



KLINIKUM CHEMNITZ

gGmbH

Krankenhaus der Maximalversorgung
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Leipzig und Dresden

Allgemeine Vertragsbedingungen der Klinikum Chemnitz gGmbH

sowie

Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des
Krankenhausentgeltegesetz (KHEntgG) und der
Bundespfllegesatzverordnung
(BPfIV) sowie Unterrichtung des Patienten gemäß §8 KHEntgG / §8
BPfIV

Inhaltsübersicht

§ 1 -	Geltungsbereich und Verbindlichkeit anderer Vorschriften	3
§ 2 -	Rechtsverhältnisse	3
§ 3 -	Umfang der Krankenhausleistungen	3
§ 4 -	Aufnahme, Verlegung, Entlassung	3
§ 5 -	Vor- und nachstationäre Behandlung	4
§ 6 -	Entgelt	5
§ 7 -	Abrechnung des Entgeltes bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten	5
§ 8 -	Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern	5
§ 9 -	Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen	6
§ 10 -	Beurlaubungen	6
§ 11 -	Ärztliche Eingriffe	6
§ 12 -	Obduktion	7
§ 13 -	Aufzeichnungen und Daten	7
§ 14 -	Hausordnung	8
§ 15 -	Eingebrachte Sachen	8
§ 16 -	Haftungsbeschränkung	8
§ 17 -	Zahlungsort	8
§ 18 -	Inkrafttreten	8
Anlage 1	Hausordnung	
Anlage 2	Liquidationsberechtigte Chefärzte	
Anlage 3	DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich KHEntgG	
Anlage 4	PEPP-Entgelttarif im Anwendungsbereich BPfIV	
Anlage 5	Übersicht Pflegesätze, DRG-Entgelte und weitere Entgelte	

§ 1 - Geltungsbereich und Verbindlichkeit anderer Vorschriften

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinikum Chemnitz gGmbH und den Patienten bei vollstationären Krankenhausleistungen - auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen-, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen

§ 2 - Rechtsverhältnisse

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Klinikum und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur, soweit nicht anderweitige gesetzliche Regelungen bestehen.
- (2) Die AVB werden gemäß §§305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese
 - (a) jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsabschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlichen Aushang am Ort des Vertragsabschlusses 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 ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3 - Umfang der Krankenhausleistungen

Die vollstationären Krankenhausleistungen - auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen-, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.

- (1) 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 Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - (b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 - (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme (Unterbringung) einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach §11 Abs. 3 SGB V
 - (d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten
 - (e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V.
 - (f) das Entlassmanagement im Sinne des §39 Abs. 1a SGB V
- (2) 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 § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erbracht werden dürfen.
 - (f) Dolmetscherkosten
- (4) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach 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 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 wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben ist - 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 ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen der 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 (in besonderen Notfällen) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.
- (5) 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 (DRG) von der 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 Versicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Versicherten darüber.
- (6) Entlassen wird,
 - (a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - (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. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 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 der stationären Aufnahme 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 vierzehn Kalendertagen nach dem Entlassungstag nicht überschreiten darf, wird beendet:
 - (a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist,
 - (b) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.
 Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.
 Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.
- (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 Ergebnisse.

§ 6 - Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Klinikums richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif/PEPP-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil der AVB ist (Anlagen -3-5).

§ 7 - Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistung 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 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von der Zuzahlung befreit sind, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Für Versicherte der AOK Plus und der Barmer erfolgt die Rechnungslegung für die Zuzahlung direkt durch die Krankenkasse. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif/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 in der Regel 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 Entgeltes 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 maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- (3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen gestellt 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 Datum der Rechnungsstellung fällig.
- (6) 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 2,50 € bis 5,00 €, je nach Mahnstufe 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.).
- (2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von DRG nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 – KHEntG)
- (3) 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 zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 KHEntG).

§ 10 - Beurlaubungen

- (1) Mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung in der Regel nicht vereinbar, außer
 - (a) aus therapeutischen Gründen, wenn sie unumgänglich notwendig oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet sind,
 - (b) in begründeten Ausnahmefällen zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten mit der Dauer bis 24 Stunden, sofern dies medizinisch vertretbar ist.
- (2) Die Beurlaubung darf nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes oder dessen Vertreters erfolgen.
- (3) Krankentransport- und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Klinikums.
- (4) Die durch die Behandlung eines beurlaubten Patienten außerhalb des Klinikums entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Klinikums.

§ 11 - Ärztliche Eingriffe

- (1) Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach Aufklärung des Patienten über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
- (2) Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
- (3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäfts-unfähigen Patienten ein zur Verfügung 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 § 323c 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 in der Reihenfolge ihrer Aufzählung
 - (a) der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner
 - (b) die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
 - (c) 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,
 - (d) die volljährigen Geschwister,
 - (e) 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 nächst erreichbaren 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.

§ 13 - 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, eines von ihm Beauftragten oder eines durch die Entbindungserklärung von der Schweigepflicht Legitimierten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes, bleiben unberührt.

Die entsprechenden Kosten für die Einsichtnahme sowie für die Überlassung von Kopien -auch in Form von elektronischen Abschriften- sind vom Einsichtnehmenden bzw. vom jeweiligen Abforderer zu tragen.

Handelt es sich hierbei nicht um den Patienten selbst, haben niedergelassene Ärzte, Institutionen oder sonstige Personen eine entsprechende Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht der Ärzte der Klinikum Chemnitz gGmbH vorzulegen, sofern vom Gesetzgeber nicht anders bestimmt.

- (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 hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten (Anlage 1). Die jeweiligen standortspezifischen Regelungen sind zu beachten.

§ 15 - Eingebraachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in zumutbarer Weise verwahrt.
- (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 zwölf Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (5) Im Fall des Abs. 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) Bargeld und Wertgegenstände in einem Gesamtwert unter 500,00 € sowie persönliche Dinge und Dinge des täglichen Bedarfes werden im Falle des Ablebens eines Patienten dem Ehepartner bzw. einem Angehörigen 1. Grades gegen Unterzeichnung einer entsprechenden Erklärung übergeben. Beträge über 500,00 € sind per Überweisung an den Erben auszuführen. Bei einem Gesamtwert über 1.000,00 € erfolgt eine Herausgabe nur gegen Vorlage des Erbscheines.

Anderen Angehörigen bzw. Hinterbliebenen können Bargeld und Wertgegenstände nur bis zu einem Gesamtwert von 100,00 € ausgehändigt werden; bei einem darüber liegenden Gesamtwert erfolgt die Herausgabe nur gegen Vorlage des Erbscheines.

Können die Erben bis sechs Monate nach dem Ableben des Patienten nicht ermittelt werden bzw. wird das Erbe zwölf Wochen nach Aufforderung gegenüber den Erben nicht abgeholt oder ausgeschlagen, werden Bargeld und Wertgegenstände dem Amtsgericht Chemnitz übergeben. Persönliche Dinge sowie Dinge des täglichen Bedarfes werden entsorgt.

§ 16 - 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 Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit durch das Krankenhaus; 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.

§ 17 - Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten bei der Klinikum Chemnitz gGmbH in Chemnitz zu erfüllen.

§ 18 - Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klinikum Chemnitz gGmbH treten am 01.01.2022 in Kraft. Gleichzeitig treten die bisherigen AVB außer Kraft.