



**IIm-Kreis-Kliniken**  
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

**Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)  
für stationäre, teilstationäre,  
vor- und nachstationäre Leistungen  
sowie ambulante Leistungen, ambulante  
Operationen und  
Notfallbehandlungen**

für die

IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

im Folgenden -Kliniken- genannt

**INHALTSVERZEICHNIS**

|      |   |          |
|------|---|----------|
| § 1  | Geltungsbereich   | Seite 3  |
| § 2  | Rechtsverhältnis  | Seite 3  |
| § 3  | Umfang der Krankenhausleistungen  | Seite 3  |
| § 4  | Aufnahme, Verlegung, Entlassung   | Seite 4  |
| § 5  | Vor- und nachstationäre Behandlung  | Seite 5  |
| § 6  | Wahlleistungen  | Seite 6  |
| § 7  | Sonstige Krankenhausbehandlung  | Seite 7  |
| § 8  | Entgelt   | Seite 7  |
| § 9  | Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Kranken-<br>versicherten und Heilfürsorgeberechtigten | Seite 7  |
| § 10 | Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern  | Seite 7  |
| § 11 | Unterrichtung des Patienten   | Seite 8  |
| § 12 | Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen   | Seite 8  |
| § 13 | Krankenhausinvestitionsprogramm   | Seite 9  |
| § 14 | Beurlaubung   | Seite 9  |
| § 15 | Ärztliche Eingriffe   | Seite 9  |
| § 16 | Obduktion   | Seite 9  |
| § 17 | Aufzeichnung und Daten  | Seite 10 |
| § 18 | Hausordnung   | Seite 10 |
| § 19 | Eingebrachte Sachen   | Seite 10 |
| § 20 | Haftungsbeschränkung  | Seite 11 |
| § 21 | Zahlungsort   | Seite 11 |
| § 22 | Gerichtsstand   | Seite 11 |
| § 23 | Schlussbestimmung   | Seite 12 |
| § 24 | Inkrafttreten   | Seite 12 |

Anlage 1 Informationen zum Tarif für Krankenhäuser

Anlage 2 Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen

Anlage 3 Hausordnung

## **§ 1 Geltungsbereich**

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen den IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH an den Standorten:

99310 Arnstadt, Bärwinkelstraße 33,  
98693 Ilmenau, Oehrenstöcker Straße 32,  
98701 Großbreitenbach, Schulstraße 12,

und den Patienten sowie Begleitpersonen bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sowie bei der Durchführung von ambulanten Operationen und Notfallbehandlungen.

## **§ 2 Rechtsverhältnis**

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden für Patienten und Begleitpersonen wirksam, wenn
  - diese ausdrücklich darauf hingewiesen wurden,
  - von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten,
  - sie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

## **§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen**

- (1) Die vollstationären, teilstationären vor- und nachstationären Krankenhausleistungen, ambulante Operationen sowie sonstige ambulante Leistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.
- (2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Kliniken im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
  - (a) die während des Klinikaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
  - (b) die von den Kliniken veranlassten Leistungen Dritter,
  - (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten, bei bestehender Möglichkeit der Unterbringung in den Kliniken,
  - (d) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
  - (e) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,

- (3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind
- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, die Kliniken keine eigene Dialyseeinrichtung haben und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
  - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Klinikaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrräder),
  - c) Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen bzw. der GB-A ausgeschlossen hat,
  - d) Aufnahme einer Begleitperson, soweit keine medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme besteht.
- (4) Das Vertragsangebot der Kliniken erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die Kliniken im Rahmen ihrer medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet sind.

## **§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung**

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Kliniken 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 der Kliniken einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- (3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung in den Kliniken 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 Patienten ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgte Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V bei Abrechnung einer Fallpauschale von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des Patienten. Die Kliniken informieren den Patienten hierüber.

(5) Entlassen wird,

- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
- b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die Kliniken, haften die Kliniken nicht für die entstehenden Folgen. Eine Begleitperson kann nicht in den Kliniken verbleiben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

## **§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung**

- (1) Die Kliniken können bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenseinweisung) 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 vierzehn Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet,
  - a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Klinikarztes 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 oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb der Kliniken 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 Klinikleistungen.

- (4) Die Kliniken unterrichten den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

## **§ 6 Wahlleistungen**

- (1) Zwischen den Kliniken und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeit der Kliniken und nach näherer Maßgabe des Krankenhaustarifs, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden, die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
  - a) Arztwahlleistungen: die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte der Kliniken, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Kliniken (Dies gilt auch soweit sie von den Kliniken berechnet werden.),
  - b) die Unterbringung in einem Einbettzimmer,
  - c) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
  - d) individuelle Wahlleistungen.
- (2) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
- (3) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Absatz 1 a), auch soweit sie von den Kliniken berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Klinik oder des Instituts der Kliniken persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Klinik / des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ). Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.
- (4) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren und jeweils einzeln zu unterschreiben.
- (5) Die Kliniken können Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnung oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen.
- (6) Die Kliniken können Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Klinikleistungen 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 Sonstige Krankenhausbehandlung**

Bei von den Kliniken durchgeführten ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V, sowie vor-, nachstationären und ambulanten Behandlungen einschließlich Notfallbehandlungen gilt diese AVB sinngemäß.

## **§ 8 Entgelt**

Das Entgelt für die Leistungen der Kliniken richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Krankenhaustarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (*Anlage 1*). Soweit Klinikleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregrad-einstufung, Basisfallwert etc.). Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuell gültige DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

## **§ 9 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 Klinikleistungen verpflichtet ist, rechnen die Kliniken ihre Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen der Kliniken 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 in den Kliniken notwendig sind.
- (2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. 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 (*Anlage 1*), die von den Kliniken an die Krankenkasse weitergeleitet wird.

## **§ 10 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 den Kliniken gegenüber Selbstzahler.

- (2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen den Kliniken 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 (nach §301 SGB V), die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, und dass die private Krankenversicherung die Rechnung entsprechend des geschlossenen Vertrages mit dem Versicherungsnehmer zu 100 % ausgleicht. Erfolgt der Zahlungsausgleich der privaten Krankenversicherung nicht fristgerecht und/oder nicht in der berechneten Höhe, wird der Differenzbetrag dem Selbstzahler berechnet.
- (3) Für Klinikleistungen können Zwischenrechnungen erstellt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
- (4) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Korrekturen von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (5) Bei Zahlungsverzug werden Verzugszinsen berechnet. Für den Verzug gelten die in den jeweils gültigen Entgeltvereinbarungen für Krankenhäuser vereinbarten Bedingungen. Der Selbstzahler kommt – ohne Mahnung – spätestens dann in Verzug, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit der Rechnung die Zahlung leistet.
- (6) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

## **§ 11 Unterrichtung des Patienten**

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die von den Kliniken erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlende 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 Verwaltung der Kliniken erklären.

## **§ 12 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen**

- (1) Soweit die Kliniken die gesamte Leistung oder Teile der Leistung nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach §17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnen, können sie für Klinikaufenthalte, angemessene Vorauszahlungen vom Patienten verlangen.  
Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden.
- (2) Soweit die Kliniken auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnen, können sie für Klinikaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Klinikaufenthalts können die Kliniken 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 KHEntgG).

## **§ 13 Krankenhausinvestitionsprogramm**

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz sind Patienten oder ihre Kostenträger verpflichtet, einen Investitionszuschlag für jeden Tag des Klinikaufenthaltes mit Ausnahme des Entlassungstages (Belegungstage) zu zahlen. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Krankenhaustarif.

## **§ 14 Beurlaubung**

Mit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.

## **§ 15 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 Klinikarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist. Im Notfall wird von einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten ausgegangen. Dies gilt auch für Patienten die einer gesetzlichen Vertretung unterliegen, der gesetzliche Vertreter aber nicht bzw. nicht rechtzeitig erreichbar ist.

## **§ 16 Obduktion**

- (1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
  - der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder
  - 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 der Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
- (3) Nächster Angehöriger 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 Adoptionseltern) 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.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- (5) § 16 AVB findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen zum Zweck der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

## **§ 17 Aufzeichnung von Daten**

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der Kliniken.
- (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 Klinikarztes bleiben unberührt.
- (4) Die Krankenakten können ganz oder teilweise auf digitale Datenträger archiviert werden.
- (5) 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.

## **§ 18 Hausordnung**

Die Patienten, Begleitpersonen und Besucher sind an die Hausordnung gebunden. Die Hausordnung wird von der Geschäftsführung der Kliniken erlassen und in den Patientenzimmern ausgelegt. Sie ist Bestandteil der AVB in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 19 Eingebrachte Sachen**

- (1) In die Kliniken sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient darf in den Kliniken nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
- (2) Für mitgebrachte notwendige medizinisch-technische Geräte und Hilfsmittel haftet der Patient im vollen Umfang.

- (3) Geld und Wertsachen können nur in Ausnahmefällen in den Kliniken und in für die Kliniken zumutbarer Weise verwahrt werden.
- (4) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und in der Verwaltung in Verwahrung genommen.
- (5) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum der Kliniken über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (6) Im Fall des Abs. 5 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum der Kliniken übergehen. Bei Nachlassgegenständen wird die Aufforderung an den nächst erreichbaren Angehörigen gerichtet.
- (7) Abs. 5 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.

## **§ 20 Haftungsbeschränkung**

- (1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten oder der Begleitperson bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten oder der Begleitperson, die auf dem Grundstück der Kliniken oder auf einem von den Kliniken bereitgestellten Parkplatz bzw. im Parkhaus abgestellt sind, haftet die Kliniken nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit von Klinikmitarbeitern, das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden. Der Nachweis des Vorsatzes muss erbracht werden.
- (2) Haftungsansprüche wegen des Verlustes oder der Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Kliniken verwahrt wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befinden bzw. befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden. Diese Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

## **§ 21 Zahlungsort**

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

## **§ 22 Gerichtsstand**

Der Gerichtsstand ist Arnstadt.

## **§ 23 Schlussbestimmung**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser AVB ganz oder teilweise ungültig sein oder werden, so bleiben die übrigen gleichwohl gültig. An der Stelle unwirksamer Bestimmungen sollen solche treten, die der beabsichtigten Regelung unter angemessener Wahrung beiderseitigen Interesse am nächsten kommen.

## **§ 24 Inkrafttreten**

Diese AVB der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH treten am 01.01.2010 in Kraft. Gleichzeitig werden die bis dahin gültigen AVB der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH aufgehoben.

Arnstadt, den 01.01.2010



M. Heinz  
Geschäftsführerin