



Allgemeine  
Vertragsbestimmungen  
(AVB)

# Allgemeine Vertragsbestimmungen (AVB)

für

das Universitätsklinikum Ulm (Klinikum)

gültig ab 01.01.2026

## Inhaltsübersicht

|  |    |
|--|----|
| Allgemeine Vertragsbestimmungen (AVB) .....  | 2  |
| § 1 Geltungsbereich .....  | 3  |
| § 2 Rechtsverhältnis .....   | 3  |
| § 3 Umfang der Krankenhausleistungen .....   | 3  |
| § 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung .....  | 4  |
| § 5 Abweisungen .....  | 5  |
| § 6 Vor- und nachstationäre Behandlung .....   | 6  |
| § 6a Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung .....   | 7  |
| § 6b Tagesstationäre Behandlung .....  | 7  |
| § 7 Wahlleistungen .....   | 7  |
| § 8 Entgelt .....  | 8  |
| § 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und<br>Heilfürsorgeberechtigten ..... | 8  |
| § 10 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern .....   | 9  |
| § 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen .....   | 10 |
| § 12 Beurlaubung .....   | 10 |
| § 13 Ärztliche Eingriffe .....   | 10 |
| § 14 Obduktion .....   | 11 |
| § 15 Aufzeichnungen und Daten .....  | 11 |
| § 16 Hausordnung .....   | 12 |
| § 17 Eingebraachte Sachen .....  | 12 |
| § 18 Haftungsbeschränkung .....  | 12 |
| § 19 Erfüllungsort und Gerichtsstand .....   | 13 |
| § 20 Zahlungsort .....   | 13 |
| § 21 Inkrafttreten .....   | 13 |

## **§ 1 Geltungsbereich**

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und den Patienten bei vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen. Dies gilt auch für Leistungen, die nach § 115f SGB V vergütet werden.

## **§ 2 Rechtsverhältnis**

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Klinikum 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) Rechtsverbindliche Auskünfte über Behandlungskosten und Abrechnungsfragen erteilt ausschließlich die Verwaltung des Klinikums.

## **§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen**

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

(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 medizinisch 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 (SGB V),
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,

- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 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. S. 3 SGB V,
- f) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V.

(3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind

- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.
- b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
- c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
- d) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
- e) 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, Verlegung, Entlassung

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Klinikums wird 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 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. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

(5) Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und am selben Tag wieder zurückkehrt (Verbringung).

(6) Entlassen wird,

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

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.

(7) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

(8) Sofern keine nachstationäre Behandlung eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht des Klinikums aus dem Behandlungsvertrag mit der Entlassung.

## **§ 5 Abweisungen**

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

### Vor- und nachstationäre Behandlung

(1) Das Klinikum kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

- a) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
- b) im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Krankenhausbehandlung, die drei Behandlungstage innerhalb von fünf Kalendertagen vor 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 14 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 14 Kalendertagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersu-

chungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus 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 des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

(5) Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

#### **§ 6a**

#### **Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**

Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung kann das Klinikum in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen.

#### **§ 6b**

#### **Tagesstationäre Behandlung**

In Fällen, die medizinisch geeignet sind und in denen die häusliche Versorgungssituation des Patienten es zulässt, kann das Klinikum mit Einwilligung des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Klinikum erbringen. Die Erbringung tagesstationärer Behandlungen ist sowohl für das Klinikum als auch für den Patienten freiwillig. Voraussetzung ist eine Indikation einer stationären somatischen Behandlung. Ferner ist ein täglich mindestens sechstündiger Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus erforderlich, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlungen erbracht werden. Das Krankenhaus kann die Erbringung tagesstationärer Behandlungen jederzeit einstellen und die Behandlung als vollstationäre Behandlung fortführen.

#### **§ 7**

#### **Wahlleistungen**

- (1) Zwischen dem Klinikum und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Klinikums und nach näherer Maßgabe des DRG-Entgelt- und Pflegekostentarifs – 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 Leistung 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 Ziffer 1 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 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.

## § 8 Entgelt

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

## § 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 Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Klinikums legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.

(2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das 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. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif/PEPP-Entgelttarif.

(3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche oder elektronische Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

## **§ 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 dem Klinikum gegenüber Selbstzahler.

(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung oder als beihilferechtigte Person von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Klinikum und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen / der Beihilfestelle Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen / der Beihilfestelle erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte seine ausdrückliche Einwilligung erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen / die Beihilfestelle übermittelt werden.

(3) Für Krankenhausleistungen 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.

(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 4,00 € 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.

## **§ 11**

### **Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen**

(1) Soweit das Klinikum auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b oder PEPP-Entgelten nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 4 Bundespflege-satzverordnung – BPfIV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

(2) 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 Abs. 4 BPfIV oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).

## **§ 12**

### **Beurlaubung**

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 Leitenden Abteilungsarztes 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.

## **§ 13**

### **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 Krankenhausarztes 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 § 323c StGB unbeachtlich ist.

## **§ 14 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 inneren Leichenschau abzusehen; bis zu ihrer Vornahme ist auch ein nach Fristablauf eingegangener Widerspruch zu berücksichtigen.  
  
Besteht unter den widerspruchsberechtigten Personen Meinungsverschiedenheiten, so geht der Wille des Ehegatten dem 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) §12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

## **§ 15 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) Die Rechte des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen und auf Überlassung von Abschriften – auch in elektronischer Form – gemäß § 630g BGB 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.

## **§ 16**

### **Hausordnung**

Der Patient hat die vom Klinikum erlassene Hausordnung zu beachten.

## **§ 17**

### **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 zurückgelassenen 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.

## **§ 18**

### **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 auf 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 der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch das Klinikum 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.

**§ 19**  
**Erfüllungsort und Gerichtsstand**

Erfüllungsort und Gerichtsstand sind Ulm.

**§ 20**  
**Zahlungsort**

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

**§ 21**  
**Inkrafttreten**

Diese AVB treten am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.12.2018 aufgehoben.