

**Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)  
vom 01.03.2025**

**Klinikum Bremerhaven  
Reinkenheide gGmbH**

**Inhaltsübersicht**

- §1 Geltungsbereich
- §2 Rechtsverhältnis
- §3 Umfang der Krankenhausleistungen
- §4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung
- §5 Vor- und nachstationäre Behandlung
- §6 Wahlleistungen
- §7 Entgelte
- §8 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten
- §9 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern
- §10 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen
- §11 Beurlaubung
- §12 Ärztliche Eingriffe
- §13 Obduktion
- §14 Aufzeichnungen und Daten
- §15 Hausordnung
- §16 Eingebrachte Sachen
- §17 Haftungsbeschränkungen
- §18 Erfüllungsort und Gerichtsstand
- §19 Inkrafttreten

**§ 1  
Geltungsbereich**

1. Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH und
  - a) den Patienten,
  - b) den Begleitpersonen bei vollstationären und teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen,
  - c) Hotelübernachtungen (nach ambulanter Operation, nach ambulanter Herzkatheteruntersuchung) soweit nichts anderes vereinbart ist.

2. Bei ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Institutsleistungen) finden, soweit nichts anderes vereinbart ist, die AVB sinngemäß Anwendung.
3. Bei ambulanten Operationsleistungen des Krankenhauses (Institutsleistungen) gelten die AVB mit den gesonderten Bestimmungen für ambulante Operationen.

**§ 2  
Rechtsverhältnis**

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden für Patienten wirksam, wenn diese (bzw. die Vertreter) jeweils ausdrücklich darauf hingewiesen wurden, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten sowie sich mit der Gültigkeit einverstanden erklärt haben.

**§ 3  
Umfang der Krankenhausleistungen**

1. Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen

***Zudem erbringt das Krankenhaus auch „Sonstige Leistungen“. Sonstige Leistungen sind solche, welche üblicherweise durch keine Krankenversicherung abgedeckt werden. Insbesondere Leistungen im Rahmen „Kosmetischer bzw. individueller ästhetischer Operationen“, also chirurgischen Eingriffen zur Beeinflussung von Aussehen ohne kurativen Charakter, fallen unter diesen Begriff. Für die Abrechnung dieser Leistungen gelten die mit dem Patienten gesondert vereinbarten Preise.***

Schwangerschaftsabbrüche werden nur in den Fällen durchgeführt, die in § 218 a Abs. 1 STGB i.d.F. des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18.05.1976 (BGBl I Seite 1213) aufgeführt sind (medizinische Indikation).

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 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 S. 3 SGB V,
  - f) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V.
3. Nicht Gegenstand der Krankenhausleistung sind:
  - a) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger,
  - b) die Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle, etc.)
  - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung
  - d) die Behandlung interkurrenter Erkrankungen, soweit sie nicht während des Krankenhausaufenthaltes medizinisch notwendig wird und mit den personellen und sachlichen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann. Eine

Dialysebehandlung oder die Behandlung von Blutern wird als gesonderte Krankenhausleistung nach § 9 AVB abgerechnet.

- 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 der Krankheitsfälle.
2. Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird - auch wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben ist - 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 Kranken medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch des Patienten im Rahmen der Wahlleistungen nach § 8 AVB eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichend Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
4. Patienten können in eine andere Abteilung oder ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. 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 darüber.**

5. Entlassen wird:

- a) wer nach einem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf.
- b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.
- c) Besteht der Patient gegen ärztlichen Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus nicht für die daraus entstehenden Folgen. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind. Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Behandlungsvertrag mit der Entlassung aus der vollstationären oder teilstationären Behandlung.

## § 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 nicht überschreiten darf, wird beendet
  - a) mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Krankenhausbehandlung,
  - 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. In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag. In Fall c) haftet das Krankenhaus nicht für die daraus entstehenden Folgen.
  - a) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet,
  - b) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist,
  - c) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.
4. Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag. In Fall b) haftet das Krankenhaus nicht für die daraus entstehenden Folgen. Die Frist von vierzehn Kalendertagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.
5. Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird durch niedergelassene Ärzte erbracht und ist nicht Bestandteil der Krankenhausleistung.

## § 6

## Wahlleistungen

1. Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert abgerechnet werden:

a) Wahlärztliche Leistungen:

Wahlärztliche Leistungen aller an der Untersuchung und Behandlung beteiligten leitenden Ärzte des Krankenhauses soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden.

b) Wahlleistung Unterkunft:

Unterbringung in einem Einbett- oder Zweibettzimmer.

c) Gestellung einer Sonderwache:

Pflegerische Einzelbetreuung

d) Begleitperson:

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson.

e) Begleitung durch Eltern:

Unterbringung und Verpflegung von Mutter oder Vater, die ihr im Krankenhaus aufgenommenes Kind betreuen.

f) Telefon u. TV:

Bereitstellung eines Fernsprechanchlusses u. TV.

2. In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für gesunde Neugeborene werden keine Wahlleistungen angeboten.

3. Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne von Abs. 1 Buchstabe a) auch wenn sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringen die leitenden Ärzte des Krankenhauses persönlich oder ein jeweils unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der jeweiligen Fachabteilung [§ 4 Abs. 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ-Z)]. Im Verhinderungsfall übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter. Die Namen der Leitenden Ärzte

und ihrer Stellvertreter werden den Patienten mit der Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen bekanntgegeben.

4. Wahlleistungen sind vor der Erbringung gesondert schriftlich zu vereinbaren.

5. Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Vereinbarung von Wahlleistungen bei Patienten, die die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.

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 Entgelte

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif bzw. DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung als Bestandteil dieser AVB. Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG - ) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.). Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuell gültige DRG System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln. 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.

Entgelt Sonstige Leistungen:

*Für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen „Kosmetischer bzw. individueller ästhetischer Operationen“, also chirurgischen Eingriffen zur Beeinflussung von Aussehen ohne kurativen Charakter, gelten die mit dem Patienten*

*gesondert vereinbarten Preise. Der Rahmen der preislichen Vereinbarung ist in einer gesonderten Anlage „Tarife über sonstige Leistungen“ in der jeweils gültigen Fassung als Bestandteil dieser AVB vorgegeben. Voraussetzung für die Erbringung dieser Leistungen ist eine Vorauszahlung, welche die kalkulierte Gesamtsumme vollumfänglich deckt.*

## **§ 8**

### **Abrechnung der Entgelte bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten**

1. Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte legen eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Kostenträger vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.
2. Liegt bei Kassenpatienten bzw. bei Heilfürsorgeberechtigten keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlichen-rechtlichen Kostenträgers vor, sind Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler (§ 11 AVB) zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet. Dies gilt auch für Anteile des Entgeltes, sofern nur eine Kostenübernahmeerklärung für Anteile der Leistungen vorliegt.
3. Soweit Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht durch eine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers gedeckt sind, (z. B. Wahlleistungen), sind sie als Selbstzahler (§ 11 AVB) zur Entrichtung des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet. Dies gilt entsprechend auch für Anteile des Entgeltes.
4. Das Krankenhaus weist Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte jeweils darauf hin, dass diese bei Fehlen einer die nach dem Pflegekostentarif zu entrichtenden Entgelte deckenden Kostenübernahmeerklärung den nicht gedeckten Betrag selbst zu tragen haben. Ein entsprechender Hinweis ist im Behandlungsvertrag enthalten.
5. Kassenpatienten sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens

achtundzwanzig Kalendertage eine Zuzahlung zu leisten. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif.

6. Ambulante Operationen bei Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden nach den erbrachten Leistungen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenüber der Krankenkasse abgerechnet. Diese Abrechnung gilt auch bei Patienten, für die andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.
7. Wird der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation stationär aufgenommen, werden die vollstationären Leistungen nach Maßgabe des Pflegekostentarifes abgerechnet.

## **§ 9**

### **Abrechnung der Entgelte bei Selbstzahlern**

1. Patienten, die
  - a) nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind, oder die
  - b) als Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 10 AVB eingeschlossen sind,sind als Selbstzahler zur Entrichtung der Entgelte für die Leistungen verpflichtet.
2. Ambulante Operationen als Institutsleistung bei Selbstzahlern werden nach der GOÄ abgerechnet. Wird der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation stationär aufgenommen, werden die vollstationären Leistungen nach Maßgabe des Pflegekostentarifes als Selbstzahler abgerechnet.
3. Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden (gilt nur noch bei z.B. Psychiatrie, wo nach Behandlungstagen abgerechnet wird). Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt. Für Krankenhausleistungen die nach Fallpauschalen (DRG) abgerechnet werden,

wird nach Beendigung der Behandlung eine Rechnung erstellt. Bei ambulanten Operationen als Institutsleistung wird eine Rechnung nach Abschluss der Behandlung 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, es sei denn, auf der Rechnung ist ein bestimmtes Fälligkeitsdatum genannt.
6. Bei Zahlungsverzug können Mahngebühren bis zur Höhe von 10,- Euro sowie Verzugszinsen von 4 % berechnet werden.
7. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.
8. Legen Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Krankenhauses vor, werden die Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erstellt.
9. Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, sind vom Patienten für die allgemeinen Krankenhausleistungen angemessene Vorauszahlungen zu leisten, sofern keine Kostenzusage vorliegt.
10. Sofern der Patient nichtärztliche Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart hat, kann eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden.

## **§ 10**

### **Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen**

1. 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.
2. Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 Versicherungsunternehmen vorliegen können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 Bundespflegeverordnung - BpflV).

3. Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit der Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
4. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthaltes kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu erwartenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
5. Die Leistungserbringung im Rahmen von „Sonstigen Leistungen“ ist immer abhängig von der Vorauszahlung eines angemessenen Betrages, welcher die kalkulierte Gesamtsumme vollumfänglich deckt.

## **§ 11**

### **Beurlaubungen**

Während der vollstationären oder teilstationären Behandlung werden Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

## **§ 12**

### **Ärztliche Eingriffe**

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
2. Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer dem Kranken drohenden Lebensgefahr oder wegen

einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes 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.

### **§ 13 Obduktion**

1. Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
  - a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder
  - b) der erreichbare nächste Angehörige (Absatz 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt hat 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. Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind der Reihe nach der Ehegatte, die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder), die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern), die Großeltern, die volljährigen Enkelkinder, die volljährigen Geschwister.
4. Die Absätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

### **§ 14 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 nach Absatz 1.
3. Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten, und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.
4. Die Verarbeitung von Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

### **§ 15 Hausordnung**

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

### **§ 16 Eingebrachte Sachen**

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Benutzer darf im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
2. Geld und Wertsachen können im begrenzten Umfang bei der Verwaltung in zumutbarer Weise verwahrt werden.
3. Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung übergeben.
4. Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von zwölf Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
5. Im Falle 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.

### **§ 17 Haftungsbeschränkungen**

1. Das Krankenhaus haftet nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Krankenhauspersonals; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden sowie für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben.
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 des Patienten.

### **§ 18 Zahlungsort**

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

### **§ 19 Inkrafttreten**

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen treten zum 01.03.2025 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.05.2023 in der zuletzt gültigen Fassung aufgehoben.

Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH  
Bremerhaven, 01.03.2025

Frank Kühl  
Kaufmännischer Geschäftsführer

Dr. Witiko Nickel  
Pflegerischer Geschäftsführer

Dr. Susanne Kleinbrahm  
Medizinische Geschäftsführerin