Krankenhaus Waldfriede
Berlin-Zehlendorf

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

für stationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Leistungen, ambulante Operationen und Notfallbehandlungen

für das

Krankenhaus Waldfriede e.V.

im Folgenden Krankenhaus genannt

Stand: September 2020

Inhaltsübersicht

§ 1 Geltungsbereich
§ 2 Rechtsverhältnis
§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen
§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung
§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung
§ 6 Wahlleistungen
§ 7 Sonstige Krankenhausleistungen
§ 8 Entgelt
§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten
§ 10 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern
§ 11 Unterrichtung des Patienten
§ 12 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen
§ 13 Beurlaubung
§ 14 Ärztliche Eingriffe
§ 15 Obduktion
§ 16 Aufzeichnung, Verarbeitung und Weitergabe von Daten
§ 17 Hausordnung
§ 18 Eingebrachte Sachen
§ 19 Haftungsbeschränkung
§ 20 Zahlungsort
§ 21 Gerichtsstand
§ 22 Zahlungsort
§ 23 Schlussbestimmung
§ 24 Inkrafttreten

§ 1
Geltungsbereich

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) gelten, soweit nichts anderes vereinbart, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus Waldfriede e.V. und den Patienten bei vollstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Krankenhausleistungen.

§ 2
Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.

(2) Die AVB werden für Patienten und Begleitperson wirksam, wenn diese

- jeweils ausdrücklich darauf hingewiesen wurden,
- von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten,
- sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3
Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Die stationären sowie die 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 unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes 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 (SBG V),

b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,

c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,

d) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

(3) Nicht Gegenstand der stationären 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 besteht,

b) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger,

c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmgehstützen, Krankenfahrstühle),

d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,

e) Aufnahme einer Begleitperson, soweit keine medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme besteht.

f) Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß §137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.

(4) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf die diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

(5) Die Leistungspflicht des Krankenhauses beginnt mit der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus und endet, sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

§ 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 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 des aufgenommenen Patienten im Rahmen der 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 Patienten ohne medizinische Notwendigkeit 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. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des Patienten. Das Krankenhaus informiert den Patienten hierüber.

(5) Entlassen wird:

a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der stationären 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 während seiner stationären Behandlung, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.
Eine medizinisch notwendige Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind. Eine auf Wunsch des Patienten aufgenommene Begleitperson wird entlassen, wenn der Patient es gegenüber dem Krankenhaus erklärt, spätestens jedoch, wenn der Patient entlassen wird.

§ 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 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 vierzehn 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 Krankenhausbehandlung 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.

§ 6
Wahlleistungen

(1) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeit des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Krankenhaustarifs, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden, die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:

a) die wahlärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, sowie deren privaten Abrechnungsstellen. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.

b) die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,

c) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,

d) individuelle Wahlleistungen.

(2) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.

(3) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Absatz 1 a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Klinik oder des Instituts der Kliniken persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Klinik / des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ). Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.

(4) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren und jeweils einzeln zu unterschreiben.

(6) Das Krankenhaus kann Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnung oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen.

(7) Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Klinikleistungen 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.

(8) In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleisteten Einrichtungen, auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden, nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.

§7
Sonstige Krankenhausbehandlung

Bei der vom Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V und § 116b SGB V ASV, sowie vor, nachstationären und ambulanten Behandlungen einschließlich Notfallbehandlungen gilt diese AVB sinngemäß.

§8
Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage 2). Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG) abgerechnet werden, 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.

§ 8 a
Entgelte für ambulante Leistungen

(1) Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.

(2) Bei selbstzahlenden Patienten rechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation / stationsersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung

§ 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 diesen 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) Liegt bei gesetzlich Krankenversicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vor, sind gesetzlich Krankenversicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet.

(3) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der stationären 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.

§ 10
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 innerhalb der genannten Zahlungsfristen verpflichtet. Die Abwicklung mit den privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen sind vom Selbstzahler eigenständig vorzunehmen.

(3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechungen 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 Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.

(6) Bei Zahlungsverzug werden i. d. R. Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) sowie Mahngebühren in Höhe von 4,- EUR pro Mahnung berechnet.

(7) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

(8) Das Krankenhaus ist berechtigt, bei Nichtzahlung der Behandlungskosten ein Inkassounternehmen bzw. einen Rechtsanwalt zur Verfolgung der Forderung einzuschalten. Dazu kann es erforderlich werden, dass Patientendaten an das Unternehmen weitergeleitet werden müssen.

§ 11
Unterrichtung des Patienten

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die von den Kliniken erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlende 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 Verwaltung der Kliniken erklären.

§ 12
Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

(1) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung von mindestens 50% der voraussichtlichen Krankenhausgesamtrechnung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthaltes kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung von mindestens 75% der voraussichtlichen Krankenhausgesamtrechnung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 KHEntgG).

§ 13
Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes und des zuständigen Kostenträgers beurlaubt.

§ 14
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 ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist. Im Notfall wird von einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten ausgegangen.

(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.

§ 15
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) Nächster Angehöriger i. S. 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 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. Die Kosten für die Untersuchung durch einen Arzt des Krankenhauses, die Obduktion sowie die Ausstellung des Leichenschauscheins werden gesondert berechnet. Die Kosten dafür sind dem jeweilig gültigen DRG Entgelttarif zu entnehmen.

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

(5) § 15 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.

§ 16
Aufzeichnung, Verarbeitung und Weitergabe von 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 Arztes bleiben unberührt. 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.

(4) Meine medizinische Dokumentation wird nach einer i. d. R 2-jährigen Aufbewahrung im Krankenhaus an einen externen Dienstleister (ZIPPEL-JALEM Service GmbH, Tauchltzer Str., 07613 Crossen) zur Aufbewahrung und ggf. zur Digitalisierung gemäß § 11 des BDSG übergeben. Dieser Auslagerung können Sie widersprechen, die Verwahrung der Akten bei dem externen Dienstleister unterliegt strengen Datenschutzrichtlinien und wurde vom Datenschutzbeauftragten des Krankenhauses geprüft.

(5) Sollten weiterführende Untersuchungen bei externen Ärzten/Instituten notwendig sein, werden untersuchungs- und abrechnungsrelevante Daten u. a. an folgende Einrichtungen weitergegeben:

Institut für Pathologie
Casper-Theyß-Straße 27
14193 Berlin

Lipke & Lipke
Maximiliankorso 63
13465 Berlin

MDI Limbach Berlin GmbH
Sonnenburger Str. 70
10437 Berlin

Hempel Gesundheitspartner GmbH
Prinzenallee 84
13357 Berlin

PVS berlin-Brandenburg GmbH & Co. KG
Invalidenstr. 92
10115 Berlin

PAS – Privatärztliche Abrechnung Stolzke GmbH
Wittestraße 30
13509 Berlin

(6) Medizinische Unterlagen werden zur Vorbereitung auf die Abrechnung und zur Bearbeitung von Rechnungsprüfungen durch Kostenträger an folgendes Beratungsunternehmen weitergeleitet:

elbamed GmbH
Großmoorring 4
21079 Hamburg

(7) In Notfällen, bei Mitbehandlung anderer Fachabteilungen oder interdisziplinärer Behandlung in einem anderen Fachbereich erfolgt im Interesse des Patienten ein schneller, unkomplizierter Zugriff auf die Behandlungsdaten durch alle an der Behandlung beteiligten Ärzte/Therapeuten. Sie können dieser Dateneinsicht jederzeit widersprechen, allerdings ist dann nach Entscheidung des behandelnden Arztes eine ordnungsgemäße Behandlung u.U. nicht mehr möglich, was zur Beendigung der Behandlung führen kann. Wir nehmen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen den Schutz Ihrer Privatsphäre bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten (medizinische Daten) sehr ernst. Wir möchten, dass Sie sich sicher fühlen, ein Zugriff auf Ihre Daten erfolgt daher auch nur dann, wenn dies für Ihre Behandlung unvermeidbar möglich ist.

(8) Ärzte, die in Berlin bei einem Patienten eine Krebserkrankung feststellen, sind verpflichtet, die in § 2 Abs. 1 und 2 des nach Artikel 13 des Staatsvertrages über das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen vom 20./24. November 1997 (GVBl. 1998 S. 174), geändert durch den Staatsvertrag vom 14. März, 4./25. April, 22. Mai, 13./26. Juni 2006 (GVBl. S. 1170), als Landesrecht fortgeltenden Krebsregistergesetzes vom 4. November 1994 (BGBl. I S. 3351) sowie die in Artikel 3 Abs. 1 und 2 des Staatsvertrages genannten Angaben spätestens bis zum Ende des auf das Kalendervierteljahr folgenden Monats an die Vertrauensstelle des Gemeinsamen Krebsregisters zu übermitteln oder durch ein klinisches Krebsregister übermitteln zu lassen. In den Fällen des Artikels 3 Abs. 3 des Staatsvertrages sind Ärzte und Zahnärzte in Berlin außerdem (2) Der Patient ist nach Maßgabe des § 3 Abs. 2 Satz 1, 3, 5 und 8 des Krebsregistergesetzes über die erfolgte oder beabsichtigte Meldung seiner Krebserkrankung zu informieren. Ein Widerspruchsrecht gegen die Meldepflicht besteht nicht. § 3 Abs. 2 Satz 2, 4, 6 und 7, § 4 Abs. 1 Nr. 8 und § 5 Abs. 1 Nr. 7 des Krebsregistergesetzes sind nicht anzuwenden.

(9) Die Fotodokumentation von Verletzungen/ Erkrankungen (z. Bsp. Dekubitus) erfolgt nur nach vorheriger Rücksprache mit dem Patienten und zur Sicherung des Behandlungsgeschehens.

(10) Bei den EDV-Anwendungen kann es erforderlich werden, dass Fremdfirmen mit der Wartung und Pflege beauftragt werden müssen, wenn dies nicht durch Mitarbeiter des Krankenhauses erledigt werden kann. In Einzelfällen kann es

nicht ausgeschlossen werden, dass die Mitarbeiter der Fremdfirma in Ausführung der Wartungs- und Pflegearbeiten Einsicht in die Patientendaten erhalten. Die Fremdfirmen sind jedoch auf das Datengeheimnis verpflichtet worden.

Videoüberwachung: Einige Bereiche im Krankenhaus Waldfriede sind videoüberwacht und mit Hinweisschildern gekennzeichnet. Die Videoüberwachung in den Aufwachräumen und Intensivbetten gehören zu den ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen und dienen der medizinischen Überwachung zum Wohle der Patienten.

§ 17
Hausordnung

Der Patient, Begleitpersonen und Besucher sind an die Hausordnung gebunden. Die Hausordnung wird von der Geschäftsführung des Krankenhauses Waldfriede erlassen und ist in den Patientenzimmern ausgelegt. Ferner kann diese im Aufnahmezentrum eingesehen werden. Sie ist Bestandteil der AVB in der jeweils gültigen Fassung.

§ 18
Eingebrachte Sachen

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

(2) Geld und Wertsachen können auf Wunsch des Patienten vom Pflegepersonal in für das Krankenhaus zumutbare Weise verwahrt werden.

(3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und vom Pflegepersonal sicher verwahrt.

(4) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt wurden.

(5) Im Fall des Abs. 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf hingewiesen, 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 diese Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 19
Haftungsbeschränkung

(1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten oder der Begleitperson, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet das Krankenhaus nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsache, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Für das Abhandenkommen von Gegenständen wie Brillen, Hörgeräte oder Zahnprothesen haftet das Krankenhaus nur, wenn die Umstände des Abhandenkommens und der dafür Verantwortliche eindeutig feststehen. Eine Haftung erfolgt somit nur, wenn unsere Bediensteten für den Schaden verantwortlich sind.

§ 20
Zahlungsort

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

§ 21
Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist Berlin.

§ 22
Schlussbestimmung

Sollten einzelne Bestimmungen dieser AVB ganz oder teilweise ungültig sein oder werden, so bleiben die übrigen gleichwohl gültig. An der Stelle unwirksamer Bestimmungen sollen solche treten, die der beabsichtigten Regelung unter angemessener Wahrung beiderseitigen Interesse am nächsten kommen.

§ 23
Inkrafttreten

Diese AVB des Krankenhauses Waldfriede e.V. treten am 03.09.2020 in Kraft. Gleichzeitig werden die bis dahin gültigen AVB des Krankenhauses Waldfriede e.V. aufgehoben.

Berlin Zehlendorf, den 03.09.2020