

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) Stand 01.09.2016

für

die Lahn-Dill-Kliniken GmbH an den Standorten Wetzlar, Braunfels und Dillenburg sowie deren Tochtergesellschaften

- nachfolgend **Krankenhaus** genannt -

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB in der jeweils gültigen Fassung gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus und den Patienten/den Patientinnen bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten/der Patientin sind grundsätzlich privatrechtlicher Natur.

(2) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese

- jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
- von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
- sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 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 Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten/der Patientin,
- 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) 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/der Patientin 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 § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.

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

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsbildes.

(2) Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird – auch außerhalb der qualitativen oder quantitativen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

(3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten/der Patientin medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von Wahlleistungen eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

(4) Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen), können Patienten/Patientinnen in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten/der Patientin 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) die Entlassung ausdrücklich wünscht,
- c) wer Umstände zu vertreten hat, die als wichtiger Grund der weiteren Behandlung entgegenstehen.

(6) Besteht der Patient/die Patientin entgegen ärztlichem Rat auf seine/ihre Entlassung oder verlässt er/sie 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.

(7) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 5 c) kann schon die Aufnahme des Patienten abgelehnt werden; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 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 Patientin die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.

(3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, nicht überschreiten darf, wird beendet,

- a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes/der Krankenhausärztin gesichert oder gefestigt ist, oder
- b) wenn der Patient/die Patientin die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Kalendertagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem/der einweisenden Arzt/Ärztin verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere 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/Ärztinnen gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

(5) Das Krankenhaus unterrichtet den/die einweisenden Arzt/Ärztin unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten/der Patientin sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte/Ärztinnen über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 Entgelt

Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet werden richtet sich das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (**Anlage 1**).

§ 7 Abrechnung des Entgelts 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/die Patient/Patientin eine Kostenübernahmeerklärung seines/ihrer 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.

(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/Vertreterinnen bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8

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/die Patient/Patientin dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.

(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der/die Patientin 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.

(3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.

(4) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.

(5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.

(6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz pro Jahr (§§ 286, 288 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von Euro 5,- je Mahnung berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

(7) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 9

Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

(1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 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. oder § 8 Abs. 5 BpflV – n. F.).

(2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von DRG nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.

(3) Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus 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).

§ 10

Beurlaubung

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

§ 11

Ärztliche Eingriffe

(1) Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des/der Patienten/Patientin werden nur nach seiner/ihrer Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.

(2) Ist der Patient/die Patientin außerstande, die Einwilligung zu erklären, wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes/der Krankenhausärztin zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten/der Patientin unverzüglich erforderlich ist.

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

§ 12 Obduktion

(1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn

- a) der/die Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder
- b) der erreichbare nächste Angehörige (§ 12 Abs. 3) des Verstorbenen/der Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Krankenhausarzt/der Krankenhausärztin ein entgegenstehender Wille des/der Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.

(2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der/die Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.

(3) Nächste Angehörige im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

- der Ehegatte/die Ehegattin bzw. eingetragene Lebenspartner/Lebenspartnerin,
- die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
- die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder, sofern der/die Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger/einer Pflegerin 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/eine vorrangiger/vorrangige Angehöriger/Angehörige innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des/der nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem/der nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem/der Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der/die Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des/der nächsten Angehörigen.

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

(5) § 12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 13 Aufzeichnungen und Datenschutz

(1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.

(2) Patienten/Patientinnen haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

(3) Das Recht des Patienten/der Patientin oder eines von ihm/ihr Beauftragten unter Vorlage einer entsprechenden Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften – auf seine/ihre Kosten und die Auskunftspflicht des/der behandelnden Krankenhausarztes/Krankenhausärztin bleiben unberührt.

(4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Hausordnung

Der Patient/die Patientin hat 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 werden beim Krankenhaus nur auf Aufforderung des Patienten/der Patientin und entsprechendem Vertragsschluss in zumutbarer Weise verwahrt. Für nicht in Verwahrung genommenes Geld und Wertsachen ist die Haftung durch das Krankenhaus ausgeschlossen; dies gilt nicht im Fall von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit, s. § 16 Abs. 1.

(3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten/Patientinnen werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen/einer Zeugin festgestellt und dem Krankenhaus zur Verwahrung übergeben.

(4) Zurückgelassene und/oder verlorene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 3 Monaten abgeholt werden.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von dem Krankenhaus verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

(6) Für mitgebrachte Medizingeräte und Medizinprodukte ist die Haftung des Krankenhauses ausgeschlossen.

(7) Für persönliche Gegenstände und Hilfsmittel (z.B. Zahnprothese, Hörgerät) ist die Haftung des Krankenhauses ausgeschlossen. Das Krankenhaus stellt Behälter (Zahnboxen) für die Aufbewahrung der Zahnprothesen zur Verfügung.

§ 16 Haftungsbeschränkung

(1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten/der Patientin bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten/der Patientin, 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 dem Krankenhaus zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch das Krankenhaus verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung des Krankenhauses 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.

§ 17 Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten am Standort der Behandlung zu erfüllen.

§ 18 Schlussbestimmung

(1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser AVB sind nur gültig, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind. Durch eine vom Vertragstext abweichende Übung werden Rechte und Pflichten nicht begründet.

(2) Die Parteien verpflichten sich zu gegenseitigem Wohlverhalten.

(3) Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser AVB ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Parteien, anstelle der unwirksamen Bestimmung rückwirkend eine wirksame Bestimmung zu vereinbaren, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung möglichst nahe kommt.

§ 19 Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) treten am 01.09.2016 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.06.2004 aufgehoben.

Anlage
DRG-Entgelttarif (Anlage 1)