

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen den **ARBERLANDKliniken** und den Patienten bei vollstationären Klinikleistungen - auch in Form der teilstationären sowie vor- und nachstationären Klinikleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen der Klinik und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese
 - jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
 - von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
 - sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3 Umfang der Klinikleistungen

- (1) Die vollstationären Klinikleistungen - auch in Form der teilstationären sowie vor- und nachstationären Klinikleistungen - umfassen die allgemeinen Klinikleistungen und die Wahlleistungen.
- (2) Allgemeine Klinikleistungen sind diejenigen Klinikleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Klinik 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 Klinikaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - b) die von der Klinik veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme 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, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
 - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
 - f) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V.
- (3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Klinikleistungen sind
 - a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, die Klinik keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Klinikbehandlung nicht besteht;
 - b) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger;
 - c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Klinikaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle);
 - d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
 - f) Dolmetscherkosten
- (4) Das Vertragsangebot der Klinik erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die Klinik im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Klinik wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Klinikbehandlung 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

Bearbeiter	Prüfung/Freigabe	Version	Ersterstellung	Seite
LPM	LPM, VWL/QMB	01.03.2024- 07	20.06.2005	Seite 1 von 5

quantitativen Leistungsfähigkeit der Klinik- 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 der Klinik 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 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. Die Klinik informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.
- (5) Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes der Klinikbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die Klinik, haftet die Klinik für die entstehenden Folgen nicht.
- (6) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Die Klinik kann bei Verordnung von Klinikbehandlung (Klinikeinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
 - a) die Erforderlichkeit einer vollstationären Klinikbehandlung zu klären oder die vollstationäre Klinikbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
 - b) im Anschluss an eine vollstationäre Klinikbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).
- (2) Die vorstationäre Klinikbehandlung, 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 Klinikbehandlung 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 Klinikbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Klinikbehandlung, 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. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen von der Klinik auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen.

- (4) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb der Klinik 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.
- (5) Die Klinik unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 Wahlleistungen

- (1) Zwischen der Klinik und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten der Klinik und nach Maßgabe des DRG-Entgelttarifs – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
 - a) die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte der Klinik, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik. Dies gilt auch, soweit die Klinik selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Bearbeiter	Prüfung/Freigabe	Version	Ersterstellung	Seite
LPM	LPM, VWL/QMB	01.03.2024- 07	20.06.2005	Seite 2 von 5

- b) die Unterbringung in einem Einbettzimmer mit Komfortelementen;
 - c) die Unterbringung in einem Zweibettzimmer mit Komfortelementen;
 - d) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
- (2) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das Neugeborene. Für das Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
 - (3) Gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen i. S. der Ziffer 1 Buchstabe a) erbringt der von der Klinik benannte Wahlarzt der Abteilung persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Abteilung / des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Im Fall der unvorhergesehenen Verhinderung übernimmt die Aufgabe des Wahlarztes sein ständiger ärztlicher Vertreter.
 - (4) Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der Aufnahme eines Angehörigen als Begleitperson während eines Krankenhausaufenthaltes. Je nach Verfügbarkeit bieten wir die Unterbringung in einem Bett im Patientenzimmer an. Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen erforderlich, werden die Kosten in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme ab, muss der Aufenthalt von der Begleitperson selbst bezahlt werden. Der alleinige Wunsch des Patienten oder der Begleitperson ist dabei kein medizinischer Grund zur Mitaufnahme.
 - (5) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
 - (6) Die Klinik kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung mit Patienten ablehnen, die die Kosten einer früheren Behandlung in der Klinik nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, sowie bei ungeklärter Kostensicherung.
 - (7) Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens der Klinik sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.
 - (8) Die Klinik kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich wird.
 - (9) Im Übrigen kann die Vereinbarung von beiden Vertragsparteien 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 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen der Klinik richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage).

§ 8 Abrechnung des Entgeltes 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, rechnet die Klinik seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen der Klinik 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 der Klinik notwendig sind.
- (2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Klinikbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die **von der Klinik an die Krankenkasse weitergeleitet** wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.
- (3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Klinikbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die von der Klinik erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Klinikbehandlung eine derartige schriftliche oder elektronische Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Klinikverwaltung erklären.

§ 9 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 der Klinik 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 der Klinik und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte seine ausdrückliche Einwilligung erklärt, dass die Daten an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- (3) Für Klinikleistungen 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.

Bearbeiter	Prüfung/Freigabe	Version	Ersterstellung	Seite
LPM	LPM, VWL/QMB	01.03.2024- 07	20.06.2005	Seite 3 von 5

- (5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 10,00 € 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.

§ 10 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit die Klinik auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Klinikaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§8 Abs. 4 Bundespflegegesetzverordnung – BPfIV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
- (2) Ab dem achten Tag des Klinikaufenthalts kann die Klinik 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. 4 BPfIV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

§ 11 Beurlaubung

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

§ 12 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.
- (3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten ein zur Vertretung 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 § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 13 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 Klinikarzt 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 und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

Bearbeiter	Prüfung/Freigabe	Version	Ersterstellung	Seite
LPM	LPM, VWL/QMB	01.03.2024- 07	20.06.2005	Seite 4 von 5

§ 14 Aufzeichnungen und Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der Klinik.
- (2) Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
- (3) Die Rechte des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen und auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - bleiben unberührt. Der Patient hat zudem ein Recht auf Auskunft.
- (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.

§ 15 Hausordnung

Der Patient hat die von der Klinik erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 16 Eingebraachte Sachen

- (1) In die Klinik sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für die Klinik 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 der Klinik über, wenn sie nicht innerhalb von 12 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 der Klinik übergehen.
- (6) Abs. 4 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.

§ 17 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 Klinikgrundstück oder auf einem von der Klinik bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Klinikträger 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.

§ 18 Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten

für die ARBERLANDKlinik Viechtach

bei der Sparkasse Regen, IBAN: DE44 7415 1450 0000 2185 94, BIC: BYLADEM1REG

für die ARBERLANDKlinik Zwiesel

bei der Sparkasse Regen, IBAN: DE09 7415 1450 0000 2189 33, BIC: BYLADEM1REG

zu erfüllen.

§ 19 Inkrafttreten

Diese AVB treten am **01.03.2024** in Kraft.

Gleichzeitig werden die Allgemeinen Vertragsbedingungen vom 01.03.2018 aufgehoben.

Anlage:

- DRG-Entgelttarif

Bearbeiter	Prüfung/Freigabe	Version	Ersterstellung	Seite
LPM	LPM, VWL/QMB	01.03.2024- 07	20.06.2005	Seite 5 von 5