

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

für das

**Franziskus-Krankenhaus
Budapester Str. 15-19
10787 Berlin**

Rechtsträger

**St. Georgsstift e.V.
Klosterstraße 14
49832 Thüne**



§ 1 Geltungsbereich

1. Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem

Franziskus-Krankenhaus
Budapester Str. 15-19
10787 Berlin

- und
- a) den Benutzern (§ 2 Nr. 6)
 - b) den Zahlungspflichtigen (§ 2 Nr. 7)

bei stationären Krankenhausleistungen.

2. Die AVB finden keine Anwendung auf Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger und Versorgungsbehörden.
3. Bei ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Institutsleistungen) finden, soweit nichts anderes vereinbart ist, die AVB sinngemäß Anwendung.
4. Bei außervertraglichen Schuldverhältnissen (z.B. Geschäftsführung ohne Auftrag) gelten die AVB sinngemäß als Aufnahmebedingung.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne der AVB sind

1. Krankenhausleistungen: ärztliche Leistungen, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.
2. Allgemeine Krankenhausleistungen: die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten 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 einer Begleitperson des Patienten.
3. Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 dieser AVB im einzelnen aufgeführten Leistungen des Krankenhauses.
4. Behandlungen: alle Leistungen, die dazu bestimmt sind, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern.
5. Kranke: Personen, bei denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen.
6. Benutzer:
 - a) Kranke,
 - b) Personen, die zum Zwecke sonstiger ärztlicher Behandlungen das Krankenhaus aufsuchen,
 - c) Begleitpersonen, die zusammen mit einem anderen Benutzer aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden.
7. Zahlungspflichtige: natürliche oder juristische Personen, die dem Krankenhaus das Entgelt für seine Leistungen schuldet.
8. Kassenpatienten: Benutzer für die eine Körperschaft, ein Sozialhilfeträger oder eine Versorgungsbehörde im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes das Entgelt für die allgemeine Krankenhausleistung schuldet.



9. Heilfürsorgeberechtigte: Benutzer für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Krankenhausleistungen schuldet.
10. Selbstzahler:
 - a) Benutzer, die nicht Kassenpatienten (Nr.8) oder Heilfürsorgeberechtigte (Nr.9)
 - b) Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte für Leistungen, die nicht in die Kostenübernahmeerklärung nach § 8 Abs. 1 eingeschlossen sind.
11. Konsiliarärzte: Ärzte und Zahnärzte, die unabhängig von einem Angestelltenverhältnis zum Krankenhaus vom Krankenhaus zur Beratung, Untersuchung oder Mitbehandlung hinzugezogen werden. Als Konsiliarärzte gelten auch fremde ärztlich geleitete Einrichtungen (Untersuchungsstellen u.ä.)
12. Leistungen Dritter: Leistungen, die nicht durch die stationäre Krankenhausleistung bedingt sind.
13. Ambulante Leistungen des Krankenhauses: Ambulante ärztliche Leistungen (einschl. ärztliche Sachleistungen) und Krankenhaussachleistungen, die nicht von einem Krankenhausarzt im Rahmen seiner erlaubten Nebentätigkeit im eigenen Namen erbracht werden.

§ 3

Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Benutzer bzw. Zahlungspflichtigen sind privatrechtlicher Natur, unabhängig von den Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger oder Versorgungsbehörden.
2. Der Durchführung der Leistungen des Krankenhauses liegen die AVB zugrunde.
3. Die AVB werden für den Benutzer wirksam, wenn er ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnte, sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt hat.
4. Die Absätze (2) und (3) gelten auch für Zahlungspflichtige, soweit es sich nicht um Rechte und Pflichten handelt, die nur vom Benutzer persönlich wahrzunehmen sind.

§ 4

Umfang der stationären Behandlung

1. Die stationäre Behandlung umfasst:
 - a) die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Nr. 2)
 - b) die Wahlleistungen (§ 6)
2. Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
3. Der Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich allein nach Art und Schwere der Erkrankung. Zur allgemeinen Krankenhausleistung zählt auch die medizinische notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.
4. Nicht Gegenstand stationärer Krankenhausleistungen sind:
 - a) Leistungen Dritter
 - b) Hilfsmittel, die dem Kranken bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgeben werden (z.B. Prothesen, Krückstöcke, Krankenhausbahnräder),
 - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Totenbescheinigung
 - d) 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.
 - e) Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.



5. Die Leistungspflicht des Krankenhauses beginnt mit der Aufnahme des Benutzers in das Krankenhaus und endet mit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus.

§ 5

Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Vertragsänderung

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer stationärer Behandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und Dringlichkeit des Krankheitsfalles.
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 die Aufnahme in ein anderes Krankenhaus gesichert ist.
3. Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Kranken medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Antrag im Rahmen der Wahlleistungen (§ 6) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
4. Kranke können in eine andere Abteilung oder ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies notwendig ist. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist vorher mit dem Patienten abzustimmen.
5. Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der stationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht,
 - c) wer wiederholt oder grob gegen ärztliche und pflegerische Maßnahmen oder gegen die Hausordnung verstößt, sofern nicht eine unmittelbare Lebensgefahr besteht

Besteht der Benutzer entgegen ärztlichem Rat auf seiner 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.

§ 6

Wahlleistungen

1. Zwischen dem Krankenhaus und dem Benutzer oder dem Zahlungspflichtigen können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Tarifs für stationäre Leistungen - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die folgenden gesondert berechenbaren Wahlleistungen vereinbart werden:
 - a) Die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses einschl. der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlichen Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden.
 - b) Die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
 - c) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
 - d) die Nutzung des TV-Angebotes
 - e) die Gestellung eines Telefonapparats.
2. Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i.S. des Abs. 1 Buchstabe a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Fachabteilung oder des Instituts des Krankenhauses persönlich oder ein von ihm im Einzelfall beauftragter Arzt der Fachabteilung / des Instituts. Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.



3. Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren. Der schriftliche Auftrag auf die Gewährung der Wahlleistungen gilt als angenommen, wenn
 - a) die beantragte Leistung tatsächlich gewährt wird oder
 - b) das Krankenhaus nicht durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Antragsteller bis zum Ende des Werktages widerspricht, der auf den Tag folgt, an dem der Antrag bei der Krankenhausverwaltung eingegangen ist.
4. Das Krankenhaus kann Benutzern, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen; aus den gleichen Gründen kann das Krankenhaus eine Vereinbarung gegenüber Wahlleistungen ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Bei geringfügigen Verstößen gegen die Hausordnung muss der Kündigung eine Abmahnung vorausgehen.
5. Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Kranke erforderlich wird; im übrigen kann die Vereinbarung von beiden Teilen an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 7 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif für stationäre Leistungen und ambulante Leistungen.
Sie sind vom Zahlungspflichtigen zu entrichten.

§ 8 Kostenübernahme

1. Benutzer, die bei der Aufnahme keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialversicherungsträgers, eines Sozialhilfeträgers, einer Versorgungsbehörde im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Trägers der Heilfürsorge vorlegen, sind Selbstzahler; legen sie die Kostenübernahmeerklärung später - aber noch vor Erteilung der Schlussrechnung - vor, dann sind sie von Anfang an Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte.
2. Entspricht die Kostenübernahmeerklärung nicht dem Pflegekostentarif des Krankenhauses, wird sie nur als Kostenzuschusserklärung angenommen.
3. Ein Kassenpatient oder Heilfürsorgeberechtigter, der Leistungen in Anspruch nimmt, die nicht durch die Kostenübernahme - oder Kostenzuschusserklärung - gedeckt sind, ist insoweit als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistung verpflichtet.
Legt der Benutzer keine Kostenübernahmeerklärung vor und ist Hilfsbedürftigkeit im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes zu vermuten, ist das Krankenhaus berechtigt, beim zuständigen Träger der Sozialhilfe die Kostenübernahme zu beantragen.

§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

1. Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse, 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 Leitungen 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. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.



§ 10 Teilzahlungen

1. Das Franziskus-Krankenhaus Berlin rechnet auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab und kann somit eine entsprechende Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
2. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts sind vom Benutzer angemessene Abschlagszahlungen zu leisten. Die Höhe orientiert sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte.

§ 11 Rechnungen für Selbstzahler

1. 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 Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
2. Während des stationären Krankenhausaufenthaltes werden unter Berücksichtigung der in § 10 genannten Voraussetzungen Zwischenrechnungen erteilt. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlußrechnung erstellt.
3. Bei ambulanten Leistungen des Krankenhauses wird zum Ende des Krankenhausvierteljahres eine Zwischenrechnung und nach Abschluß der Behandlung die Schlussrechnung ausgestellt, sofern nicht das Krankenhaus von Dritten entsprechende Erstattungen erhält.
4. Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlußrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
5. Der Rechnungsbetrag wird mit der Zustellung der Rechnung an den Zahlungspflichtigen fällig.
6. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) sowie Mahngebühren in Höhe von EUR 2,50 (2. Mahnung) und EUR 5,00 (3. Mahnung) berechnet werden.
7. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftigen festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 12 Beurlaubung

Während der stationären Behandlung werden Kranke nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes beurlaubt; bei Kassenpatienten und Heilfürsorgeberechtigten ist außerdem die Zustimmung des Zahlungspflichtigen erforderlich. Vereinbarte Regelungen mit den Kostenträgern bleiben hiervon unberührt.

§ 13 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Kranken werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
2. Ist der Kranke außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Anwendung einer dem Kranken drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.



3. Absatz 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Kranken der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine, dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 14 Obduktion

1. Bei einem im Krankenhaus verstorbenen oder tot eingelieferten Kranken kann eine Obduktion außer in den sonst durch Gesetz zugelassenen Fällen durchgeführt werden, wenn
 - a) die Obduktion aufgrund der Umstände des Einzelfalles im ärztlichen Interesse zur Klärung des Grundleidens oder der Todesursache oder der Überprüfung der klinischen Diagnose oder therapeutischen Maßnahmen geboten erscheint und
 - b) der Verstorbene zu Lebzeiten in die Obduktion eingewilligt hat oder wenn weder der Verstorbene ihr widersprochen hatte noch einer seiner Angehörigen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister) spätestens binnen 12 Tagesstunden nach Zugang der Benachrichtigung Widerspruch erhebt.
Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb der angemessenen 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 nahegestanden 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.
Tagesstunden sind die Stunden von 7.00 bis 22.00 Uhr.
2. Von der Obduktion ist abzusehen, wenn sie erkennbar mit dem Glaubensbekenntnis oder der Weltanschauung des Verstorbenen nicht vereinbar ist. Auch ein nach Ablauf der 12-Stunden-Frist eingegangener Widerspruch der Angehörigen ist zu berücksichtigen, sofern die Obduktion noch nicht stattgefunden hat.
3. Die Absätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
4. § 14 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.

§ 15 Aufzeichnung und Daten

1. Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
2. Das Recht des Benutzers oder eines ihm beauftragten Arztes auf Einsicht in die Aufzeichnungen und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.
3. Benutzer oder Zahlungspflichtige haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen (§ 15 Abs. 1).
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.

§ 16 Hausordnung

Die Benutzer sind an die Hausordnung gebunden.

§ 17 Eingebrachte Sachen

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigsten Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Benutzer darf im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und



Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten. Die Benutzung von Mobiltelefonen im Haus ist aus Sicherheitsgründen untersagt. Mitgebrachte Geräte können bei der Verwaltung hinterlegt werden.

2. Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in zumutbarer Weise unentgeltlich verwahrt. Aus triftigem Grund kann das Krankenhaus die Verwahrung ablehnen.
3. Bei handlungsunfähigen eingelieferten Personen 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 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
5. Für Nachlassgegenstände gilt Absatz 4 entsprechend; die Aufforderung wird an den erreichbaren nächsten Angehörigen gerichtet.
6. Die Absätze 4 und 5 gelten nicht für Geld und Wertgegenstände, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.
7. In den Fällen der Absätze 4 und 5 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass sie nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.
8. In Verwahrung genommene Sachen können ganz oder teilweise zur Deckung fälliger Kosten zurückgehalten werden.

§ 18 Haftung

1. Der Krankenhausträger haftet nur für Schäden, die von Personen verursacht werden, die in Erfüllung einer vom Krankenhaus geschuldeten Leistung tätig werden.
2. Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Benutzers bleiben, und für Fahrzeuge des Benutzers, 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 der Verwaltung zur Verwahrung gegeben wurden. Es besteht die Möglichkeit, Wertgegenstände im Tresor der Klinik zu hinterlegen.
3. Haftungsansprüche wegen Verlustes oder der Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt werden / wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben bzw. befinden, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangen der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden. Die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.
4. Für Schäden, die bei der Reinigung, Desinfektion und Entwesung eingebrachter Sachen entstehen, haftet der Krankenhausträger nur bei grobem Verschulden.

§ 19 Zahlungsort und Gerichtsstand

1. Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Berlin zu erfüllen.
2. Gerichtsstand für das Mahnverfahren ist Berlin.

§ 20 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01. August 2004 in Kraft.

Gleichzeitig werden die AVB vom 01. Januar 1987 aufgehoben.