



ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN (AVB)

VITREA Klinik Schloss Pulsnitz

§ 1 Geltungsbereich

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (nachfolgend AVB) gelten, soweit nichts Anderes mit dem Patienten oder Kostenträger vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinik und den Patienten bei stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen.

§ 2 Begriffsbestimmung

Im Sinne dieser AVB sind:

- 1) Rehabilitationsleistungen: unter anderem ärztliche und therapeutische Leistungen, Pflege, Versorgung mit indikationsbezogenen Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Rehabilitationsleistungen und Wahlleistungen.
- 2) Allgemeine Rehabilitationsleistungen: Rehabilitationsleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Klinik für eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung und Durchführung der Rehabilitation notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - a) die während des Rehabilitationsaufenthaltes durchgeführten Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V),
 - b) die von der Klinik veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Abs. 10 AVB,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.
- 3) Wahlleistungen: Leistungen nach § 5 dieser AVB.
- 4) Behandlungen: alle Leistungen, die dazu bestimmt sind, das Ziel der Rehabilitation zu erreichen.
- 5) Patienten: Personen, die Leistungen nach Nr. 4 in Anspruch nehmen.
- 6) Begleitpersonen: Personen, die zusammen mit einem Patienten aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden.
- 7) Gesetzlich Versicherte: Patienten, für die ein Kostenträger die Klinik mit der Durchführung der Rehabilitation beauftragt oder in sonstiger Weise das Entgelt für die allgemeinen Rehabilitationsleistungen schuldet.
- 8) Heilfürsorgeberechtigte: Patienten, für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts (insbesondere Deutsche Rentenversicherung) aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Rehabilitationsleistungen schuldet.
- 9) Selbstzahler:
 - a) Patienten, die nicht gesetzlich Versicherte (Nr. 7) oder Heilfürsorgeberechtigte (Nr. 8) sind,
 - b) Gesetzlich Versicherte oder Heilfürsorgeberechtigte, die Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht von einer Kostenübernahmeerklärung nach § 7 umfasst sind.
- 10) Leistungen Dritter innerhalb der Rehabilitationsleistungen:
 - a) Leistungen von Konsiliarärzten: Leistungen von Ärzten und Zahnärzten, die unabhängig von einem Angestelltenverhältnis zur Klinik von der Klinik zur Beratung, Untersuchung oder Mitbehandlung hinzugezogen werden.
 - b) Leistungen fremder ärztlich geleiteter Einrichtungen,
 - c) Leistungen von sonstigen Personen, die in keinem Arbeitsverhältnis zur Klinik stehen (z.B. niedergelassene Krankengymnasten).

-
- 11) Kostenträger: Sozialleistungsträger (insbesondere gesetzliche Krankenversicherungen), sonstige öffentlich-rechtliche Träger (insbesondere die Deutsche Rentenversicherung) oder private Krankenversicherungen, die die Kosten für Rehabilitationsleistungen übernehmen.

§ 3 Umfang der Leistungen

- 1) Die stationären sowie ambulanten Rehabilitationsleistungen umfassen:
- die allgemeinen Rehabilitationsleistungen (§ 2 Nr. 2), mit Ausnahme der Unterbringung bei ambulanten Rehabilitationsleitungen
 - die Wahlleistungen (§ 5).
- 2) Das Vertragsangebot der Klinik erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die Klinik nach ihrer medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
- 3) Der Umfang der allgemeinen Rehabilitationsleistungen richtet sich allein nach Art und Schwere der Erkrankung.
- 4) Keine Rehabilitationsleistungen sind:
- die Leistungen Dritter (§ 2 Nr. 10), sofern sie nicht ausnahmsweise in Erfüllung einer von der Klinik geschuldeten Leistung tätig werden,
 - Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung der Rehabilitation mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle),
 - die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - die Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen,
 - die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, die Klinik keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Rehabilitationsbehandlung nicht besteht,
 - Dolmetscherkosten sowie Gebärdendolmetscherkosten.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Beurlaubung, Aufenthalt

- 1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Klinik wird aufgenommen, wer der stationären Rehabilitationsbehandlung bedarf. Zwischen Patient und Klinik wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Wird ein Patient aufgenommen, ohne dass ein Behandlungsvertrag unterzeichnet ist, so ist dies für den Vergütungsanspruch hinsichtlich der erbrachten Leistungen unschädlich.
- 2) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des beantragenden/behandelnden Arztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig ist, die Unterbringung in der Klinik möglich ist und eine Kostenübernahme durch den Kostenträger erfolgt. Hierneben kann auf Wunsch des Patienten im Rahmen der Wahlleistungen (§ 5) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
- 3) Patienten können in eine andere Abteilung der Klinik oder eine andere Rehabilitationsklinik verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Verlegung in eine andere Rehabilitationsklinik ist vorher mit dem Patienten und dem Kostenträger abzustimmen.
- Eine auf Wunsch des Patienten ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der Kostenträger erfolgende Verlegung in eine wohnortnahe Klinik ist von der Einwilligung des Kostenträgers abhängig. Verweigert der Kostenträger die Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und auf seine Kosten. Die Klinik informiert den Patienten hierüber.

-
- 4) Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Arztes der ambulanten oder stationären Rehabilitation nicht mehr bedarf,
 - b) ein Patient, dessen Bewilligungsdauer der Rehabilitationsmaßnahmen erreicht ist und bei dem nicht aus medizinischen Gründen eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt ist oder zu erfolgen hat,
 - c) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.
 - 5) Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die Klinik, haftet die Klinik für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht mehr gegeben sind oder die Begleitperson die Entlassung ausdrücklich wünscht.
 - 6) Die Leistungspflicht der Klinik aus dem Behandlungsvertrag endet mit der Entlassung.
 - 7) Eine Beurlaubung des Patienten ist nur aus zwingenden Gründen und nur mit vorheriger Zustimmung der Klinik sowie des Kostenträgers möglich. Während der Dauer der Beurlaubung sind vereinbarte Entgelte weiter zu bezahlen.
 - 8) Ein Phasenwechsel innerhalb der Rehabilitationsmaßnahme berührt die Wirksamkeit des Behandlungsvertrags nicht.
 - 9) Zu den ärztlichen Visiten und zu eventuellen Behandlungen müssen sich die Patienten in ihrem Zimmer aufhalten bzw. sich zu den entsprechenden Funktionsstellen begeben.
 - 10) Ab der klinikindividuellen, angegebenen Uhrzeit müssen sich die Patienten in den Klinikgebäuden aufhalten.
 - 11) Ab der klinikindividuellen, angegebenen Uhrzeit sollten alle Patienten ihr Zimmer aufgesucht haben und sich nicht mehr in den Aufenthaltsräumen aufhalten.

§ 5 Wahlleistungen

- 1) Zwischen der Klinik und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten der Klinik - soweit dadurch die Rehabilitation nicht beeinträchtigt wird und vertragliche Abmachungen zwischen der Klinik und dem jeweiligen Kostenträger nicht entgegenstehen - Wahlleistungen nach näherer Maßgabe des Entgelttarifes sowie gesonderter Wahlleistungsvereinbarung vereinbart und gesondert berechnet werden.
- 2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- 3) Die Klinik kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, die die Kosten einer früheren Rehabilitationsbehandlung nicht oder nicht vollständig bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- 4) Die Klinik kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Rehabilitationsleistungen für andere Patienten erforderlich wird. Die Wahlleistungsvereinbarung kann vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages schriftlich gekündigt werden. Aus wichtigen Gründen kann die Wahlleistungsvereinbarung von beiden Parteien ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- 5) Eine zeitweilige Unterbringung in einem gleichwertigen anderen Zimmer aus Gründen der besseren pflegerischen Versorgung ist möglich.

§ 6 Entgelte

Das Entgelt für die Leistungen der Klinik richtet sich nach dem Entgelttarif in der jeweils bei Vertragsabschluss gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist. Der Entgelttarif enthält eine Beschreibung der Rehabilitationsleistungen, die Höhe der Entgelte bei Selbstzahlern sowie Einzelheiten der Berechnung der Pflegesätze und weitere Abrechnungsregelungen.

§ 7 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Versicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- 1) Gesetzlich Versicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte legen eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Kostenträger vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit und zur Erzielung des Rehabilitationserfolges für die medizinische Versorgung in der Klinik notwendig sind.
- 2) Liegt bei gesetzlich Versicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten eine Kostenübernahmeerklärung eines Kostenträgers nicht vor, sind gesetzlich Versicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet (§ 8). Bei Verlängerung eines Rehabilitationsaufenthaltes gilt vorstehender Satz entsprechend.
- 3) Soweit gesetzlich Versicherte oder Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht von dem Leistungsumfang der Kostenträger umfasst sind (z.B. Wahlleistungen), sind sie als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet (§ 8).
- 4) Patienten, für die eine Kostenübernahmeerklärung eines Kostenträgers vorliegt, sind verpflichtet, eine Zuzahlung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu zahlen.

§ 8 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

- 1) Patienten, die nicht gesetzlich Versicherte oder Heilfürsorgeberechtigte sind, oder die als gesetzlich Versicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 7 eingeschlossen sind, sind als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen nach Maßgabe des Entgelttarifs verpflichtet.
- 2) Für die Rehabilitation können Zwischenrechnungen nach dem bisherigen Umfang der durchgeführten Rehabilitation bzw. Rehabilitationsleistungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
- 3) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- 4) Der Rechnungsbetrag der Schluss- oder Zwischenrechnung wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- 5) Sofern der Patient nichtärztliche Wahlleistungen mit der Klinik vereinbart, kann eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden, sofern keine Kostenzusage durch einen Kostenträger hierfür vorliegt. Die Vorauszahlung darf die Höhe der voraussichtlichen Schlussrechnung über diese Leistungen nicht übersteigen.
- 6) Für Rehabilitationsaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, kann vom Patienten eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden, sofern keine Kostenzusage gemäß § 7 Abs. 3 bzw. § 8 Abs. 8 vorliegt. Die Vorauszahlung darf die Höhe der voraussichtlichen Schlussrechnung über die Rehabilitationsleistungen nicht übersteigen. Bei der Verlängerung eines Rehabilitationsaufenthaltes gelten S. 1 und S. 2 entsprechend.
- 7) Eine Aufrechnung ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Forderungen zulässig.
- 8) Legen Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zu Gunsten der Klinik vor, werden Rechnungen gegenüber der privaten Krankenversicherung mit deren Einverständnis erteilt. Die der Zwischen- oder Schlussrechnung vorliegen. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist überdies, dass der Patient schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten im Umfang des § 301 Abs. 4 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- 9) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden. Darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden als die Höhe der Mahngebühren entstanden ist.

§ 9 Aufzeichnung und Daten

- 1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, therapeutische und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der Klinik.
- 2) Patienten haben, vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelungen, keinen Anspruch auf Herausgabe der in Abs. 1) genannten Unterlagen im Original. Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien - auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Arztes bleiben davon unberührt.
- 3) Die Verarbeitung der Daten des Patienten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.
- 4) Die vom Patienten angefertigten Bilder bzw. Kunstwerke bedürfen einer Mitnahme nach Beendigung des Reha-Aufenthalts. Bei Zurücklassung durch den Patienten werden diese bis zu vier Wochen von der Klinik aufbewahrt und danach datenschutzkonform entsorgt. Eine Weiterwendung wie z.B. die Veröffentlichung der angefertigten Bilder bzw. Kunstwerke ist nur mit einer Einwilligungserklärung des Patienten zulässig.

§ 10 Eingebraachte Sachen

- 1) In die Klinik sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient soll in der Klinik nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
- 2) Geld und Wertsachen können in geringwertiger Höhe bei der Verwaltung der Klinik in für die Klinik zumutbarer Weise oder auf dem Patientenzimmer in einem abschließbaren Fach verwahrt werden. Die klinikindividuellen Möglichkeiten sind zu beachten.
- 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 der Klinik über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. In der Aufforderung weist die Klinik ausdrücklich darauf hin, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum der Klinik übergehen.
- 5) Abs. 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie Geld und Wertsachen, die von der Klinik gemäß der Abs. 2 und 3 verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 11 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 Klinikgelände oder auf einem von der Klinik bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Klinikträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
- 2) Einrichtungen und Geräte der Klinik, insbesondere das Schwimmbad, Fitnessgeräte und Fahrräder, dürfen nur nach vorheriger Einweisung durch die Klinik und nur mit vorheriger Zustimmung des behandelnden Arztes oder Therapeuten genutzt werden. Die Klinik haftet nicht für vom Patienten selbstverschuldete Unfälle.
- 3) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlangen der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung geltend gemacht werden. Die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

-
- 4) Die in der Küche der Klinik verarbeiteten Lebensmittel können Farb- und Konservierungsmittel enthalten. Bei ihm bekannten gesundheitlichen Problemen, wie z. B. Allergien gegen Inhaltsstoffe, ist der Patient verpflichtet, die Klinik zu informieren.

§ 12 Hausordnung

Der Patient ist verpflichtet, die Hausordnung der Klinik zu beachten.

§ 13 Gerichtsstand

Für den Fall, dass

- a) der Patient seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nicht in dem Geltungsbereich der Zivilprozessordnung (ZPO) - Inland - hat oder
 - b) der Patient nach Abschluss des Behandlungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland verlegt oder
 - c) der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort des Patienten zum Zeitpunkt einer gerichtlichen Geltendmachung von Zahlungsansprüchen nicht bekannt ist, wird
- als Gerichtsstand der Sitz der Klinik vereinbart.

Bei Ansprüchen aus diesem Vertrag, aus der Behandlung selbst oder aus sonstigen mit der Behandlung in Verbindung stehenden Gründen gilt deutsches Recht.

§ 14 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 09.04.2020 in Kraft und heben frühere AVB auf.