

# Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für die Robert Bosch Krankenhaus GmbH

Stand: 1. Juli 2024

## § 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nicht etwas Abweichendes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Robert Bosch Krankenhaus GmbH mit ihren Einrichtungen

- Robert Bosch Krankenhaus und RBK Lungenzentrum Stuttgart
- Robert Bosch Krankenhaus, Standort City
- Klinik Charlottenhaus
- Klinik für Geriatrische Rehabilitation (Robert Bosch Krankenhaus und Robert Bosch Krankenhaus, Standort City)

(im Folgenden Krankenhaus genannt)

und den Patientinnen und Patienten bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sowie ambulanten Behandlungen und ambulanten Operationen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesen Allgemeinen Vertragsbedingungen auf die Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen teilweise verzichtet. Sämtliche geschlechtsbezogenen Formulierungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

## § 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 Vertragsabschlusses 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, 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 den vorgenannten 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 Satz 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
  - 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) Dolmetscherkosten
  - g) Leistungen bei interkurrenter Erkrankung (Leistungen bei Krankheiten, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Anlass der Aufnahme stehen und deren sofortige Behandlung zur Erzielung eines Heilerfolges nicht erforderlich ist)
  - h) Transportmittel entsprechend den Regelungen des § 60 SGB V (diese werden nach erfolgter Behandlung auf Wunsch und auf Rechnung des Patienten vom Krankenhaus angefordert)
- (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.

#### § 4 Ambulantes Operieren

- (1) Kann das Behandlungsziel im Einzelfall nach Prüfung des Krankenhauses aus medizinischer Sicht auch durch ambulante Behandlung erreicht werden, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Krankenhausbehandlung ambulant durchzuführen. Wählt der Patient trotzdem die stationäre Behandlung, hat der Patient die daraus entstehenden Mehrkosten zu tragen, sofern die gesetzliche oder sonstige Krankenversicherung die Übernahme der Mehrkosten ablehnt.
- (2) Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, für die andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.
- (3) Bei selbstzahlenden Patienten rechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach GOÄ ab. Für die Abwicklung der Abrechnung gelten § 10 Abs. 4 bis 8 entsprechend.
- (4) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation / stationärsersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.

#### § 5 Ambulante Behandlung

- (1) Patienten werden ambulant behandelt:
  - a) wenn sie die Kosten selbst tragen
  - b) wenn sie eine gültige Versicherungskarte, die Überweisung eines Vertragsarztes oder einen Behandlungsschein vorlegen
  - c) im Durchgangsarztverfahren
  - d) wenn es sich um einen Notfall handelt

- (2) Die Behandlung erfolgt nur insoweit, als eine Kostendeckung existiert (Notfälle ausgenommen). Sie beschränkt sich auf den Umfang der abgegebenen Kostengarantie. Eine Weiterbehandlung bedarf der Einwilligung des Kostenträgers bzw. einer Zahlungsverpflichtung des Patienten (Vorauszahlung, Abtretungserklärung, Schuldanerkenntnis).
- (3) Auch, wenn eine Kostengarantie oder die Überweisung eines Vertragsarztes vorliegt, steht der Patient für die entstehenden oder entstandenen Behandlungskosten als Zahlungspflichtiger solange ein, bis die Kosten beglichen sind. Seine Zahlungspflicht besteht auch dann gegenüber dem Krankenhaus, wenn er die Verrechnung der vollen oder eines Teils der Behandlungskosten mit einem Dritten vereinbart hat.
- (4) Die Abrechnung von ambulanten (nicht stationären) Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach dem Haustarif, soweit durch Gesetze, Verordnungen und Verträge, die auf der Grundlage dieser Gesetze ergangen sind, nicht etwas Abweichendes bestimmt ist.
  - a) Für die Abrechnung aller wahlärztlichen Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung.
  - b) Leistungen, die nicht in der GOÄ enthalten sind, werden grundsätzlich nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen (DKG-NT) in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet.

## § 6 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) Das Tragen des Patientenidentifikationsarmbands während des Krankenhausaufenthalts ist für den krankenhausernen Ablauf und die Behandlung der Patienten notwendig.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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 Patienten ohne medizinische Notwendigkeit 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 darüber.
- (6) 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 Abs. 3 nicht mehr gegeben sind.

## § 7 Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenseinweisung) 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 Krankenhausbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

## § 8 Entgelt

Das Entgelt für die voll- und teilstationären, vor- und nachstationären Leistungen, die ambulanten Behandlungen sowie die ambulanten Operationen richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif / DRG-Entgelttarif / PEPP-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage).

## § 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) 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 18. 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 Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif/PEPP-Entgelttarif.

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 spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung (Patientenmanagement) erklären.

## § 10 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) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgelts 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.
- (3) 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 fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren 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) Die Möglichkeit der direkten Abrechnung besteht nicht im Falle der Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen sowie nicht für beihilfeberechtigte Patientinnen, die bei uns entbinden.

## § 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 Bundespflegegesetzverordnung – BpflV a.F.).
- (2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b oder PEPP-Entgelten nach § 17d KHG 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 – KHEntgeltG).

- (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 KHEntgG).
- (4) Die Vorauszahlung muss nachweislich vor oder bis zum Tag der Erbringung der Leistungen auf das Konto der Robert Bosch Krankenhaus GmbH eingegangen sein. Die Nachberechnung von Leistungen und die Berichtigungen von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (5) Bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen wird vom Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangt, deren Höhe sich nach den voraussichtlichen zu zahlenden Entgelten richtet. Für die Einzelheiten wird auf das entsprechende Formular „Anzahlung bei stationärer oder ambulanter Behandlung“ verwiesen.

## § 12 Beurlaubung

- (1) 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.
- (2) Krankentransport- und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.
- (3) Die durch eine Behandlung eines beurlaubten Patienten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.

## § 13 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 Anwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.
- (3) Abs. 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 in Hinblick auf § 323c StGB unbeachtlich ist.

## § 14 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 Angehöriger im Sinne des Abs. 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung
  - der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner
  - die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder)

- die Eltern (bei Ad option 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 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 des nächsten Angehörigen.

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

## § 15 Aufzeichnung und Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, sind Eigentum des Krankenhauses.
- (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. Der Beauftragte hat eine aktuelle, vom Patienten unterzeichnete Schweigepflichtentbindungserklärung vorzulegen. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten. Der Patient hat zudem Recht auf Auskunft.
- (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.
- (5) Hinsichtlich der Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO verweisen wir auf die Anlage dieser AVB.

## § 16 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten. Sie ist für alle Patienten, Begleitpersonen und Besucher verbindlich. Die Hausordnung liegt diesen AVB als Anlage bei und hängt im Krankenhaus aus.

## § 17 Eingebachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden von der Verwaltung in einer für das Krankenhaus zumutbaren Weise verwahrt. Sie sind von den Patienten zumindest in den dafür vorgesehenen Wertfächern im Patientenzimmer einzuschließen. Bei den sich in den Patientenzimmern befindlichen Wertfächern handelt es sich um einfach abschließbare Schrankelemente, die nicht speziell gegen Diebstahl gesichert sind.

- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben. Dies gilt auch für Nachlassgegenstände von Verstorbenen.
- (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.

## § 18 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.

## § 19 Zahlungsort

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

## § 20 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.11.2021 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.01.2014 aufgehoben.

## Anlagen

- DRG-Entgelttarif
- PEPP-Entgelttarif
- Pflegekostentarife
- Hausordnung
- Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten