

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Stand 05.05.2021

Inhaltsübersicht

§ 1 Geltungsbereich	2
§ 2 Krankenhausleistungen	2
§ 3 Rechtsverhältnis	3
§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung	3
§ 5 Vor- und Nachstationäre Behandlung	4
§ 6 Umfang der Leistungen bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen	5
§ 7 Ambulante Krankenhausbehandlung	5
§ 8 Entgelt	5
§ 9 Aufklärung und Mitwirkungspflicht des Patienten bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen	6
§ 10 Zuzahlung bei stationärer Behandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V	6
§ 11 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten	7
§ 12 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern	7
§ 13 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen	8
§ 14 Beurlaubung	8
§ 15 Ärztliche Eingriffe	8
§ 16 Organexplantationen / Weiterverwendung von Körpermaterial (z.B. Gewebe im Sinne des Gewebegesetzes)	8
§ 17 Obduktion	9
§ 18 Aufzeichnungen und Daten	9
§ 19 Hausordnung	10
§ 20 Eingebachte Sachen	10
§ 21 Haftungsbeschränkung	10
§ 22 Zahlungsort und Gerichtsstand	11
§ 23 Inkrafttreten	11

Hinweis

In der Folge wird der besseren Lesbarkeit halber durchgehend der Ausdruck „Patient“ in der männlichen Form gebraucht. Die entsprechenden Regelungen gelten hierbei selbstverständlich auch für Patientinnen.

§ 1 Geltungsbereich

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gelten für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Klinikum der Universität München (im folgenden Klinikum genannt) und den Patienten bei stationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen, bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen sowie bei ambulanten Krankenhausleistungen.

§ 2 Krankenhausleistungen

1. Die vom Klinikum angebotenen Krankenhausleistungen sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.
2. Allgemeine Krankenhausleistungen sind die 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 Klinikaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches,
 - b) die vom Klinikum veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson,
 - 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.
3. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind Arznei- und Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle), die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung, sowie Leistungen, die nach Entscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
4. Andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen können als Wahlleistungen vereinbart werden, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
 - a) Wahlleistungen sind vor der Erbringung gesondert schriftlich zu vereinbaren

b) **Wahlärztliche Leistungen - Haftungsausschluss** Bei der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen ist das Klinikum lediglich Vertragspartner für die Unterbringung, Verpflegung und pflegerische Betreuung, soweit das Liquidationsrecht nicht dem Klinikum der Universität München zusteht, sondern der/dem liquidationsberechtigten/m Klinik-/Institutsdirektor/-in/Abteilungsleiter/-in eingeräumt ist. Vertragspartner für ärztliche Leistungen sind allein die liquidationsberechtigten Ärzte. Das Klinikum haftet daher nicht für Fehler des privatliquidierenden Arztes (weder vertraglich noch deliktisch). Für Fehler bei von diesen persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen haftet allein der liquidationsberechtigte Arzt. Dies gilt auch für Fehler von Hilfspersonen (beispielsweise

nachgeordneter oder konsiliarisch hinzugezogener Ärzte), deren er sich zur Erfüllung seiner persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen bedient.

§ 3 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Klinikum und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) werden Bestandteil des Behandlungsverhältnisses und für Patienten wirksam, wenn diese jeweils
 - a) 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 sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.
 - b) 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.
 - c) sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.
3. Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gelten auch für den gesetzlichen Vertreter des Patienten/der Patientin und für denjenigen, der zugunsten des Patienten/der Patientin den Vertrag abschließt.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Klinikums wird aufgenommen, wer der stationären/teilstationären/vor- und nachstationären oder ambulanten Behandlung 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 wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Klinikums nicht gegeben ist - einstweilen aufgenommen, bis seine Aufnahme in ein anderes geeignetes Klinikum gesichert ist.
3. Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Klinikumsarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Klinikum möglich ist.
4. Darüber hinaus kann auf Antrag im Rahmen der Wahlleistungen (§ 2 Nr. 4 AVB) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
5. Patienten können in eine andere Abteilung oder ein anderes Klinikum verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Verlegung in ein anderes Klinikum ist vorher - soweit möglich - mit dem Patienten abzustimmen.

Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Klinikum 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 Klinikum informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

6. Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Klinikumsarztes der stationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Klinikum, haftet das Klinikum für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 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 (das Behandlungsverhältnis).

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 Klinikumsarztes gesichert oder gefestigt ist,
 - b) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag (das Behandlungsverhältnis).

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 vom Klinikum 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 Klinikums 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 Klinikumsleistungen.
5. Das Klinikum 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 Umfang der Leistungen bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen

1. Das Vertragsangebot des Klinikums erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Klinikum im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
2. Die Verpflichtung des Klinikums beginnt nach Maßgabe des § 115b SGB V mit der Vereinbarung des Behandlungsvertrages und endet mit Abschluss der Nachsorge durch das Klinikum. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Klinikums wird durch den vertragsärztlichen Bereich erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

§ 7 Ambulante Krankenhausbehandlung

Die Ambulante Krankenhausbehandlung umfasst ambulante ärztliche Leistungen (einschl. ärztlicher Sachleistungen und Krankenhausleistungen) und Krankenhaussachleistungen, die

- a) nicht zu den teilstationären und vor- und nachstationären Krankenhausbehandlungen rechnen und
- b) nicht von einem Klinikumsarzt im Rahmen seiner erlaubten Nebentätigkeit in eigenem Namen erbracht werden.

§ 8 Entgelt

stationär:

1. Das Entgelt für die Leistungen des Klinikums richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif bzw. DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen ist. Die aktuelle Version kann jederzeit im Referat PU/1 (Patienten) des Klinikums der Universität München eingesehen werden.
2. Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.).
3. Bemessungsgrundlage ist der für Deutschland jeweils aktuell gültige DRG-Entgelttarif nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

ambulantes Operieren / stationersetzende Eingriffe:

1. Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabs“ (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.
2. Bei selbstzahlenden Patienten, die keine privatärztlichen Leistungen (sog. Privatbehandlung) in Anspruch nehmen, rechnet das Klinikum die erbrachten Leistungen nach dem Haustarif ab, soweit durch Gesetze, Verordnungen und Verträge, die auf Grundlage dieser Gesetze ergangen sind, nichts anderes bestimmt ist.

Für die Abrechnung ambulanter Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Für die Abrechnung ambulanter zahnärztlicher Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung erfolgt dabei in der Regel jeweils mit den Steigerungsfaktoren

- 2,3fach – ärztliche/zahnärztliche Leistungen

- 1,8fach – technische Leistungen
- 1,15fach – Laborleistungen.

Siehe dazu §5 GOÄ/GOZ.

Leistungen, die nicht in der GOÄ/GOZ enthalten sind, werden grundsätzlich nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen (DKG-NT) in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet.

3. Die Nummern 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation / stationsersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.

ambulante Krankenhausleistungen

Bei selbstzahlenden Patienten, die keine privatärztlichen Leistungen (sog. Privatbehandlung) in Anspruch nehmen, rechnet das Klinikum die erbrachten Leistungen nach dem Haustarif ab, soweit durch Gesetze, Verordnungen und Verträge, die auf Grundlage dieser Gesetze ergangen sind, nichts anderes bestimmt ist.

Für die Abrechnung ambulanter Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Für die Abrechnung ambulanter zahnärztlicher Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung erfolgt dabei in der Regel jeweils bis zum

- 2,3fachen Steigerungsfaktor für ärztliche/zahnärztliche Leistungen
- 1,8fachen Steigerungsfaktor für technische Leistungen
- 1,15fachen Steigerungsfaktor für Laborleistungen. Siehe dazu §5 GOÄ/GOZ.

Leistungen, die nicht in der GOÄ/GOZ enthalten sind, werden grundsätzlich nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen (DKG-NT) in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet.

§ 9 Aufklärung und Mitwirkungspflicht des Patienten bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen

Ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen werden nur nach Aufklärung des Patienten über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach schriftlicher Einwilligung vorgenommen. Der Patient hat die erforderlichen Angaben zu machen, die der Klinikumsarzt zur Beurteilung der Durchführbarkeit der geplanten ambulanten Operation benötigt.

§ 10 Zuzahlung bei stationärer Behandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V

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 Klinikum an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif / DRG-Entgelttarif. Die Zuzahlungspflicht besteht auch bei einer Beurlaubung während einer Krankenhausbehandlung. Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht. Über Art und Weise sowie die Höhe der Zuzahlung informiert bei Bedarf die Aufnahmekraft.

§ 11 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 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 Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Klinikum notwendig sind.
2. Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs.1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Klinikum 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 Klinikumsverwaltung erklären.
3. Besteht Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenversicherung und diese lehnt die Bezahlung der Krankenhauskosten ab, wird der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter von dieser Ablehnung in Kenntnis gesetzt. Sollte der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter die Behandlung trotz der Ablehnung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, hat der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter die Behandlungskosten selbst zu tragen.

§ 12 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

1. Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, 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 von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Klinikum 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 die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden, sofern die hierfür erforderlichen technischen Maßnahmen zur Verfügung stehen.
3. Für Klinikumsleistungen 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 ist ohne Abzug bis spätestens zu dem auf der Rechnung angegebenen Zahlungsziel fällig.
6. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5,00 Euro berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass der Schaden überhaupt nicht entstanden oder wesentlich niedriger ist. Auskunft über das vom Klinikum der Universität München bei Zahlungsverzug beauftragte Inkassounternehmen erteilt der behördliche Datenschutzbeauftragte.

7. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 13 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1. Soweit das Klinikum nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b 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 Kostenträgern vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 BPfIV).
2. Soweit das Klinikum auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
3. 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. 7 KHEntgG).

§ 14 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.

Die gesetzliche Zuzahlung wird unabhängig von einer Beurlaubung durchgängig fällig. Aus einer Beurlaubung dürfen nach § 39 Abs. 4 SGB V keinerlei Verpflichtungen (z.B. Reisekosten) auf das Klinikum zukommen.

§ 15 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
2. Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Klinikumsarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
3. Nr. 2 gilt sinngemäß, 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 § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 16 Organexplantationen / Weiterverwendung von Körpermaterial (z.B. Gewebe im Sinne des Gewebegesetzes)

1. Eine Organexplantation ist nur zulässig, wenn der Organspender zu Lebzeiten der Organentnahme zugestimmt oder der nächste erreichbare Angehörige des Verstorbenen in die Organentnahme eingewilligt hat, es sei denn der Verstorbene hatte der Organentnahme widersprochen.

2. Nächste Angehörige im Sinne der Nr. 1 sind der Reihe nach der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner, die volljährigen Kinder, die Eltern bzw. Sorgeinhaber, die volljährigen Geschwister und die Großeltern.
3. Dem Patienten unter Beachtung der Bestimmungen des § 16 AVB im Rahmen diagnostischer oder therapeutischer Eingriffe entnommenes Körpermaterial (Gewebeproben, Seren etc.) kann bei Bedarf für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet werden, ohne dass es einer gesonderten Zustimmung des Patienten bedarf. Dies gilt nicht, wenn der Patient einer solchen Verwertung ausdrücklich widerspricht. Sollen im Rahmen der Verwendung entnommenen Körpermaterials personenbezogene Daten weitergegeben werden oder mit der Weiterverwendung ein kommerzieller Nutzen verbunden sein, bedarf es einer vorherigen schriftlichen Zustimmung des Patienten, oder, soweit erforderlich, der nach dem Tode für solche Fragen zuständigen Personen, z.B. Angehörigen.

§ 17 Obduktion

1. Die Obduktion kann vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung der Todesursache aus ärztlicher Sicht notwendig ist oder wenn ein wissenschaftliches Interesse besteht. Die Entnahme von Organen und Gewebe zu wissenschaftlichen Zwecken ist eingeschlossen. Dies gilt nicht, soweit der Verstorbene der Obduktion und der Entnahme von Organen und Gewebe widersprochen hatte.
2. Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat. Dies gilt auch für die Entnahme von Organen und Gewebe.
3. Die Nummern 1 bis 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
4. Die Obduktion und die Entnahme von Organen und Gewebe werden unter Beachtung der Ehrfurcht vor dem toten Menschen vorgenommen und auf das notwendige Maß beschränkt.
5. Über jede Leichenschau wird eine Niederschrift aufgenommen, aus der hervorgeht, aus welchem Grunde die Obduktion vorgenommen wurde und zu welchem Ergebnis sie geführt hat. Entsprechendes gilt für eine eventuelle Organ-/Gewebeentnahme. Die Niederschrift ist in der Behandlungsdokumentation aufzubewahren.

§ 18 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 (Nr.1).
3. Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten, und die Auskunftspflicht des behandelnden Klinikumsarztes im Rahmen der gesetzlichen Regelungen bleiben unberührt.

Kopien werden wie folgt berechnet:

DIN A3 und DIN A4 ab erster Kopie	0,50 € pro Kopie
ab DIN A2 und Sonderformate (z.B. Patientenkurven, Pflegedokumentationen)	2,50 € pro Kopie

Röntgenfilmkopien werden nach den Gebührensätzen des DKG-NT berechnet.

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. Einzelheiten zum Schutz und zur Verarbeitung der Patientendaten durch das Klinikum können der gesonderten Patienteninformation zum Datenschutz entnommen werden.

5. Das Klinikum bedient sich für Schreibarbeiten externer Unternehmen.

Eine Liste der beteiligten Firmen kann beim behördlichen Datenschutzbeauftragten des Klinikums eingesehen werden.

Die personenbezogenen Daten verbleiben im Gewahrsam des Klinikums.

§ 19 Hausordnung

Das Klinikum hat eine Hausordnung erlassen, deren jeweils geltende Fassung im Klinikum ausgehängt ist. Im Interesse eines geordneten Klinikbetriebs wird auf die Einhaltung der Bestimmungen der Hausordnung hingewiesen.

§ 20 Eingebachte Sachen

1. Patienten sollen in das Klinikum nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände mitbringen.
2. Geld und Wertsachen können mit einer schriftlichen Aufstellung in die unentgeltliche Verwahrung des Klinikums gegeben werden.
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 des Klinikums über, wenn sie nicht innerhalb 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. In der Aufforderung wird 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.
5. Nachlassgegenstände werden den nächsten Angehörigen gegen Empfangsschein ausgehändigt, sofern der Verstorbene nicht zu seinen Lebzeiten die Aushändigung an einen ausgewiesenen Erben gegenüber dem Klinikum ausdrücklich verlangt hat.
6. Für Nachlassgegenstände mit Ausnahme von Geld und Wertsachen gilt Abs. 4 entsprechend. Geld und Wertsachen werden dem Nachlassgericht zum Zwecke der Nachlasssicherung übergeben.

§ 21 Haftungsbeschränkung

1. Das Klinikum der Universität München haftet
 - für mitgebrachte Sachen, die nicht in die Verwahrung des Klinikums gegeben werden (vgl. § 21 Nr. 2 AVB)
 - für Fahrzeuge des Benutzers, die auf dem Grundstück des Klinikums oder auf einem vom Klinikum bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind
 - für Nachlassgegenstände

nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Ansprüche sind unverzüglich geltend zu machen.

2. Haftungsansprüche wegen Verlust 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 3 Monaten nach Erlangen der Kenntnis von dem Verlust oder Beschädigung schriftlich geltend ge-

macht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten. **Nach Ablauf der Frist sind Haftungsansprüche ausgeschlossen.**

§ 22 Zahlungsort und Gerichtsstand

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

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des Amtsgerichts München wird für den Fall vereinbart, dass im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis

a) die im Klagewege in Anspruch zu nehmende Partei nach Vertragsschluss ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich der Zivilprozessordnung verlegt

oder

b) der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt der im Klagewege in Anspruch zu nehmenden Partei im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

§ 23 Inkrafttreten

Diese AVB treten am **15.05.2021** in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom **22.11.2016** aufgehoben.

Klinikum der Universität München
Anstalt öffentlichen Rechts
Der Vorstand

Gez.

Prof. Dr. med. Markus M. Lerch

Ärztlicher Direktor, Vorsitzender des Vorstands

Gez. Markus Zendler

Kaufmännischer Direktor