



Allgemeine
Vertragsbestimmungen
(AVB)

Allgemeine Vertragsbestimmungen (AVB) für

das Universitätsklinikum Ulm (Klinikum)

gültig ab 01. 12. 2018

Inhaltsübersicht

§ 1	Geltungsbereich	Seite	4
§ 2	Rechtsverhältnis	Seite	4
§ 3	Umfang der Leistungen des Klinikums	Seite	4
§ 4	Aufnahme	Seite	5
§ 5	Abweisung	Seite	6
§ 6	Verlegung	Seite	6
§ 7	Entlassung	Seite	6
§ 8	Vor- und nachstationäre Behandlung	Seite	7
§ 9	Ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe	Seite	8
§ 10	Durchführung und Abrechnung ambulanter Leistungen	Seite	8
§ 11	Wahlleistungen	Seite	9
§ 12	Gutachten	Seite	10
§ 13	Entgelte, Unterrichtung der Patienten	Seite	10
§ 14	Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten	Seite	10
§ 15	Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern	Seite	11
§ 16	Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen	Seite	11
§ 17	Beurlaubungen	Seite	12
§ 18	Ärztliche Eingriffe	Seite	12
§ 19	Obduktion	Seite	12
§ 20	Aufzeichnungen und Daten	Seite	13
§ 21	Eingebrachte Sachen	Seite	13
§ 22	Haftungsbeschränkung	Seite	14
§ 23	Erfüllungsort und Gerichtsstand	Seite	14
§ 24	Inkrafttreten	Seite	14

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und den Patienten bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären und ambulanten Krankenhausleistungen sowie Leistungen des Klinikums im Zusammenhang mit Gutachten.

§ 2 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Klinikum und den Patienten sind privatrechtlicher Natur soweit nicht anderweitige gesetzliche Regelungen bestehen.
2. Die AVB werden 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 Vertragsparteien angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
 - sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben
3. Rechtsverbindliche Auskünfte über Behandlungskosten und Abrechnungsfragen erteilt ausschließlich die Verwaltung des Klinikums.

§ 3 Umfang der Leistungen des Klinikums

1. Die vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten Krankenhausleistungen umfassen die
 - a) allgemeinen Krankenhausleistungen (Abs. 2) und
 - b) die Wahlleistungen (§ 11).
2. Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Klinikums im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinische 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 (SGBV),
 - 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 Absatz 1 Satz 3 SGB V.
 - f) das Entlassmanagement im Sinne von § 39 1a SGB V.
3. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind
- a) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden. (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle)
 - b) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
 - c) Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
 - d) Dolmetscherkosten.
4. Das Vertragsangebot des Klinikums erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Klinikum im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 4 Aufnahme

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Klinikums wird gegen Entgelt aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsbildes. Über die Aufnahme entscheidet der verantwortliche Arzt.
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 Klinikums – 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 entgegen stehen.

§ 5 Abweisung

Handelt es sich nicht um einen Notfall, können Personen abgewiesen werden, die

- a) wegen ungebührlichen Verhaltens dem Klinikum nicht zugemutet werden können,
- b) die Kosten im Zusammenhang mit früheren Behandlungen nicht beglichen haben,
- c) keine ausreichende Kostendeckung nachweisen oder keine Teilzahlungen leisten können.

§ 6 Verlegung

1. Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.
2. Eine Verlegung auf Wunsch des Patienten in ein wohnortnahes Krankenhaus ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ist gemäß § 60 SGB V 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. Das Klinikum informiert den Patienten hierüber.
3. Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und am selben Tagewieder zurückkehrt (Verbringung).

§ 7 Entlassung

1. Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.
2. Entlassungen können erfolgen, sofern keine ärztlichen Bedenken bestehen
 - a) auf Verlangen des Sozialleistungsträgers
 - b) auf Anordnung des Ärztlichen Direktors bei groben Verstößen gegen Ruhe und Ordnung bzw. gegen ärztliche Anweisungen oder wenn der Patient sich weigert, die zur Kostensicherung erforderlichen Schritte zu unternehmen.

3. Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Klinikum, haftet das Klinikum für die entstehenden Folgen nicht.
4. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.
5. Sofern keine nachstationäre Behandlung eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht des Klinikums aus dem Behandlungsvertrag mit der Entlassung.

§ 8

Vor- und nachstationäre Behandlung

1. Das Klinikum kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhaus-einweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Ver-pflegung 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 inner- halb von vierzehn Kalendertagen, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, 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 vierzehn 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 vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenhausbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. 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.

§ 9

Ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe

1. Ambulante Operationen sowie sonstige stationersetzende Eingriffe sollen i. d. R. auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes durchgeführt werden.
2. Der für die Operation verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang der ambulanten Operation bzw. des sonstigen stationersetzenden Eingriffs. Dabei ist zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffes unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben.

§ 10

Durchführung und Abrechnung ambulanter Leistungen

1. Ambulante Behandlungen können grundsätzlich nur erfolgen, wenn
 - a) der Patient bei der ersten Vorsprache im laufenden Quartal den gültigen Überweisungsschein eines Kassenarztes vorlegt oder
 - b) der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter die Kosten selbst trägt oder
 - c) für den Patienten ein unmittelbarer Notfall besteht, so dass er nach ärztlicher Ansicht nicht abgewiesen werden kann.
2. Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertretern, die die Behandlungskosten selbst tragen, werden die Behandlungskosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet, sofern keine andere Vereinbarung getroffen ist oder andere Vergütungsregelungen Anwendung finden.
3. Bei unklarer Kostensicherung kann das Klinikum einen Kostenvorschuss erheben oder die sofortige Zahlung der Rechnung verlangen.
4. In der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde können Patienten auch von Studenten der Zahnheilkunde unter Aufsicht approbierter Ärzte bzw. Zahnärzte behandelt werden, sofern vom Patienten nicht widersprochen wird.
5. Die Vereinbarung privatärztlicher Leistungen bleibt hiervon unberührt.

§ 11 Wahlleistungen

1. Zwischen dem Klinikum und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Klinikums und nach näherer Maßgabe des DRG-Entgelt- und Pflegekostentarifes – 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 des Klinikums, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Klinikums. Dies gilt auch, soweit das Klinikum selbst wahlärztliche Leistungen berechnet;
 - b) die Unterbringung in einem Einbettzimmer;
 - c) die Unterbringung in einem Zweibettzimmer;
 - d) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson;
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 wahlärztliche Leistungen i.S. der Ziffer¹ Buchstabe a) erbringt der Ärztliche Direktor der Abteilung oder des Instituts des Klinikums persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Abteilung/des Instituts (§ 4 Absatz 2 GOÄ/GOZ). Im Fall der unvorhergesehenen Verhinderung übernimmt die Aufgabe des Ärztlichen Direktors sein ständiger ärztlicher Vertreter. Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Abs.1 Buchstabe a) erbringen auch vom Klinikum besonders benannte Wahlärzte bzw. im Falle der unvorhergesehenen Verhinderung deren jeweils ständiger ärztlicher Vertreter.
4. Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
5. Das Klinikum kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung mit Patienten ablehnen, die die Kosten einer früheren Behandlung im Klinikum nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, sowie bei ungeklärter Kostensicherung.
6. Das Klinikum kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich wird.
7. 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.

§ 12 Gutachten

Bei der Begutachtung von stationär oder teilstationär untergebrachten Patienten schließt der Auftraggeber für nichtamtliche Gutachten den auf die ärztliche Leistung der Begutachtung gerichteten Vertrag mit dem Ärztlichen Direktor ab. Bei stationär untergebrachten Patienten kommt für die vom Klinikum zu erbringenden Sachleistungen ein Dienst- bzw. Beherbergungsvertrag mit dem Klinikum zustande.

§ 13 Entgelte, Unterrichtung der Patienten

1. Das Entgelt für die Leistungen des Klinikums richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben, dem DRG-Entgelt- und Pflegekostentarif in der jeweils gültigen Fassung und nach den Vergütungsregeln für vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Operationen sowie ambulante Leistungen. Der DRG-Entgelt- und Pflegekostentarif ist Bestandteil dieser allgemeinen Vertragsbestimmungen.
Soweit stationäre Krankenhausleistungen über diagnosenorientierte Fallpauschalen (Diagnoses 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 dazugehörigen Abrechnungsregeln.
2. Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 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 Verwaltung des Universitätsklinikums erklären.

§ 14 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Klinikum seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Klinikums legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzel- fall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Klinikum notwendig sind.

§ 15 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 Klinikum gegenüber Selbstzahler.
2. Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenhausversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Klinikum und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erstellt. 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 erstellt 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 mit Zugang der Rechnung fällig.
6. Zahlungsverzug tritt spätestens 30 Tage nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung ein. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) sowie Mahngebühren in Höhe von 4,00 € je Mahnung sowie 10,00 € für den Antrag auf Erlass eines Mahnbescheides berechnet werden.
7. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 16 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1. Soweit das Klinikum nicht auf der Grundlage von Diagnoses Related Groups (DRG) nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 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 Absatz 4 BPFIV a.F. oder § 8 Abs. 5 BPIV n.F.).

2. Soweit das Klinikum auf der Grundlage von Diagnoses Related Groups (DRG) nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Klinikum eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Absatz 7 KHEntgG).

§ 17 Beurlaubungen

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 Ärztlichen Direktors beurlaubt. Krankentransporte und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung sowie die durch eine Behandlung außerhalb des Klinikums entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Klinikums.

§ 18 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes 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 Anwendung 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 § 323c StGB unbeachtlich ist.

§ 19 Obduktion

1. Die innere Leichenschau kann vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung der Todesursache aus ärztlicher Sicht notwendig ist oder wenn ein wissenschaftliches Interesse besteht.
2. Von der inneren Leichenschau ist abzusehen, wenn ihr die verstorbene Person zu Lebzeiten widersprochen hat.

Hat die verstorbene Person der inneren Leichenschau nicht ausdrücklich zugestimmt, darf sie erst nach Ablauf von acht Tagesstunden vorgenommen werden (Tagesstunden sind die Stunden von 7.00 bis 22.00 Uhr). Widersprechen der Ehegatte, die volljährigen Kinder, die Eltern oder Geschwister der verstorbenen Person oder ihr gesetzlicher Vertreter innerhalb der genannten Frist, so ist von einer Leichenschau abzusehen; bis zu ihrer Vornahme ist auch ein nach Fristablauf eingegangener Widerspruch zu berücksichtigen.

Bestehen unter den widerspruchsberechtigten Personen Meinungsverschiedenheiten, so geht der Wille des Ehegatten dem der volljährigen Kinder, der Wille der volljährigen Kinder dem der Eltern und der Wille der Eltern dem der Geschwister vor. Bei Meinungsverschiedenheiten unter widerspruchsberechtigten Personen gleichen Grades ist von der inneren Leichenschau abzusehen.

3. Die Absätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei der Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
4. §19 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.

§ 20

Aufzeichnungen und Daten

1. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, sind Eigentum des Klinikums.
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 Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt. Der Beauftragte hat eine aktuelle Erklärung des Patienten über die Entbindung von der Schweigepflicht vorzulegen.
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.

§ 21

Eingebrachte Sachen

1. In das Klinikum sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
2. Geld und Wertsachen können durch die behandelnde Station/Fachabteilung entsprechend der dortigen Aufbewahrungsmöglichkeiten verwahrt werden. In Ausnahmefällen und soweit zumutbar ist eine Verwahrung bei der Verwaltung des Klinikums möglich. Die Verwahrung kann aus triftigem Grund abgelehnt werden.

3. Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und entsprechend Ziffer 2. verwahrt.
4. Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Klinikums über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
5. Im Fall des Absatzes 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurück- gelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Klinikums übergehen.
6. Absatz 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.

§ 22

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 Klinikumsgrundstück oder einem vom Klinikum bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet das Klinikum nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht gemäß § 21 zur Verwahrung übergeben wurden.
2. Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch das Klinikum gemäß § 21 verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung des Klinikums 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.

§ 23

Erfüllungsort und Gerichtsstand

Erfüllungsort und Gerichtsstand sind in Ulm.

§ 24

Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.12.2018 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.12.2016 aufgehoben.