	Information	Seite: 1 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

§ 1

Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nicht anders vereinbart, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der DIAKOMED-Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH und den Patienten bei stationären, 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, 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 Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V)
 - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten
- (3) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
- (4) 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, der Beleghebammen/Entbindungspfleger,
 - c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützen, 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.

	Information	Seite: 2 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

§ 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 Krankheitsfalles.

(2) Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird – auch wenn 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 Wahlleistung (§ 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. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus wird vorher, soweit möglich, mit dem Patienten abgestimmt. Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortsnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkassen 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 gesetzlichen Krankenversicherten hierüber. Aus organisatorischen Gründen kann in seltenen Fällen eine Verlegung innerhalb einer Station oder auf eine andere Station unseres Hauses notwendig sein, sie werden rechtzeitig informiert.

(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 ärztlichem Rat auf seiner 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.


§ 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:

	Information	Seite: 3 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

- 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,
- 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 Organübertragung 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 Sicherstellungsauftrags 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 Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchung und deren Ergebnis, sofern dem im Vorfeld vom Patienten nicht widersprochen wird.

§ 6


DRG – Entgelttarif für Krankenhäuser

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des DRG-Entgelttarifs in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen ist (Anlage). Im Rahmen der Abrechnung der Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups (DRG)) bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.) Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuell gültige DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

§ 7

Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z. B. Krankenkassen) nach Maßgaben 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.

	Information	Seite: 4 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

(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.

(3) 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 Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8

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 Kostenträgers (z. B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.

(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes 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 erklärt, die jederzeit widerrufen werden kann, dass die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden dürfen.

(3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen gestellt 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. Zahlungsverzug tritt am 30. Tag nach Rechnungslegung ein.

(6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5,00 € 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) Für Krankenhausaufenthalte, bei denen keine schriftliche Kostenzusage eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers vorliegt, kann das Krankenhaus für die allgemeinen Krankenhausleistungen Vorkasse in Höhe des voraussichtlichen Rechnungsbetrages einfordern. Bei einer geplanten stationären Behandlung muss dieser mittels Kostenvoranschlag ermittelte Betrag zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme in bar in der Kasse oder per Überweisung auf das Konto des Krankenhauses eingezahlt sein.

§ 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

	Information	Seite: 5 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

Abteilungsarzt beurlaubt (s. Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGVV – hier § 9).

§ 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, dies zu erklären, so wird der Eingriff ohne seine Einwilligung vorgenommen, wenn diese nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes 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 geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323c StGB unbeachtlich ist.

4) Bei Vorliegen der entsprechenden Indikation (z.B. Schlaganfall) kann auch eine telemedizinische Betreuung, die eine Videoübertragung von Patientenbildern erforderlich macht, zur Anwendung kommen.

§ 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 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) Nächster Angehöriger im Sinne 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 eine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, diese 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 zum Tode in besondere 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 Absätze 1 und 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

	Information	Seite: 6 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

(5) § 11 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.

§ 12

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. 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 auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.

(4) Personenbezogene Daten werden im Krankenhaus elektronisch erfasst, verarbeitet und archiviert.

(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.

Alle Mitarbeiter des Krankenhauses unterliegen der Schweigepflicht. Ihre persönlichen Daten sind vor unbefugter Kenntnisnahme bzw. Weitergabe geschützt und werden ohne Ihre Erlaubnis nicht weitergegeben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können andere Ärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Es werden grundsätzlich nur diejenigen Angaben übermittelt, die zu deren Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Krankenunterlagen werden bis dreißig Jahre aufbewahrt

§ 13

Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten (s. Patientenbroschüre).

§ 14


Eingebrachte Sachen

(1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.

(2) Geld und Wertsachen werden in der Verwaltung in zumutbarer Weise verwahrt. Das Krankenhaus kann die Verwahrung in begründeten Ausnahmefällen ablehnen.

(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.

	Information	Seite: 7 von 7
	Allg. Vertragsbedingungen zur stationären, teil-, vor- und nachstationären Behandlung	Version: 4
		Dok.-Nr.: 50860
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

(5) Im Falle 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.

§ 15

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 Kenntnisse 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 am Sitz des Krankenhauses zu erfüllen.

§ 17

Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.06.2018 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 28.05.2018 ungültig.