

# Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

vom 01. Januar 2022 für

## Diakonie-Klinikum Stuttgart

Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe gGmbH  
Rosenbergstraße 38, 70176 Stuttgart

### Inhaltsübersicht

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Rechtsverhältnisse
- § 3 Umfang der Krankenhausleistungen
- § 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung
- § 5 Vor- und nachstationäre Behandlung
- § 5a Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
- § 6 Entgelt
- § 7 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten
- § 8 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern
- § 9 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen
- § 10 Beurlaubung
- § 11 Ärztliche Eingriffe
- § 12 Obduktion
- § 13 Aufzeichnungen und Daten
- § 14 Hausordnung
- § 15 Eingebraachte Sachen
- § 16 Haftungsbeschränkung
- § 17 Zahlungsort, Erfüllungsort und Gerichtsstand
- § 18 Inkrafttreten

## § 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts Anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Diakonie- Klinikum Stuttgart Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe gGmbH und den Patienten bei vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

## § 2 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden für Patienten gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten 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 der Geltung einverstanden erklärt haben.

Die AVB und die Tarife als Anlage der AVB werden in der Patientenverwaltung zur Einsichtnahme ausgelegt und im Schaukasten gegenüber der Patientenverwaltung ausgehängt. Die Tarife sind Bestandteil der AVB.

## § 3 Umfang der Krankenhausleistungen

1. Die vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen
  - a) die allgemeinen Krankenhausleistungen und
  - b) die dabei gesondert vereinbarten und abzurechnenden Wahlleistungen, wie wahlärztliche Leistungen, Wahl-Unterbringung in einem 1Bett- oder 2Bett- Zimmer, Unterbringung und Verpflegung von medizinisch nicht erforderlichen Begleitpersonen sowie die Inanspruchnahme von extra definierten Komfortelementen.

*Zudem erbringt das Krankenhaus auch „Sonstige Leistungen“.*

*Sonstige Leistungen sind solche, welche üblicherweise durch keine Krankenversicherung abgedeckt werden. Insbesondere Leistungen im Rahmen „Kosmetischer bzw. ästhetischer Operationen“, also chirurgische Eingriffe zur Beeinflussung von Aussehen ohne kurativen Charakter. Für die Abrechnung dieser Leistungen gelten die mit dem Patienten gesondert vereinbarten Preise.*

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 Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V),
  - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
  - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 SGB V,

- d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
  - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs.1 Satz 3 SGB V,
  - f) das Entlassungsmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V.
3. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind u.a.:
- 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 Krankenaufenthaltes 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.
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 gegen Entgelt aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären 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 des Krankenhauses – einstweilen aufgenommen, bis seine Aufnahme 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 im Rahmen von Wahlleistungen entgeltlich eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe dem nicht entgegenstehen.
4. Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere bei 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.
5. Entlassen wird,
  - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
  - b) wer 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.

6. 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 Krankenbehandlung (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 der 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. Eine nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, nicht überschreiten darf, wird beendet,
  - a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gefestigt ist, oder
  - b) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Kalendertagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen.

4. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.
5. Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der weiteren Krankenhausbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

## § 5a

### Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung kann das Krankenhaus in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen.

## § 6 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 als Bestandteil dieser AVB ist (Anlage).
2. Für Patienten, die nicht in der Bundesrepublik Deutschland krankenversichert sind und die nicht Staatsbürger eines EWR-Staates, eines Abkommensstaates oder der Schweiz sind, wird eine Servicepauschale pro Tag in EUR auf der Grundlage einer obligaten Zusatzvereinbarung erhoben. Der Betrag und die Leistungsbeschreibung bildet sich in der Anlage „DRG – Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 14 BPfIV“ in der jeweils gültigen Fassung als Bestandteil dieser AVB ab.
3. Im Rahmen einer vertraglich geregelten stationären Komplexversorgung (integrierte Versorgung gemäß § 140 a SGB V) berechnet das Krankenhaus gegenüber den jeweiligen Kostenträgern die im speziellen vereinbarten DRG- Komplexpauschalen.
4. Entgelt Sonstige Leistungen:  
Für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen „Kosmetischer bzw. ästhetischer Operationen“, also chirurgischen Eingriffen zur Beeinflussung von Aussehen ohne kurativen Charakter, gelten die mit dem Patienten gesondert vereinbarten Preise. Voraussetzung für die Erbringung dieser Leistungen ist eine Vorauszahlung, welche die kalkulierte Gesamtsumme vollumfänglich deckt.

## § 7

### Abrechnung des Entgeltes 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-Entgelttarif/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 Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss einer Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.
4. Die Nachberechnung von Leistungen, die in Zwischenrechnungen nicht enthalten sind und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.

## § 8

### Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

1. Sofern kein gesetzlicher Versicherungsschutz 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. Dasselbe gilt auch bei der Inanspruchnahme Sonstiger Leistungen im Zusammenhang mit kosmetischen Operationen oder Patienten die eine Servicepauschale zu entrichten haben.

2. Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung (, welche dem Rahmenvertrag PKV/DKG zur Direktabrechnung beigetreten ist) 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 seine ausdrückliche 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.
3. Ist eine ausreichende Kostendeckung durch den Selbstzahler oder Dritte nicht gesichert, kann, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt, die Leistungserbringung von der Vorauszahlung eines angemessenen Betrages, welcher die kalkulierte Gesamtsumme vollumfänglich deckt, abhängig gemacht werden.
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.
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 5,- EUR berechnet werden, es sei denn der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringer Schaden entstanden ist.
8. 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 § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (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 – BpflV a.F.).
2. Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von DRG nach § 17b oder PEPP-Entgelten nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 4 BpflV n.F. oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
3. 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 n.F. oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).
4. Die Leistungserbringung „Sonstiger Leistungen“ im Zusammenhang mit kosmetischen Operationen ist immer abhängig von der Vorauszahlung eines angemessenen Betrages, welcher die kalkulierte Gesamtsumme vollumfänglich deckt.

## § 10 Beurlaubung

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

## § 11 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 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.

## § 12 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 der Reihenfolge ihrer Aufzählung
  - der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner
  - die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
  - die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder, sofern der Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,
  - die volljährigen Geschwister,
  - die Großeltern.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonders persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

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

5. § 12 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.

### § 13

#### Aufzeichnungen und Daten

1. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
2. Patienten haben keinen Anspruch auf die Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
3. 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. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten.
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

Patienten, deren Angehörige und Besucher haben die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

### § 15

#### Eingebrachte 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 Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen 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 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 der gesetzlichen Bestimmungen.

## § 16

### Haftungsbeschränkungen

1. Für die Beschädigung oder den Verlust von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten, deren Angehörigen und Besuchern, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereit gestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet das Krankenhaus nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz; 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, Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in 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 gilt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

## § 17

### Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Stuttgart.
2. Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Stuttgart zu erfüllen. Der Gerichtsstand ist auch Stuttgart für den Fall, dass der Zahlungspflichtige nach Abschluss des Krankenhausvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich der Zivilprozessordnung verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

## § 18

### Inkrafttreten

1. Die Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) treten am 01.01.2022 in Kraft.
2. Gleichzeitig werden die AVB des Diakonie-Klinikum Stuttgart vom 01.Januar 2019 aufgehoben.

#### Anlagen:

- DRG-Entgelttarif
- PEPP-Entgelttarif