



Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

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

für die

Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

im Folgenden -Kliniken- genannt

Inhalt

§ 1 Geltungsbereich	4
§ 2 Rechtsverhältnis	4
§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen.....	4
§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung	5
§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung	6
§ 6 Wahlleistungen.....	7
§ 7 Sonstige Krankenhausbehandlung	8
§ 8 Entgelt.....	8
§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten.....	9
§ 10 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern.....	9
§ 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen	10
§ 12 Beurlaubung	10
§ 13 Ärztliche Eingriffe.....	10
§ 14 Obduktion.....	11
§ 15 Aufzeichnung von Daten.....	11
§ 16 Weitergabe von Daten an den einweisenden bzw. den mit-/weiterbehandelnden Vertragsarzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V.....	12
§ 17 Weitergabe von Daten gemäß § 301 SGB V bzw. nach § 17c Abs. 5 KHG an den Kostenträger.....	12
§ 18 Hausordnung.....	13
§ 19 Eingebraachte Sachen	13
§ 20 Haftungsbeschränkung.....	13
§ 21 Zahlungsort	14
§ 22 Gerichtsstand	14
§ 23 Schlussbestimmung	14
§ 24 Inkrafttreten	14

Anlage 1 DRG-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Anlage 1a Anlage zum DRG-Entgelttarif 2017

Anlage 2 Entgelte für ambulante Leistungen, einschließlich Notfalleleistungen

Anlage 3 Wahlleistungen

Anlage 3a Wahlärzte

Anlage 3b Einbettzimmer

Anlage 4 Hausordnung

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen den Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH an den Standorten:

99310 Arnstadt, Bärwinkelstraße 33,
98693 Ilmenau, Oehrenstöcker Straße 32,

und den Patienten sowie Begleitpersonen bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sowie bei der Durchführung von ambulanten Operationen, Notfallbehandlungen und sonstigen ambulanten Leistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sowie mit der Begleitperson sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten und Begleitpersonen 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 von den Kliniken angebotenen Leistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen, wie vollstationäre, vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen, ambulanten Operationen sowie sonstige ambulante Leistungen und Wahlleistungen.
- (2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Kliniken im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - (a) die während des Klinikaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - (b) die von den Kliniken veranlassten Leistungen Dritter,
 - (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten, bei bestehender Möglichkeit der Unterbringung in den Kliniken,

- (d) Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
 - (e) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung nach § 7 ThürBestG,
- (3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind
- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, die Kliniken keine eigene Dialyseeinrichtung haben und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
 - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Klinikaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle),
 - c) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
 - d) die Aufnahme einer Begleitperson, soweit keine medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme besteht.
- (4) Das Vertragsangebot der Kliniken erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die Kliniken im Rahmen ihrer medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet sind.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Kliniken wird aufgenommen, wer der vollstationären, vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung oder der ambulanten 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 der Kliniken - einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- (3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung in den Kliniken 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 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. Die Kliniken informieren den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

- (5) Entlassen wird,
- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die Kliniken, haften die Kliniken für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson kann nicht in den Kliniken verbleiben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Die Kliniken können 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 nicht überschreiten darf, wird beendet,
- a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Klinikarztes 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 der Kliniken 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 Klinikleistungen.

- (5) Die Kliniken unterrichten 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 den Kliniken und dem Patienten bzw. der Begleitperson können im Rahmen der Möglichkeiten der Kliniken und nach näherer Maßgabe des Krankenhaustarifs und Anlage 3, die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
- a) wahlärztliche Leistungen: die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte der Kliniken, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Kliniken. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen von den Kliniken berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung,
 - b) die Unterbringung in einem Einbettzimmer inklusive Komfortleistungen,
 - c) die Unterbringung in einem Einbettzimmer,
 - d) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
 - e) individuelle Wahlleistungen.
- (2) Die zwischen den Kliniken und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- (3) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde das Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
- (4) Die Kliniken können den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- (5) Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen im Sinne des Absatz 1 a) werden, auch soweit sie von den Kliniken berechnet werden, vom Wahlarzt der Klinik oder des Instituts der Kliniken persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Klinik/des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht.
- (6) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren und jeweils einzeln zu unterschreiben.
- (7) Die Kliniken können Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen 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) Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens der Kliniken sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

§ 7 Sonstige Krankenhausbehandlung

Bei von den Kliniken durchgeführten ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V, sowie vor-, nachstationären und ambulanten Behandlungen einschließlich Notfallbehandlungen gilt diese AVB sinngemäß.

§ 8 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen der Kliniken richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist.

- (1) Stationäre Krankenhausleistungen, teilstationäre, vorstationäre und nachstationäre Leistungen (*Anlage 1*)

Soweit die Klinikleistungen 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.

- (2) ambulantes Operieren/stationersetzende Eingriffe, Notfallbehandlungen und ambulante Leistungen (*Anlage 2*)

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.

Bei selbstzahlenden Patienten rechnen die Kliniken die erbrachten Leistungen nach der GOÄ/GOZ ab.

Nummer 2 gilt nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation/stationersetzenden Leistung bzw. der Notfallbehandlung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes.

§ 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 Klinikleistungen verpflichtet ist, rechnen die Kliniken ihre Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen der Kliniken 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 in den Kliniken 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 von den Kliniken an die Krankenkasse weitergeleitet wird, sofern keine gesonderten Regelungen bestehen.
- (3) Gesetzlich Krankenversicherte, 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.

§ 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 den Kliniken gegenüber Selbstzahler.
- (2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen den Kliniken 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 (nach § 301 SGB V), die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, und dass die private Krankenversicherung die Rechnung entsprechend des geschlossenen Vertrages mit den Kliniken zu 100 % ausgleicht. Erfolgt der Zahlungsausgleich der privaten Krankenversicherung nicht fristgerecht und/oder nicht in der berechneten Höhe, wird der Differenzbetrag dem Selbstzahler berechnet.
- (3) Für Klinikleistungen können Zwischenrechnungen erstellt 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 innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Rechnung fällig.

- (6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 5 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.

§ 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit die Kliniken nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach §17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnen, können sie für Klinikaufenthalte, angemessene Vorauszahlungen verlangen.
Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 8 Abs. 5 Bundespflegesatzverordnung - BpflV).
- (2) Soweit die Kliniken auf der Grundlage von DRG nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnen, können sie für Klinikaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
- (3) Ab dem achten Tag des Klinikaufenthalts können die Kliniken 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 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG).

§ 12 Beurlaubung

Mit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.

§ 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 Klinikarztes 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.

§ 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 der 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:
 - (a) der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
 - (b) die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
 - (c) 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,
 - (d) die volljährigen Geschwister,
 - (e) 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 nahe gestanden 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 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- (5) § 14 AVB 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 von Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der Kliniken.
- (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, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Klinikarztes bleiben unberührt.

- (4) Die Krankenakten können ganz oder teilweise auf digitalen Datenträgern archiviert werden.
- (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) Vom Patienten mitgebrachte Unterlagen/Befunde werden der Patientendokumentation zugeführt und zur Behandlung mit verwendet.

§ 16 Weitergabe von Daten an den einweisenden bzw. den mit-/weiterbehandelnden Vertragsarzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Gemäß dieser Vorschrift und in Verbindung mit dem dreiseitigem Vertrag zur Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGBV, die die Datenübermittlung zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus regelt, ist die Angabe des Hausarztes, einweisenden Arztes und/oder eines niedergelassenen Facharztes durch den Patienten verpflichtend.

Behandlungsdaten/Befunde des Patienten werden durch das Krankenhaus den einweisenden bzw. den mit-/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt.

Ferner ermöglicht diese Vorschrift, dass bei den o.g. Ärzten vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für die Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können.

§ 17 Weitergabe von Daten gemäß § 301 SGB V bzw. nach § 17c Abs. 5 KHG an den Kostenträger

Gemäß dieser Vorschrift werden Patientendaten über die Person, den sozialen Status sowie für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. den Kostenträger, weitere mitbehandelnde Ärzte, Einrichtung der Gesundheitsvorsorge oder Behandlung oder Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. gesetzlich oder privat versicherter Patient) variieren können:

1. Name, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
2. Versichertenstatus und Krankenversicherungsnummer,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, ebenso die medizinische Begründung zur Rechtfertigung der Behandlungsform gegenüber der Krankenkasse,
4. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operation und sonstigen Prozeduren,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder Verlegung, sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.

6. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen, sowie Aussagen zur Arbeitsunfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich Meldung den zuständigen Kostenträger erfolgen.

§ 18 Hausordnung

Die Patienten, Begleitpersonen und Besucher sind an die Hausordnung gebunden. Die Hausordnung wird von der Geschäftsführung der Kliniken erlassen und in den Patientenzimmern ausgelegt. Sie ist als Anlage 4 Bestandteil der AVB in der jeweils gültigen Fassung.

§ 19 Eingebrauchte Sachen

- (1) In die Kliniken sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Für mitgebrachte notwendige medizinisch-technische Geräte und Hilfsmittel haftet der Patient im vollen Umfang.
- (3) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für die Kliniken zumutbarer Weise und nur in Ausnahmefällen verwahrt.
- (4) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und in der Verwaltung in Verwahrung genommen.
- (5) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum der Kliniken über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (6) Im Fall des Abs. 5 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 der Kliniken übergehen.
- (7) Abs. 5 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.

§ 20 Haftungsbeschränkung

- (1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten oder der Begleitperson bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten oder der Begleitperson, die auf dem Grundstück der Kliniken oder auf einem von den Kliniken bereitgestellten Parkplatz bzw. im Parkhaus abgestellt sind, haften die Kliniken 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 des Verlustes oder der Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Kliniken verwahrt wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung *befinden bzw.* 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.

§ 21 Zahlungsort

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

§ 22 Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist Arnstadt.

§ 23 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.

§ 24 Inkrafttreten

Diese AVB der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH treten am 01.01.2017 in Kraft. Gleichzeitig werden die bis dahin gültigen AVB der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH aufgehoben.

Arnstadt, den 01.01.2017


Dr. med. M. John (MBA)
Geschäftsführer