

ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN (AVB)

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinik Manhagen und den Patienten. Sie gelten bei nachfolgenden Formen der Leistungen: voll-, sowie tages- und teil-, vor- und nachstationäre sowie tagesklinisch-ambulante Leistungen der Klinik Manhagen. –und den Leistungen der Klinik Manhagen im Bereich des ambulanten Operierens, sonstigen stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen.

§ 2 Rechtsverhältnisse

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten¹ 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 Vertragsschlusses 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 und die tagesklinisch-ambulanten Krankenhausleistungen – auch in Form der tages-, teil- sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen – umfassen

- a) die allgem. Krankenhausleistungen durch angestellte und nicht fest angestellte Ärzte gem. § 2 KHEntgG.
- b) die ärztlichen Wahlleistungen durch angestellte Ärzte gem. § 2 KHEntgG, denen das Krankenhaus das Liquidationsrecht eingeräumt hat.

(2) Die Leistungen des ambulanten Operierens gemäß § 115 b SGB V umfassen die operativen Eingriffe, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenträger gemeinsam und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart haben (sog. Katalogoperationen); diese werden auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten durch diese ambulant im Krankenhaus erbracht. Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung der Patientin/ des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter im Rahmen der von der Klinik zu erbringenden orthopädisch-therapeutischen Leistungen und die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson.

(3) Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen im einzelnen aufgeführten Leistungen des Krankenhauses.

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

(5) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen und nicht von den Klinik-Fallpauschalen erfasst sind

- a) bei Privatpatienten die Leistungen, die die Wahlärzte der Klinik anordnen, erbringen und überwachen und die sie nach Maßgabe der Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen.
- b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes leihweise oder gegen Erstattung mitgegeben werden bzw. die nicht in den Fallpauschalen der Klinik enthalten sind (z. B. Krankenfahrstühle).

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern im gesamten Text die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe beinhaltet keine Wertung und gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder der tagesklinisch-ambulanten Behandlung oder eines ambulanten Eingriffs gemäß § 115 b SGB V bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles und wird durch die angestellten Chefarzte der Klinik im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungskapazität entschieden.
- (2) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Arztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch des Patienten im Rahmen der Wahlleistungen (§6) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
- (3) 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 gesetzlich 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.
- (4) Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Arztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf eine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haften weder das Krankenhaus noch dessen Ärzte für die entstehenden Folgen. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht mehr gegeben sind.
- (5) Die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Behandlungsvertrag endet mit der Entlassung.

§ 5a Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) im Rahmen seiner Möglichkeiten 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 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 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 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 Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.
- (6) Die medizinische Zuständigkeit für die Durchführung der Leistungen nach § 5 Abs. 1 der AVB liegt beim Krankenhaus und den nach § 2 KHEntgG festangestellten und nicht festangestellten Ärzte für ihre jeweiligen Patienten.

§ 5b Tagesstationäre Behandlung

- (1) In Fällen, die medizinisch geeignet sind und in denen die häusliche Versorgungssituation des Patienten es zulässt, kann das Krankenhaus mit Einwilligung des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Die Erbringung tagesstationärer Behandlungen ist sowohl für das Krankenhaus als auch für den Patienten freiwillig. Voraussetzung ist eine Indikation einer stationären somatischen Behandlung. Ferner ist ein täglich mindestens sechsständiger Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus erforderlich, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlungen erbracht werden. Das Krankenhaus kann die Erbringung tagesstationärer Behandlungen jederzeit einstellen und die Behandlung als vollstationäre Behandlung fortführen.

§ 6 Entgelt

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

§ 7 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 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- /PEPP-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 oder elektronische Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8 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 Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung oder als beihilfeberechtigte Person von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen / der Beihilfestelle Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen / der Beihilfestelle erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte seine ausdrückliche Einwilligung erklärt, dass die Daten an das private Krankenversicherungsunternehmen / die Beihilfestelle 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 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 behält die Klinik Manhagen sich vor Mahngebühren zu berechnen, 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.

§ 9 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).

§ 10 Wahlleistungen

- (1) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeit des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
 - a) die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit weiteren Zusatzleistungen,
 - b) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
 - c) die Gestellung einer Sonderwache,
 - d) sonstige zusätzliche Leistungen.
- (2) Von dem Patienten gewünschte Vereinbarungen über „wahlärztliche Leistungen“ sind direkt mit dem Hauptbehandler und den Wahlärzten abzuschließen, wenn dies zuvor mit dem Krankenhaus im Rahmen des Aufnahme- und Behandlungsvertrages so vereinbart worden ist. Zu den Wahlärzten der Klinik, die aufgrund einer Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen tätig werden, gehören alle angestellten Ärzte der Klinik, denen der Krankenhausträger das Liquidationsrecht gewährt hat (interne Wahlärztkette) und

die von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Hauses (externe Wahlartzkette), die ihre wahlärztlichen Leistungen, genau wie die Ärzte der internen Wahlartzkette gegenüber den Patienten, die wahlärztliche Leistungen gewählt haben, direkt nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen können. Wahlärztliche Leistungen sind nicht Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen, die mit der Fallpauschale der Klinik abgerechnet werden.

- (3) Bei denjenigen Patienten, die keine wahlärztlichen Leistungen gewählt haben und ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen bekommen, gehören alle während des Krankenhausaufenthaltes erforderlichen Leistungen anderer Ärzte und ärztlich geleiteter Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses zu den sogenannten Leistungen Dritter gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG. Die für diese Leistungen entstehenden Kosten sind in den Fallpauschalen des Krankenhauses enthalten und nicht separat zu bezahlen.
- (4) Gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen werden durch die Wahlärzte selbst oder unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ). In Fällen, in denen der Wahlarzt aus bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung unvorhersehbaren Gründen verhindert ist, übernimmt seine Aufgaben der in der Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen benannte ständige ärztliche Vertreter des Wahlarztes die Leistungen für das jeweilige Fachgebiet.
- (5) „Privatärztliche Leistungen“ sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

§ 11 Beurlaubung

Während der stationären Behandlung dürfen Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des zuständigen Arztes das Krankenhaus verlassen.

§ 12 Ärztliche Eingriffe

- (1) Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit der Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
- (2) Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach Überzeugung des zuständigen Arztes 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 ein zur Vertretung Berechtigter (z.B. Betreuer oder rechtsgeschäftlich Bevollmächtigter) nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 13 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 (Abs. 1). Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

Die Rechte des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien – auch in elektronischer Form – gemäß § 630g BGB bleiben unberührt. Der Patient hat zudem ein Recht auf Auskunft.

Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und der Verpflichtungen aus den Regeln des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Hausordnung

Das Krankenhaus hat für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes Verhaltensregeln aufgestellt (Hausordnung). Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 15 Eingebrachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände mitgebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen sollten nur im unabdingbaren Umfang mitgebracht werden, eine sichere Verwahrung kann in einem Tresor im Zimmer des Patienten nicht garantiert werden.
- (3) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über und werden für soziale bzw. gemeinnützige Zwecke zur Verfügung gestellt, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. Eine Information der Eigentümer ist nur möglich, wenn diese bekannt sind.
- (4) Abs. 3 gilt nicht für Gegenstände, Geld und Wertsachen, die von der Klinik verwahrt werden.

§ 16 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 Klinik zur Verwahrung übergeben wurden.
- (2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Klinik verwahrt wurden, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangen der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt mit der Entlassung des Patienten.

§ 17 Zahlungsort und Gerichtsstand

Der Zahlungspflichtige hat seine Zahlungsverpflichtung auf seine Gefahr und seine Kosten am jeweiligen Hauptsitz des Trägers zu erfüllen. Gerichtsstand ist ebenfalls der Hauptsitz des Trägers. Zahlungsrückstände werden nach angemessenen Mahnverfahren durch ein Inkassobüro eingefordert.

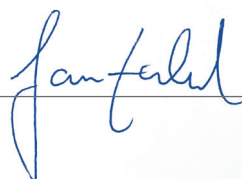
§ 18 Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) sind am 1. Februar 1997 in Kraft getreten und gelten in der jeweils neuesten Fassung.

Großhansdorf, den 01. August 2025



Axel Post



Jan Zabel