

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
für
das Alexianer – Krankenhaus Köln
Träger: Alexianer – Köln GmbH

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nicht anders vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Alexianer – Krankenhaus, Kölner Str. 64, 51149 Köln und dem Patienten bei vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen-, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehung zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden gem. §§ 305 ff. BGB für Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern 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) sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen

- (1) Die vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen -, 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 medizinische zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - a) die während des Krankenhausaufenthaltes 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 Frührehabilitation im Sinne von §39 Abs. 1 S. 3 SGB V,
 - e) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 a SGB V.
- (3) Nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen sind:
 - a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung durchgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht, besteht.
 - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Gehhilfen, Rollstühle),
 - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - d) Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gem. § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erbracht werden dürfen,
 - e) Dolmetscherkosten,
 - f) die Kinder- und Jugendpsychiatrie (bis zu 18 Jahren),
 - g) die forensische Psychiatrie,
 - h) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
- (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 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 außerhalb der qualitativen oder quantitativen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung 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 ist 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.

- (4) 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 gesetzlichen Krankenversicherten 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 hierüber.

- (5) Entlassen wird,
- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) wer die Entlassung aus der stationären oder teilstationären Behandlung ausdrücklich wünscht, solange die Behandlung nicht auf der Grundlage des Psych KG-NRW oder einer gesetzlichen Betreuung erfolgt.

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 Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlungen (Krankenhauseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verlegung 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, 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.
- (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 Krankenhausleistung.
- (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 Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis

§ 6 Wahlleistungen

- (1) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten oder dem Zahlungspflichtigen können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes und der Gebührenordnung für Ärzte neben den Pflegesätzen abweichend von den Allgemeinen Krankenhausleistungen – 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 Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden.
 - b) die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, einschließlich der vereinbarten Komfortelemente,
 - c) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
- (2) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i.S. des Abs. 1 Buchstabe a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden erbringt der Leitende Arzt der Fachabteilung des Krankenhauses persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Fachabteilung (§4 Abs. 2 GOÄ). Im Verhinderungsfall (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, etc.) übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.
- (3) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

- (4) Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- (5) 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

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

§ 8 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse 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 medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.
- (2) 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 / PEPP-Entgelttarif.

§ 9 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 seine ausdrückliche Einwilligung erklärt, dass die Daten an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- (3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt 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 Rechnungsbeitrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§288 Abs. 1BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von Euro 5,- 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.

§ 10 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach §17b oder PEPP-Entgelten nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§8 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung – BpflV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
- (2) 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. 4 BpflV oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).

§ 11 Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur aus zwingenden oder therapeutischen 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, wird der Eingriff ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.

- (3) Absatz 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 im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 13 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 und eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien - auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten bleiben unberührt. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten. Der Patient hat zudem ein Recht auf Auskunft.
- (4) Personenbezogene Daten werden gespeichert und an die Verwaltung sowie an Dritte übermittelt, soweit dies zur Durchführung der Behandlung und Pflege einschließlich der Leistungsabrechnung oder zur Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflichten im Rahmen der Zweckbestimmung des Aufnahmeantrages zur Erfüllung der durch Rechtsvorschrift den Krankenhäusern zugewiesenen öffentlichen Aufgaben erforderlich ist.
- (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.
- (6) Die Seelsorge ist gemäß dem Konzept zur Krankenhausseelsorge in das erweiterte Behandlungsteam eingebunden. Der Krankenhausseelsorger darf in diesem Rahmen Patientendaten verarbeiten, ohne dass hierzu eine gesonderte Einwilligung im Einzelfall erforderlich wäre. Das Konzept zur Krankenhausseelsorge ist Bestandteil des Behandlungsvertrages und kann auf Wunsch eingesehen werden.
- (7) Die Diagnose kann zu Abrechnungszwecken auf der Rechnung ausgedruckt werden.

§ 14 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 15 Eingebraachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus 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 Absatzes 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) Absatz 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.
- (7) Von der Einrichtung in Verwahrung genommene Geldbeträge und Wertsachen können zur Deckung fällig gewordener Rechnungen ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden.

§ 16 Haftungsbeschränkung

- (1) Der Patient verpflichtet sich zum Ersatz der Schäden, die durch ihn –soweit er die Tragweite seiner Handlung erkennen kann– schuldhaft verursacht werden.
- (2) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten, 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.
- (3) 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.

§ 17 Zahlungsort

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

§ 18 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.08.2024 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.08.2022 aufgehoben.