

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

der Weißeritztal-Kliniken GmbH

§ 1

Geltungsbereich

1. Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für alle Patienten der Klinik sowie für Begleitpersonen. Patienten sind alle voll- oder teilstationär sowie vor- und nachstationär oder ambulant aufgenommenen Personen sowie Personen, die zur Beobachtung, zur Krankheitserkennung, zur Krankheitsverhütung, zur Nachsorge, zur Vornahme eines sonstigen medizinischen Eingriffs oder zur Erstellung eines Gutachtens aufgenommen werden.
2. Als Klinik gelten alle Betriebseinheiten der Weißeritztal-Kliniken GmbH, die Krankenhausleistungen erbringen.
3. Träger der Klinik und Vertragspartner des Patienten ist stets die Weißeritztal-Kliniken GmbH.

§ 2

Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen Patienten bzw. Begleitpersonen und Klinik sind privatrechtlicher Natur.
2. Die AVB werden für Patienten bzw. Begleitpersonen 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. Zur rechtsgeschäftlichen Vertretung der Klinik ist ausschließlich die Geschäftsführung bzw. deren Vertreter und im Rahmen seiner Tätigkeit der Chefarzt der Klinik berechtigt.

Rechtsgeschäftliche Erklärungen der Klinik gegenüber gelten nur dann als wirksam abgegeben, wenn sie der Geschäftsführung und/oder dem jeweils zuständigen Chefarzt der Klinik zugehen.

§ 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,
 - (d) die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,
 - (e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 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 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.

§ 3a **Umfang der Leistungen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen**

1. Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
2. Die Verpflichtung des Krankenhauses beginnt nach Maßgabe des § 115b SGB V mit der Vereinbarung des Behandlungsvertrages und endet mit Abschluss der Nachsorge durch das Krankenhaus. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird durch den vertragsärztlichen Bereich erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

§ 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 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 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 bei Abrechnung einer Fallpauschale 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. Patienten können innerhalb der Klinik verlegt werden, wenn dies medizinisch indiziert, aus organisatorischen oder aus sonstigen den Betriebsablauf dienenden Gründen zweckmäßig ist.
6. Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) 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.

7. Bei wiederholten Verstößen gegen ärztliche bzw. pflegerische Anordnungen wird der Patient verwarnet und bei Mißachtung der Warnung entlassen, soweit nicht unmittelbar Lebensgefahr besteht oder eine bedrohliche Verschlimmerung der Krankheit zu befürchten ist. Bei groben Verstößen ist eine Entlassung bzw. Verlegung ohne vorherige Verwarnung möglich.

§ 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.

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

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

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Kalendertagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. 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.

4. 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.

§ 6 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-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.

§ 6a Entgelte bei ambulanten Operationen und stationärer ersetzenden Eingriffen

1. Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.
2. Bei selbstzahlenden Patienten rechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach GOÄ ab.
3. Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation/stationärer ersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegegesetzverordnung.

§ 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 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.
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 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 Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.
2. Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. 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 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 innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Rechnung fällig.
6. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) 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 auf der Grundlage von DRGs nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
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).
3. Bei der Aufnahme einer nicht-medizinischen indizierten Begleitperson kann eine Vorauszahlung in Höhe von 100 € gefordert werden. Überzahlungen werden nach Entlassung der Begleitperson erstattet.

§ 9 a

Krankenhausinvestitionsprogramm

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz sind Patienten oder ihre Kostenträger verpflichtet, einen Investitionszuschlag für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) zu zahlen. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.

§ 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 Stationsarztes beurlaubt. Es gelten die Regelungen des § 9 der Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V.

§ 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 der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 11a Aufklärung und Mitwirkungspflicht des Patienten bei ambulanten Operationen

Ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen werden nur nach Aufklärung des Patienten über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen. Der Patient hat die erforderlichen Angaben zu machen, die der Krankenhausarzt zur Beurteilung der Durchführbarkeit der geplanten ambulanten Operation benötigt.

§ 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 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,
 - 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 besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden 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 aufgrund 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.
6. Mit der Durchführung der inneren Leichenschau kann zur Feststellung der Todesursache die Entnahme von Organen und Geweben verbunden sein.

§ 13 Blutentnahme

Der Patient ist grundsätzlich mit einer Blutentnahme zur Feststellung einer möglichen HIV-Infektion einverstanden, wenn diese aus ärztlicher Sicht angezeigt ist und der behandelnde Arzt ihn aufgeklärt hat. Die Blutentnahme zur Feststellung einer möglichen HIV-Infektion ist nicht zulässig, wenn ihr der Patient ausdrücklich widerspricht.

§ 14 Krankentransport

Der Patient bevollmächtigt die Klinik, im Rahmen der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung Krankentransport- und Taxiunternehmen für den Heim- und Verlegungstransport zu beauftragen.

§ 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, ggf. auf Überlassung von Kopien 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. Dem steht die Beauftragung einer zertifizierten Firma mit der Mikroverfilmung und Archivierung der Patientenakten nicht entgegen.
5. Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass die Klinik Krankenhausunterlagen an den weiterbehandelnden Arzt bzw. die weiterbehandelnde Klinik gibt. Ebenso besteht Einverständnis, dass der Kostenträger Auskunft über die Art der Erkrankung erhält.

§ 16 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 17 Eingebrachte Sachen

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Geld und Wertgegenstände können in der Rezeption der Klinik im Tresor hinterlegt werden. Die Hinterlegung an der Rezeption ist unentgeltlich. Für Geld und Wertgegenstände, die nicht an der Rezeption hinterlegt worden sind, übernimmt die Klinik keine Haftung, wenn sie abhanden kommen, zerstört oder sonst im Wert gemindert werden. Für an der Rezeption der Klinik hinterlegtes Geld und Wertgegenstände ist die Haftung der Klinik in jedem Fall auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Für hinterlegtes Geld und Wertgegenstände von über 5.000 € (in Worten: fünftausend) schließt die Klinik jegliche Haftung aus.

Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld oder Wertgegenständen, die im Wertfach eingeschlossen oder bei der Rezeption hinterlegt wurden, müssen innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt mit der Entlassung des Patienten aus der Klinik. Andernfalls entfällt jeder Anspruch. Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Rezeption zur Verwahrung übergeben.

3. Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 8 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
4. Im Fall des Abs. 3 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.
5. Abs. 3 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.

§ 18 Haftungsbeschränkung

1. Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben haftet der Krankenträger 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 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.
3. Die Klinik haftet nicht für die Schäden, die dadurch entstehen, dass ein Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung besteht, eigenmächtig oder auf eigenen Wunsch die Klinik bzw. die Station verläßt oder anderweitig gegen getroffene Weisungen und Regeln verstößt.
4. Die Klinik haftet ferner nicht für Schäden, die von Personen verursacht werden, die nicht in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis zur Klinik stehen, es sei denn, es handelt sich um einen Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB). Die deliktische Haftung für Verrichtungsgehilfen (§ 831 BGB) bleibt unberührt.

5. Die Einberufung zur Behandlung steht unter dem Vorbehalt der Aufnahmemöglichkeit und Notwendigkeit. Eine Abweisung aus sachlichen Gründen, insbesondere aufgrund ärztlicher Veranlassung, wegen mangelnder Kapazität oder wegen unrichtiger Angaben des Patienten berechtigen auch bei vorausgegangener Einberufung nur dann zu Schadenersatzforderungen, wenn die Abweisung auf ein Verschulden der Klinik zurückzuführen ist.
6. Implantate (z. B. Knie- und Hüftprothesen) werden vor der Implantation sorgfältig geprüft. Hierfür haftet die Klinik. Ergibt sich nach der Implantation ein vorher nicht erkennbarer Mangel an den Implantaten, so tritt die Klinik evtl. bestehende Ansprüche gegen den Lieferanten und sonstige Gewährleistungsansprüche nach Wahl des Patienten an diesen oder an den Kostenträger ab. Weitergehende Schadenersatzansprüche wegen nicht erkennbarer Mängel bestehen gegen die Klinik ausdrücklich nicht. Das gleiche gilt für Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen), die von der Klinik verabreicht werden.
7. Besteht ein Arztzusatzvertrag, so gelten die vorstehenden Haftungsbeschränkungen ausdrücklich auch zu Gunsten desjenigen behandelnden Arztes, mit dem ein Arztzusatzvertrag zustande gekommen ist.

§ 19 Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Freital bzw. Dippoldiswalde zu erfüllen.

§ 20 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.06.2007 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.11.2004 aufgehoben.

Anlagen:
DRG-Entgelttarif

Für die Weißeritztal-Kliniken GmbH

Dr. U. Zufelde
Geschäftsführerin