

Die Abteilungen im Überblick...

- Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie
- Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie
- Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie
- Diagnostische und Interventionelle Radiologie
- Rückenmarkverletzte
- Septische Chirurgie
- Sportorthopädie, Knie- und Schulterchirurgie
- Orthopädische und traumatologische Fußchirurgie
- Psychotraumatologisches Zentrum für Diagnostik und Therapie (PZDT)
- BG Service- und Rehabilitationszentrum

Ihr Weg zu uns ...



BG Unfallklinik Frankfurt am Main gmbH
Friedberger Landstraße 430 · 60389 Frankfurt am Main
Telefon: +49 (0) 69 475-0 · Telefax: +49 (0) 69 475-2331
info@bgu-frankfurt.de · www.bgu-frankfurt.de

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

für vollstationäre / teilstationäre Behandlung
für vorstationäre / nachstationäre Behandlung
für ambulante Operationsleistungen und
stationersetzende Eingriffe

Inhaltsverzeichnis

Teil I

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

- ▶ für vollstationäre / teilstationäre Behandlung
- ▶ für vorstationäre / nachstationäre Behandlung

Teil II

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

- ▶ für ambulante Operationsleistungen und stationersetzende Eingriffe

Liebe Patient*innen,

als Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main setzen wir zur Heilung alle geeigneten Mittel ein. Ob Unfall oder Krankheit, unser Ziel ist es, unter Wahrung eines hohen Qualitätsstandards eine schnelle Heilung und Wiedereingliederung des Patient*innen in ihr/sein berufliches und soziales Umfeld herbeizuführen.

In unseren Fachabteilungen werden die Patient*innen durch ein eingespieltes und kompetentes Team von Ärzt*innen und Pflegekräften betreut.

Damit Sie über die Vertragsbedingungen informiert sind, überreichen wir Ihnen ein persönliches Exemplar.

Hier finden Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für stationäre Behandlung (Teil I) und für ambulante Operationsleistungen (Teil II) der BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH.

Bitte lesen Sie sich diese genau durch. Bei Fragen und Anregungen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter*innen jederzeit gerne zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und schnelle Genesung.

Ihre BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH

Teil I

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

- ▣ für vollstationäre / teilstationäre Behandlung
- ▣ für vorstationäre / nachstationäre Behandlung

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH und den Patient*innen bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehung zwischen dem Krankenhaus und der/dem Patient*in sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patient*innen 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 die/den Verwender*in der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
 - ▣ sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.
3. Die AVB können nicht mit Änderungen/Bedingungen versehen werden.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen

1. Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.
2. Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung der/des Patient*in für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - a) die während des Krankenhausaufenthalts 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 Mitnahme einer Begleitperson der/des Patient*in,
 - d) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
 - e) das Entlassmanagement i.S.d. § 39 Abs. 1 a SGB V.
3. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind
 - a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, da das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
 - b) die Leistungen der Belegärzt*innen, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger*innen,
 - c) Hilfsmittel, die der/dem Patient*in bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmgehstützen, Krankenfahrräder),

- d) Transporte im Zusammenhang mit der Aufnahme, Entlassung und Verlegung in ein anderes Krankenhaus.
 - e) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - f) Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
 - g) Dolmetscher*innenkosten.
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 Krankenhausbehandlung 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 Krankenhaus gesichert ist.
3. Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des/der behandelnden Krankenhausarztes/-ärztin für die Behandlung der/des Patient*in medizinisch notwendig 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 Patient*innen in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit der/dem Patient*in abgestimmt.

Eine auf Wunsch der/des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von der 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 der/des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert die/den gesetzlich Krankenversicherte*n hierüber.

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

Besteht die/der Patient*in entgegen ärztlichem Rat auf ihrer/seiner Entlassung oder verlässt sie/er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.

Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung

1. Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patient*innen 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 der/des Patient*in zur vollstationären Behandlung,
- b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist,
- c) wenn die/der Patient*in 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/der Krankenhausarztes/-ärztin gesichert oder gefestigt ist oder
- b) wenn die/der Patient*in 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/der einweisenden Arzt/Ärztin 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 Ärzt*innen gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.
5. Das Krankenhaus unterrichtet den/die einweisende*n Arzt/Ärztin unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung der/des Patient*in sowie diese*n und die an der weiteren Krankenhausbehandlung beteiligten Ärzt*innen über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Behandlungskostentarif in der gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist und der/dem Patient*in ausgehändigt wird.

§ 7 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten, gesetzlich Unfallversicherten oder Heilfürsorgeberechtigten

1. Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z. B. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften 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 die/der Patient*in eine Kostenübernahmeerklärung ihres/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 Pflegekostentarif / DRG-Entgelttarif.
3. Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter*innen bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8 Abrechnungen des Entgelts bei Selbstzahlenden

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 die/der Patient*in dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahlende*r.
2. Selbstzahlende sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern die/der Patient*in 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 die/der Versicherte

schriftlich ihre/seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) maschinenlesbar bzw. im Wege des elektronischen Datenaustausches 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 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 können Mahngebühren in Höhe von 5,00 € berechnet werden, es sei denn, die/der Patient*in 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 nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung – BPFIV – a. F. oder § 8 Abs. 5 BPFIV – n. F.)

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

§ 10 Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung grundsätzlich nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patient*innen daher nur in Ausnahmefällen – soweit ärztlich vertretbar – zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs und nur mit Zustimmung des/der leitenden Abteilungsarztes/-ärztin beurlaubt. Es gelten die Regelungen der DGUV und des Landesvertrags gem. §112 SGB V in der gültigen Fassung. Krankentransport- und Reisekosten während der Dauer des Urlaubs gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.

§ 11 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit der/des Patient*in werden nur nach ihrer/seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach ihrer/seiner Einwilligung vorgenommen.
2. Ist die/der Patient*in außerstande, die Einwilligung zu erklären, wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des/der zuständigen Krankenhausarztes/-ärztin zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beein-

trächtigung des Gesundheitszustandes der/des Patient*in unverzüglich erforderlich ist.

3. Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einer/einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patient*in ein zur Vertretung Berechtigter (z. B. die Eltern als gesetzliche Vertreter*innen, ein Vormund, ein*e Betreuer*in oder ein*e rechtsgeschäftlich Bevollmächtigte*r) nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder ihre/seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 12 Obduktion

1. Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
 - a) die/der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder
 - b) die/der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) der/des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen eine*r von ihnen, eingewilligt und dem/der Krankenhausarzt/-ärztin ein entgegenstehender Wille der/des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.
2. Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht die/der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
3. Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung
 - ▣ die/der Ehegatt*in bzw. eingetragene Lebenspartner*in,
 - ▣ die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
 - ▣ die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder, sofern die/der Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für ihre/seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einer/einem Pfleger*in zustand, diese*r Sorgeinhaber*in,

- ▣ die volljährigen Geschwister,
- ▣ die Großeltern.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn eine*r von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Ist ein*e vorrangige*r Angehörige*r innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung der/des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Der/dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die der/dem Verstorbenen bis zu ihrem/seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden hat; sie tritt neben die/den nächste*n Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle der/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. § 12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 13 Aufzeichnung und Daten

1. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, sind Eigentum des Krankenhauses.
2. Patient*innen haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

3. Das Recht der/des Patient*in oder einer/eines von ihr/ ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien, auch in Form von elektronischen Abschriften, auf ihre/seine Kosten und die Auskunftspflicht des/der behandelnden Krankenhausarztes/-ärztin bleiben unberührt.
4. Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Hausordnung

Die/Der Patient*in hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 15 Eingebrauchte Sachen

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Geld und Wertsachen können bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt werden.
3. Bei handlungsunfähig eingelieferten Patient*innen werden Geld und Wertsachen in Gegenwart einer/eines Zeug*in 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 Abs. 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.

6. Abs. 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 16 Haftungsbeschränkung

1. Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut der/des Patient*in bleiben, oder von Fahrzeugen der/des Patient*in bzw. mit aufgenommenen Begleitpersonen, 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 werden.
2. Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung der/des Patient*in.

§ 17 Zahlungsort

Die/Der Zahlungspflichtige hat ihre/seine Schuld auf ihre/seine Gefahr und ihre/seine Kosten in Frankfurt am Main zu erfüllen.

Bankverbindung:

Frankfurter Volksbank e.G., BLZ 501 900 00, Konto-Nr. 131 130
IBAN-Nr. DE 08 501 900 00 0000 131 130

§ 18 Gerichtsstand

Gerichtsstand ist Frankfurt am Main.

§ 19 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 12.03.2020 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 06.04.2018 aufgehoben.

Teil II

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für ambulante Operationsleistungen und stationersetzende Eingriffe

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH und den Patient*innen bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen.

§ 2 Rechtsverhältnis

Die Rechtsbeziehung zwischen dem Krankenhaus und der/dem Patient*in sind privatrechtlicher Natur.

§ 3 Umfang der Leistungen bei ambulanten Operationen

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

- (2) Die Verpflichtung des Krankenhauses beginnt nach Maßgabe des § 115b SGB V mit der Vereinbarung des Behandlungsvertrages und endet mit Abschluss der Nachsorge durch das Krankenhaus. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird durch den vertragsärztlichen Bereich erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

§ 4 Entgelt

- (1) Bei der Behandlung von Patient*innen, 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 Patient*innen, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen. Abweichende Regelungen s. § 4, Abs. 2.
- (2) Bei der Behandlung von Patient*innen zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung werden die erbrachten Leistungen auf Grundlage der UV-GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte für Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern) abgerechnet.
- (3) Bei selbstzahlenden Patienten rechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte / Zahnärzte (GOÄ / GOZ) ab.
- (4) Die Abs. 1, 2 und 3 gelten nicht, wenn die/der Patient*in an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation / stationersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.

§ 5 Abrechnungen des Entgelts bei Selbstzahlenden

- (1) Nach Beendigung der Behandlung wird eine Rechnung erstellt.
- (2) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (3) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (4) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5,00 € berechnet werden, es sei denn, die/der Patient*in weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringer Schaden entstanden ist.
- (5) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.
- (6) Legen Selbstzahlende eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Krankenhauses vor oder macht die/der Patient*in von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass die/der Versicherte schriftlich ihre/seine jederzeit widerrufbare Einwilligung in eine entsprechende Übermittlung der Abrechnungsdaten erklärt.

§ 6 Aufklärung und Mitwirkungspflicht der/des Patient*in

Ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen werden nur nach Aufklärung der/des Patient*in über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach ihrer/seiner Einwilligung vorgenommen. Der/die Patient*in hat die erforderlichen Angaben zu machen, die der/die Krankenhausarzt/-ärztin zur Beurteilung der Durchführbarkeit der geplanten ambulanten Operationen benötigt.

§ 7 Aufzeichnung und Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, sind Eigentum des Krankenhauses.
- (2) Patient*innen haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
- (3) Das Recht der/des Patient*in oder einer/eines von ihr/ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien, auch in Form von elektronischen Abschriften, auf ihre/seine Kosten und die Auskunftspflicht des/der behandelnden Krankenhausarztes/-ärztin bleiben unberührt.
- (4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 8 Hausordnung

Die/Der Patient*in hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 9 Eingebachte 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) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (4) Im Fall des Abs. 3 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.

§ 10 Haftungsbeschränkung

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

- (2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung der/des Patient*in.

§ 11 Zahlungsort

Die/Der Zahlungspflichtige hat ihre/seine Schuld auf ihre/seine Gefahr und ihre/seine Kosten in Frankfurt am Main zu erfüllen.

Bankverbindung:

Frankfurter Volksbank e.G., BLZ 501 900 00, Konto-Nr. 131 130
IBAN-Nr. DE 08 501 900 00 0000 131 130

§ 12 Gerichtsstand

Gerichtsstand ist Frankfurt am Main.

§ 13 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 12.03.2020 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 06.04.2018 aufgehoben.