
für das
Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz

vom 1. Juni 2022

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem

Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz

und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- 1) Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- 2) Die AVB werden gem. §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese
 - jeweils darauf hingewiesen wurden und von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.
Die AVB hängen in der Patientenmeldung aus und sind auf der Internetseite des Krankenhauses einsehbar.
- 3) Bei ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Institutsleistung / Notfallambulanz) finden, soweit nichts anderes vereinbart ist, die AVB sinngemäße Anwendung.

§ 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 des Patienten 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 Aufnahme einer Begleitperson des Patienten,
 - d) die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebserkrankten Patienten,
 - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1, S. 3 SGB V.
 - 3) Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 AVB 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 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 nicht besteht,
 - b) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger,
 - c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
 - d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
 - f) Dolmetscherkosten.
 - 6) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist. Vom Vertragsangebot ausgeschlossen sind Schwangerschaftsabbrüche.

§ 4 Aufnahme, Verlegung und 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 geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
 - 3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist.
Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von Wahlleistungen (§ 6 AVB) 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 oder in eine andere Klinik des Hermann-Josef-Krankenhauses verlegt werden. Die Verlegung wird vorher - soweit möglich - mit dem Patienten abgestimmt.
Eine auf Wunsch des Patienten 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 darüber.
-

- 5) Entlassen wird, wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder die Entlassung ausdrücklich wünscht. Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt 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.
- 6) Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht des Krankenhauses mit der Entlassung.

§ 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.
- 3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen, 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.

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- oder 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 nachstationären Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der Nachbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 Wahlleistungen

- 1) Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Wahlleistungstarifs - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – folgende Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
- a) die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden,
 - b) die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
 - c) die Unterbringung und Verpflegung einer medizinisch nicht verordneten Begleitperson,
 - d) die Bereitstellung eines Fernsprechapparates,
 - e) die Bereitstellung eines Internetzugangs.

Zu Punkt 1a)

Die Liquidation erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Eine verbindliche Aussage über die Höhe der entstandenen Kosten kann erst nach Abschluss der Behandlung erfolgen. Diese wird durch die Art und Schwere der Behandlung/des Eingriffs bestimmt. Bei schwierigen und zeitintensiven Vorgängen wird ein auf die einzelne GOÄ-Ziffer wirkender erhöhter Faktor in Ansatz gebracht.

Die GOÄ ist folgendermaßen aufgebaut: In der ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in der zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In der dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl entspricht ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert, welcher in Cents ausgedrückt ist. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, der in der vierten Spalte der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz)
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €

Bei dem im Beispiel in Spalte 4 festgelegtem Preis von 4,66 € handelt es sich um den so genannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann durch Steigerungsfaktoren erhöht werden. Der Steigerungssatz bemisst sich nach der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder der Schwierigkeit des Krankheitsfalles, so dass sich nicht abstrakt vorhersagen lässt, welche Steigerungsfaktoren bei welchem Krankheitsbild anzusetzen sind. Der Maximalsatz liegt bei dem 3,5-fachen des Gebührensatzes.

zu Punkt 1 b)

Die Wahlleistung „Unterbringung in einem Einbettzimmer“ wird auch dann besonders berechnet, wenn der Patient während seines stationären Aufenthaltes auf die Intensivstation verlegt wird und er die Reservierung im Rahmen der mit ihm abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarung beantragt hat. Dies gilt für maximal 4 Tage. Dabei werden 75 % des veranschlagten Satzes in Rechnung gestellt.

- 2) Das Krankenhaus wird im Rahmen seiner Möglichkeiten versuchen, dem Patienten das gewünschte Ein- oder Zweibettzimmer zur Verfügung zu stellen. Ein Anspruch hierauf besteht auch bei Vorliegen der jeweiligen privaten Kranken-/Zusatzversicherung nicht.
- 3) Die Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- 4) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i. S. des Abs. 1 Buchstabe a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der liquidationsberechtigte Arzt/Sektionsleiter der Fachabteilung persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger Arzt der Fachabteilung (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ). Hierunter fallen auch Leistungen, die unter Aufsicht des liquidationsberechtigten Arztes/Sektionsleiters nach fachlicher Weisung von nichtärztlichen Therapeuten erbracht werden. Im Fall der unvorhergesehenen Abwesenheit (Verhinderungsfall, wie z. B. Erkrankung des privatliquidationsberechtigten Arztes/Sektionsleiters, anderer Notfall) übernimmt die Aufgabe des liquidationsberechtigten Arztes/Sektionsleiters sein ständiger Stellvertreter. Das Privatliquidationsrecht des leitenden Arztes/Sektionsleiters bleibt auch im Verhinderungsfall bestehen.
- 5) Das Krankenhaus kann Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen.
- 6) Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- 7) In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten 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 Entgelt

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

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.

- 2) Wird Tagesverpflegung nicht oder nicht vollkommen eingenommen, tritt keine Minderung des Entgeltes für die Leistung des Krankenhauses ein.

§ 8 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- 1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z. B. Krankenkasse) 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. Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte haben in diesem Zusammenhang eine gültige Chipkarte oder eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Krankenkasse vorzulegen, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Andernfalls sind sie bis zu deren Vorlage als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet.
- 2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.
- 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. ihr gesetzlicher Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dieses ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 9 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 als Vertragspartner zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Auch bei Vorlage einer Chipkarte einer privaten Krankenkasse bleiben diese Patienten Vertragspartner des Krankenhauses und sind zur Entrichtung des Entgeltes für Krankenhausleistungen verpflichtet.
 - 3) Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden. Durch die direkte Abrechnung bleibt die Stellung des Patienten als Vertragspartner unberührt. Insbesondere hat der Patient selbst Einwendungen und Einreden gegen die Rechnung gegenüber dem Krankenhaus geltend zu machen.
 - 4) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
 - 5) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
-

- 6) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig. Zahlungsverzug tritt nach § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung gezahlt wird.
- 7) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) berechnet werden. Darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 10,00 Euro sowie sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten berechnet werden, es sei denn der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.
- 8) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 10 Vorauszahlungen und Abschlagszahlungen

- 1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 7 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. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

§ 11 Abtretungsverbot

Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus dem zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten getroffenen Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens des Patienten - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen – nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet.

§ 12 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 Chefarztes beurlaubt.

§ 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 Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.

- 3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter 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 die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
- 3) Nächste Angehörige im Sinne 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 und
 - 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 Tod in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden ist; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hat 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 wird.
- 5) § 13 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.

§ 15 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. 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 Krankenhausarztes 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.

§ 16 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 17 Eingebrauchte Sachen

- 1) In das Krankenhaus werden lediglich notwendige Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht.
- 2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung, in für das Krankenhaus zumutbarer Weise, verwahrt.
- 3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und zur Verwahrung übergeben.
- 4) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- 5) Im Fall des Absatzes 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.
- 6) Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung gesetzlicher Bestimmungen.

§ 18 Haftungsbeschränkung

- 1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
- 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 12 Wochen nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt mit der Entlassung des Patienten.

§ 19 Audio- / visuelle Aufzeichnungen und Internetnutzung durch Patienten

- 1) Audio- sowie visuelle Aufzeichnungen durch Patienten sind im gesamten Krankenhausbereich nicht gestattet. Auf die strafrechtlichen Konsequenzen gemäß §§ 201, 201 a ff. Strafgesetzbuch sowie die zivilrechtlichen Folgen gemäß § 823 BGB wird ausdrücklich hingewiesen.
- 2) Das Krankenhaus stellt dem Patienten auf schriftlicher Anmeldung eine Internetnutzung über Ticket-account während des stationären Aufenthalts zur Verfügung. Bei Verstößen insbesondere gegen das Datenschutzgesetz sowie das Urheberrechtsgesetz haftet der jeweilige Patient.

§ 20 Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Euro (€) gegenüber dem Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz, Gerichtsstand Erkelenz, zu erfüllen.

§ 21 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01. Juni 2022 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 13.04.2012 aufgehoben.

Anlagen:

- DRG Entgelttarif (Aushändigung über die Mitarbeiter der Patientenaufnahme im HJK)
 - Hausordnung
-