Kirche werden insbesondere im Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisationen beachtet.
- (3) Der Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich allein nach Art und Schwere der Erkrankung.
- (4) Nicht Gegenstand der stationären oder teilstationären bzw. vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sind:
  - a) die Leistungen Dritter (§ 2 Nr. 11), sofern sie nicht (ausnahmsweise) in Erfüllung einer vom Krankenhaus geschuldeten Leistung tätig werden,
  - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenhausfahrstühle),
  - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
  - d) *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.*
  - e) *Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.*
- (5) Die Leistungspflicht des Krankenhauses beginnt mit der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus und endet mit ihrer bzw. seiner Entlassung aus dem Krankenhaus.
- (6) Das Krankenhaus kann Versicherte bei Verordnung von Krankenhausbehandlung 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) oder
  - b) im Anschluß an eine stationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von *fünf* Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären

Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

### **§ 5 Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Vertragsänderung**

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der stationären oder teilstationären Behandlung 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 oder 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 verantwortlichen Krankenhausarztes für die Behandlung des Kranken medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Antrag im Rahmen der Wahlleistung (§ 6 AVB) 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. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist vorher/ - soweit möglich- mit dem Patienten abzustimmen.
- (5) *Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V bei Abrechnung einer Fallpauschale von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden Gründen erforderlich ist. 9) Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihrer Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.*
- (6) Entlassen wird,
  - a) wer nach dem Urteil des verantwortlichen Krankenhausarztes der stationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
  - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht,
  - c) sofern keine ärztlichen Bedenken bestehen - auf Anordnung des verantwortlichen Krankenhausarztes bei wiederholten oder groben Verstößen gegen ärztliche oder pflegerische Anweisungen, - auf Anordnung des Verwaltungsleiters bei beharrlichen und groben Verstößen gegen die Hausordnung, oder wenn die Deckung der Krankenhauskosten nicht gewährleistet ist, insbesondere wenn der Kranke sich weigert, die zur Kostensicherung erforderlichen Schritte zu unternehmen.
- (7) Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine 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 Wahlleistungen

- (1) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes - 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 Konsiliarärzten (§ 2 Nr. 10).
  - b) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer
  - c) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer
  - d) Unterbringung und Verpflegung als Begleitperson
  - e) Unterbringung und Verpflegung eines Säuglings als Begleitperson
  - f) Gestellung einer Sonderwache, sofern medizinisch nicht dringend erforderlich.
- (2) Bei Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
- (3) Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung "ärztliche Leistungen" erstreckt sich die Vereinbarung **auf alle** an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, die zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der stationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind (liquidationsberechtigzte Ärzte). Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom leitenden Arzt der Fachabteilung oder ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter Aufsicht des leitenden Arztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Einrichtung bzw. des Institutes erbracht. Im Verhinderungsfall übernimmt die Aufgaben des leitenden Arztes sein Stellvertreter.
- (4) Die Wahlleistung "ärztliche Leistungen" wird von allen an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses sowie ggf. von hinzugezogenen Konsiliarärzten (§ 2 Nr. 10) gesondert in Rechnung gestellt. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt kann eine private Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen. Die Patienten erklären ihr Einverständnis, dass ggf. alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die private Abrechnungsstelle weitergegeben werden.

Das Entgelt für die Wahlleistung "ärztliche Leistungen" wird unmittelbar den an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses und den Konsiliarärzten (§ 2 Nr. 10) geschuldet.
- (5) Bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen werden die gesondert berechenbaren Gebühren nach der GOÄ/GOZ um **25%** gemindert.
- (6) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- (7) Das Krankenhaus kann Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht oder erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen.

- (8) 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 Entgelt**

- (1) Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG Entgelttarif *bzw. der Bundespflegesatzverordnung bei tagesgleichen Pflegesätzen* in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist. (Anlage) Soweit Krankenhausleistungen über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnoses Related Groups – DRG) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.) Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuell gültige DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

### **§ 8 Abrechnung des Entgelts bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten**

- (1) Soweit ein öffentlich – rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen 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. 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) Legt bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vor, sind Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet (§ 9). Dies gilt ausdrücklich auch für Patient/Innen, die bei ihrer Krankenkasse satzungsgemäß das Verfahren der Kostenerstattung gewählt haben.
- (3) Soweit Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht durch eine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers gedeckt sind (z. B. Wahlleistungen), sind sie als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet (§ 9).
- (4) Das Krankenhaus weist Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte jeweils darauf hin, dass diese bei Fehlen einer die nach dem Pflegekostentarif zu entrichtenden Entgelte deckenden Kostenübernahmeerklärung den nicht gedeckten Betrag selbst zu tragen haben.
- (5) 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 *bzw. der Bundespflegesatzverordnung*.

### **§ 9 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern**

- (1) Patienten, die ...  
...nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind,  
...als Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte  
  
Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 8 eingeschlossen sind,  
  
sind als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet.
- (2) Während des stationären oder teilstationären Krankenhausaufenthaltes können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Endabrechnung erstellt.
- (3) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Endabrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (4) Das Krankenhaus weist Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte jeweils darauf hin, dass diese bei Fehlen einer die nach dem Pflegekostentarif zu entrichtenden Entgelte deckenden Kostenübernahmeerklärung den nicht gedeckten Betrag selbst zu tragen haben.
- (5) 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 *bzw. der Bundespflegesatzverordnung*.
- (6) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (7) *Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§288 BGB) berechnet werden, sowie Mahngebühren in Höhe von 2,50 Euro berechnet werden.*
- (8) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.
- (9) Legen Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Krankenhauses vor, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erteilt.

### **§ 10 Vorauszahlungen / Abschlagszahlungen**

- (1) Wenn ein Versicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (Selbstzahler), kann das Krankenhaus für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthaltes 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 KHEntgG).

### **§ 11 Beurlaubung**

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während der stationären 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 eine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes 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 Strafgesetzbuch (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 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 Sinnes 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 des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle der Angehörigen.

- (4) Die Absätze 1 und 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- (5) § 13 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.

#### **§ 14 Aufzeichnungen und Daten**

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.

##### **Das Krankenhaus weist ausdrücklich auf Folgendes hin:**

In Ermangelung entsprechend sachgerechter Archivräume werden im Krankenhaus selbst die Krankengeschichten ca. 1 Jahr archiviert. Danach werden die

Krankengeschichten unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen bei einem externen Unternehmen, der Firma medArchiv GmbH in Castrop-Rauxel, archiviert. Dieses Unternehmen untersteht hinsichtlich der Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz staatlicher Aufsicht.

- (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 Krankenhausarztes bleiben unberührt.
- (4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe insbesondere gem. §§ 275 ff SGB V erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.
- (5) Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass die im Rahmen des mit ihm bzw. zu seinen Gunsten abgeschlossenen Vertrages personenbezogene Daten über ihn gespeichert und - soweit nicht offensichtlich seine Interessen dadurch verletzt werden - an Dritte übermittelt werden. Insbesondere bei onkologischen Erkrankungen werden zur Verbesserung der ärztlichen Nachsorgebetreuung medizinische Informationen über die Krankheit, Diagnosen, Befunde und den weiteren Krankheitsverlauf vom behandelnden Arzt an das Nachsorgeregister des Onkologischen Schwerpunktes übermittelt. Diese Regelung gilt als Einwilligung im Sinne des § 7 Absatz 1 b der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz für das Erzbistum Paderborn.

#### **§ 15 Hausordnung**

Allgemeine Hinweise, die Ihnen und Ihren Angehörigen den Krankenhausaufenthalt erleichtern, finden Sie in unserer „Patienteninformation“, die Sie bei der Aufnahme bekommen haben, bzw. in der Aufnahme erhalten.

***Die Nutzung von Mobiltelefonen ist in allen intensivmedizinischen Bereichen und allen technischen Funktionsabteilungen untersagt.***

#### **§ 16 Eingebrachte Sachen**

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden, *die für den täglichen Gebrauch unbedingt erforderlich sind. Auf das Mitbringen von größeren Bargeldbeträgen, Wertgegenständen und sonstigen Sachen sollte unbedingt verzichtet werden.* Der Patient darf im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in zumutbarer Weise verwahrt.
- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Personen 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 zwölf 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 Haftung**

- (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 werden.
- (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) Für Schäden, die bei der Reinigung, Desinfektion und Entwesung eingebrachter Sachen entstehen, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit.
- (4) *Für schuldhaft beschädigte oder vernichtete Gegenstände ist Ersatz zu leisten*

### **§ 18 Zahlungsort**

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

### **§ 19 Inkrafttreten**

Diese AVB treten am **01.August 2006** in Kraft.

Gleichzeitig werden die AVB vom 01.Oktober 2003 aufgehoben.

## **Tarif für ambulante Leistungen des St.-Johannes-Hospitals**

### **Dortmund**

#### **1. Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§115 b SGB V)**

Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen, zzgl. erfolgt die Abrechnung von Arzneimitteln, Verbandmitteln, Hilfsmitteln, Verbrauchsmaterialien, u. a. Materialien gem. § 6 der Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrages nach § 115 b SGB V.

#### **2. Ambulante Notfallbehandlungen in den Medizinischen Kliniken, der Chirurgischen-Klinik, der HNO-Klinik und der Augen Klinik:**

- a) Bei Leistungen, für die als Kostenträger Primär- oder Ersatzkassen eintreten, richtet sich die Höhe der Entgelte nach den vertragsärztlichen Preisvereinbarungen.
- b) Bei Leistungen, für die nicht die unter a) genannten Krankenkassen eintreten, richtet sich die Höhe der Entgelte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1982, Spalte 3).

#### **3. Abteilungen für physikalische Therapie und Krankengymnastik.**

- a) Bei Leistungen, für die als Kostenträger Primärkassen oder Ersatzkassen eintreten, richtet sich die Berechnung nach den vertraglichen Preisvereinbarungen. \*)
  - b) Bei Leistungen, für die nicht unter a) genannten Krankenkassen eintreten, richtet sich die Berechnung nach DKG/NT Teil EI.
- \*) das Krankenhaus ist verpflichtet, die Verordnungsblattgebühr nach § 32 Abs. 2 SGB V vom Patienten einzuziehen, sofern er nicht von dieser Gebühr befreit ist.