



Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

gültig ab 01. Januar 2005

Inhaltsübersicht	Seite
§ 1 Geltungsbereich.....	2
§ 2 Begriffsbestimmungen.....	2
§ 3 Rechtsverhältnisse.....	3
§ 4 Aufnahme.....	3
§ 5 Abweisung.....	4
§ 6 Umfang der Krankenhausleistungen.....	4
§ 7 Ambulantes Operieren.....	4
§ 8 Sonstige Leistungen.....	4
§ 9 Verlegung.....	4
§ 10 Entlassung.....	5
§ 11 Wahlleistungen.....	5
§ 12 Vereinbarung über gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen.....	5
§ 13 Ambulante Behandlung.....	6
§ 14 Entgelt.....	6
§ 15 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Versicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten.....	6
§ 16 Unterrichtung des Patienten.....	7
§ 17 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern.....	7
§ 18 Teilzahlungen/Vorauszahlungen.....	7
§ 19 Beurlaubung.....	8
§ 20 Begleitpersonen.....	8
§ 21 Ärztliche Eingriffe.....	8
§ 22 Sektion.....	8
§ 23 Aufzeichnungen und Daten.....	9
§ 24 Eingebraachte Sachen.....	9
§ 25 Haftungsbeschränkungen.....	10
§ 26 Hausordnung.....	10
§ 27 Erfüllungsort und Gerichtsstand.....	10
§ 28 Inkrafttreten.....	10

§ 1 Geltungsbereich und Verbindlichkeit anderer Vorschriften

1. Die AVB gelten für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Universitätsklinikum Tübingen als einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts der Universität Tübingen und den Patienten bei der Erbringung vollstationärer, teilstationärer, vor- und nachstationärer sowie ambulanter (auch ambulantes Operieren) Krankenhausleistungen.
2. Neben den AVB sind die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die Fallpauschalenvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung (FPV), der Pflegekostentarif als Tarif für die stationären und teilstationären Leistungen (Pflegesatzvereinbarung), die Kostenregelungen für vor- und nachstationäre Behandlungen, für ambulante Operationen sowie für ambulante Leistungen verbindlich.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne der AVB sind:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen:
Die Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Klinikums im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch
 - a) die während des Klinikumsaufenthaltes durchgeführten Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - b) die vom Klinikum veranlassten Leistungen Dritter nach Abs. 11,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten (§ 19),
 - d) die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.
2. Ambulante Leistungen des Klinikums:
Ambulante (nicht-stationäre) ärztliche Leistungen (einschließlich Sachleistungen) und Krankenhausleistungen, die nicht von einem liquidationsberechtigten Ärztlichen Direktor im Rahmen seiner erlaubten Nebentätigkeit im eigenen Namen erbracht werden.
3. Ambulantes Operieren:
Ambulant durchführbare Operationen zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung.
4. Begleitpersonen:
Personen, die zusammen mit einem Patienten aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden (§ 19).
5. Behandlungen:
Alle Leistungen, die dazu bestimmt sind, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern, sowie die Leistungen bei Entbindungen, Schwangerschaftsabbrüchen, Sterilisationen und die Untersuchungen zur Begutachtung.
6. Behandlungsvertrag:
Der zwischen dem Klinikum und dem Patienten geschlossene Vertrag zur Durchführung von Behandlungen nach Abs. 5. Mit der Behandlung entsteht die Zahlungspflicht.
7. Gesetzlich Versicherte:
Patienten, für die ein Kostenträger (Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger oder eine Versorgungsbehörde) das Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen schuldet.
8. Heilfürsorgeberechtigte:
Patienten, für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Krankenhausleistungen schuldet.
9. Interkurrente Erkrankungen:
Hinzukommende Erkrankungen, die nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Krankheit stehen wegen der sich der Patient im Klinikum befindet und deren sofortige Behandlung zur Erzielung des Heilerfolgs nicht erforderlich ist.
10. Krankenhausleistungen:
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.
11. Leistungen Dritter innerhalb der Krankenhausleistungen:

- a) Leistungen von Konsiliarärzten: Leistungen von Ärzten und Zahnärzten, die unabhängig von einem Angestelltenverhältnis zum Klinikum vom Klinikum zur Beratung, Untersuchung oder Mitbehandlung hinzugezogen werden,
 - b) Leistungen fremder ärztlich geleiteter Einrichtungen,
 - c) Leistungen von sonstigen auch nichtärztlichen Personen, die in keinem Verhältnis zum Krankenhaus stehen (z.B. niedergelassenen Krankengymnasten).
12. Nachstationäre Behandlung:
Krankenhausbehandlung, die in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung in Betracht kommt, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.
13. Patienten:
Personen, die Leistungen nach Abs. 5 in Anspruch nehmen.
14. Pflegesätze:
Entgelt der Patienten oder ihrer Kostenträger für stationäre, teilstationäre, vor- oder nachstationäre Leistungen. Die Vergütung erfolgt nach Fallpauschalen, Zusatzentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen.
15. Selbstzahler:
Patienten, bei denen Krankenversicherungen oder sonstige Kostenträger die Behandlungskosten nicht oder nur teilweise direkt an das Universitätsklinikum Tübingen erstatten.
16. Sonstige Leistungen
Ambulante oder stationäre ärztliche Leistungen, die nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen oder sonstigen Krankenversicherungen umfasst sind.
17. Vorstationäre Behandlung:
Krankenhausbehandlung, die in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung in Betracht kommt.
18. Wahlarztpatienten:
Patienten, welche als Selbstzahler zusätzlich zur allgemeinen Krankenhausleistung einen Behandlungsvertrag über wahlärztliche Leistungen mit dem jeweiligen liquidationsberechtigten Ärztlichen Direktor abgeschlossen haben.
19. Wahlleistungen:
Die in § 11 Abs. 1 dieser AVB im einzelnen aufgeführten Leistungen des Klinikums.
20. Zahlungspflichtige:
Natürliche oder juristische Personen, die dem Krankenhaus das Entgelt für seine Leistungen schulden.

§ 3 Rechtsverhältnisse

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen Klinikum und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur, soweit nicht anderweitige gesetzliche Regelungen bestehen.
2. Die AVB, die Pflegesatzvereinbarung, die Kostenregelungen für vor- und nachstationäre Behandlungen, für ambulante Operationen sowie für ambulante (nicht-stationäre) Leistungen werden mit dem Vertragsabschluss, spätestens jedoch in dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Leistungen des Klinikums erbracht werden.
3. Die Regelungen dieser Bestimmungen über Rechte und Pflichten gelten auch für den gesetzlichen Vertreter des Patienten und für denjenigen, der zugunsten des Patienten den Vertrag mit dem Klinikum schließt.
4. Die AVB können nicht mit Vorbehalten oder Bedingungen versehen werden.
5. Rechtsverbindliche Auskünfte über Klinikkosten und Abrechnungsfragen erteilt ausschließlich die Verwaltung des Klinikums.

§ 4 Aufnahme

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Klinikums wird gegen Entgelt aufgenommen, wer der stationären oder teilstationären Behandlung bedarf bzw. dessen Krankenhauspflege durch einen Vertragsarzt verordnet worden ist. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles. Über die Aufnahme entscheidet der zuständige Arzt.

2. Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird einstweilig aufgenommen, bis seine Aufnahme in ein anderes, geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

§ 5 Abweisung

Handelt es sich nicht um einen Notfall (§ 4 Abs. 2), können Personen abgewiesen werden, die insbesondere

- 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 Umfang der Krankenhausleistungen

1. Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen
 - a) die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1),
 - b) die Wahlleistungen (§ 11 Abs. 1).
2. Nicht Gegenstand der stationären oder teilstationären Krankenhausleistungen sind:
 - a) Leistungen, die von Dritten erbracht werden, wenn sie nicht medizinisch zweckmäßig und notwendig sind. Werden Leistungen von nicht am Klinikum angestellten Konsiliarärzten, fremden Untersuchungsstellen im Rahmen der medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung notwendig, sind sie mit dem Pflegesatz abgegolten,
 - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Klinikaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
 - c) Transportmittel entsprechend den Regelungen des § 60 SGB V (diese werden nach erfolgter Behandlung auf Wunsch und auf Rechnung des Patienten vom Klinikum angefordert),
 - d) Leistungen bei interkurrenter Erkrankung,
 - e) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
3. Die Leistungspflicht des Klinikums beginnt mit der Aufnahme des Patienten in das Klinikum und endet
 - a) mit der Entlassung aus der voll-, bzw. teilstationären Behandlung,
 - b) mit Beendigung der vorstationären Behandlung, bzw.
 - c) mit Beendigung der nachstationären Behandlung.
4. Medikamente werden dem Patienten bei der Entlassung grundsätzlich nicht mitgegeben.

§ 7 Ambulantes Operieren

Kann das Behandlungsziel im Einzelfall nach Prüfung des Krankenhauses aus medizinischer Sicht auch durch ambulante Behandlung erreicht werden, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Krankenbehandlung ambulant durchzuführen. Wählt der Patient trotzdem die stationäre Behandlung, hat der Patient die daraus entstehenden Mehrkosten zu tragen, sofern die gesetzliche oder sonstige Krankenversicherung die Übernahme der Mehrkosten ablehnt.

§ 8 Sonstige Leistungen

Ärztliche Leistungen des Krankenhauses, die nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen oder sonstigen Krankenversicherungen umfasst sind, rechnet das Krankenhaus direkt mit dem Patienten ab. Für die Abrechnung dieser Leistungen gelten die mit dem Patienten gesondert vereinbarten Preise.

§ 9 Verlegung

1. Auf ärztliche Anordnung kann ein Patient auf eine andere Abteilung des Klinikums oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.
2. Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und am selben Tage wieder zurückkehrt (Verbringung).

§ 10 Entlassung

1. Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des verantwortlichen Klinikarztes der vollstationären 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.

2. Entlassungen können auch erfolgen, sofern keine ärztlichen Bedenken bestehen
 - a) auf Verlangen des Kostenträgers,
 - b) auf Anordnung des Ärztlichen Direktors bei groben Verstößen gegen Ruhe und Ordnung, bzw. gegen ärztliche Anweisung oder wenn der Patient sich weigert, die zur Kostensicherung erforderlichen Schritte zu unternehmen.

§ 11 Wahlleistungen

1. Zwischen dem Klinikum und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Klinikums und nach näherer Maßgabe der Pflegesatzvereinbarung - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die nachstehend aufgeführten Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
 - a) Unterbringung
 - in einem Ein-Bettzimmer,
 - in einem Zwei-Bett-Zimmer (sofern nicht Regelleistung),
 - einer Begleitperson (§ 19) und deren Verpflegung,
 - b) Wahlärztliche Behandlung (§ 12),
 - c) Bereitstellung eines Fernsprechapparates (klinikabhängig).
3. Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
4. In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf Neugeborene. Für das Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
5. Das Klinikum kann Patienten, die die Kosten einer früheren Behandlung im Klinikum nicht, bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, sowie bei ungeklärter Kostensicherung, Wahlleistungen versagen.
6. Das Klinikum behält sich jedoch vor, Wahlleistungen einzustellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich ist. Insbesondere bei Inanspruchnahme der Wahlleistung „Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer“ kann der Patient kurzfristig in ein Zimmer der allgemeinen Krankenhausleistung verlegt werden, sofern dies nach ärztlicher Entscheidung vertretbar bzw. unerlässlich ist.
7. Die Wahlleistungsvereinbarung kann vom Patienten 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 Vereinbarung über gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen

1. Die Gewährung wahlärztlicher Behandlung wird in einem Behandlungsvertrag mit dem liquidationsberechtigten Arzt, bei Vorliegen der Klinikumliquidation (s. Fußnote zu Nr. XIII im Pflegekostentarif) mit dem Universitätsklinikum vereinbart. Der Abschluss dieses Behandlungsvertrages erfolgt bei denjenigen Ärztlichen Direktoren/Ärztinnen, die zur gesonderten Berechnung ihrer wahlärztlichen Leistung berechtigt sind, durch den liquidationsberechtigten Arzt selbst oder durch eine von ihm beauftragte Person, bei Vorliegen der Klinikumliquidation durch das Universitätsklinikum. Im Rahmen der wahlärztlichen Behandlung werden – außer bei Klinikumliquidation – nur Rechtsbeziehungen zwischen dem jeweiligen liquidationsberechtigten

Arzt und dem Patienten begründet. Das Universitätsklinikum Tübingen haftet nicht für Leistungsstörungen oder Schäden, die aus dieser Rechtsbeziehung entstehen.

Bei denjenigen Ärztlichen Direktoren/Ärzten, die nicht zur gesonderten Berechnung ihrer wahlärztlichen Leistungen berechtigt sind, erfolgt der Abschluss des Behandlungsvertrags durch das Universitätsklinikum. In diesen Fällen haftet das Universitätsklinikum für Leistungsstörungen oder Schäden, die aus dieser Rechtsbeziehung entstehen.

2. Die wahlärztlichen Leistungen werden vom leitenden Arzt der Fachabteilung oder des Instituts persönlich, dessen ständigen ärztlichen Vertretern oder von einem von dem leitenden Arzt im Einzelfall beauftragten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts erbracht.
3. Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Klinikums, die liquidationsberechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Klinikums.
Die liquidationsberechtigten Ärzte des Klinikums sind im Pflegekostentarif namentlich aufgeführt.
4. Vom Behandlungsvertrag über wahlärztliche Leistungen werden jedoch nicht die Leistungen erfasst, die üblicherweise von der Klinik als Institution mit ihren personellen und sachlichen Einrichtungen geschuldet und erbracht werden. Dies gilt nur dann nicht, wenn eine solche Leistung auf Wunsch des Patienten vom leitenden Klinikarzt erbracht werden soll.

§ 13 Ambulante Behandlung

1. Patienten werden ambulant behandelt:
 - a) wenn sie die Kosten selbst tragen,
 - b) wenn sie eine gültige Versicherungskarte, die Überweisung eines Vertragsarztes oder einen Bundesbehandlungsschein vorlegen,
 - b) im Durchgangsarztverfahren,
 - c) wenn es sich um einen Notfall handelt.
2. Die Behandlung erfolgt nur insoweit, als eine Kostendeckung existiert (Notfälle ausgenommen). Sie beschränkt sich auf den Umfang der abgegebenen Kostengarantie. Eine Weiterbehandlung bedarf der Einwilligung des Kostenträgers bzw. einer Zahlungsverpflichtung des Patienten (Vorauszahlung, Abtretungserklärung, Schuldanerkenntnis).
3. Durch eine Kostengarantie oder Überweisung eines Vertragsarztes steht der Zahlungspflichtige für die entstehenden und entstandenen Behandlungskosten ein. Seine Zahlungspflicht besteht auch dann gegenüber dem Klinikum, wenn er die Verrechnung der vollen oder eines Teils der Behandlungskosten mit einem Dritten vereinbart hat.
4. Die Abrechnung von ambulanten (nicht-stationären) Leistungen des Universitätsklinikums richtet sich nach dem Haustarif, soweit durch Gesetze, Verordnungen und Verträge, die auf der Grundlage dieser Gesetze ergangen sind, nicht anders bestimmt ist.
 - a) Für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung
 - b) Für die Abrechnung aller sonstigen Leistungen richtet sich der Haustarif nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung.
 - c) Leistungen, die nicht in der GOÄ enthalten sind, werden grundsätzlich nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen (DKG-NT) in der jeweils gültigen Fassung abgerechnet.

§ 14 Entgelt

Mit Ausnahme der in § 8 aufgeführten sonstigen Leistungen richtet sich das Entgelt für die Leistungen des Klinikums nach dem Pflegekostentarif in der jeweils gültigen Fassung und nach den Vergütungsregelungen für vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Operationen sowie ambulante Leistungen. Der jeweils gültige Pflegekostentarif kann in den Aufnahmebüros eingesehen werden.

§ 15 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Versicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten

1. Gesetzlich Versicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte sind verpflichtet bei der Aufnahme zur stationären Behandlung, der Klinikumsverwaltung unverzüglich alle Angaben zur Geltendmachung des Behandlungsentgeltes zu machen. Als Nachweise sind insbesondere vorzulegen:
 - a) Versichertenkarte eines Sozialleistungsträgers, einer privaten Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers,
 - b) die Kostenübernahme aufgrund eines internationalen Sozialversicherungsabkommens,
 - c) die Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger.Weiterhin haben gesetzlich versicherte Patienten bei stationärer Behandlung eine ärztliche Einweisung zur stationären Behandlung vorzulegen. Ausgenommen hiervon sind Notfälle.
2. Liegt bei gesetzlich Versicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten keine Versichertenkarte bzw. Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vor, sind die gesetzlich Versicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet.
3. Volljährige gesetzlich Versicherte, haben für die vollstationäre Behandlung pro Kalendertag eine Zuzahlung nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 39 Abs. 4 SGB V) und Vorgabe der Sozialleistungsträger zu leisten. Die Zuzahlung beschränkt sich auf 28 Tage pro Kalenderjahr. Sie wird spätestens am Tage der Entlassung fällig.

§ 16 Unterrichtung des Patienten

Patienten, 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 zahlende 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.

§ 17 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

1. Selbstzahler, sowie Patienten der nicht in § 15 aufgeführten Kostenträger und andere Krankenhäuser bei Leistungen für deren stationäre Patienten sind zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet.
2. Während des stationären oder teilstationären Klinikumsaufenthaltes können Zwischenrechnungen erstellt werden. Nach Beendigung der vollstationären Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt. Für nachstationäre Behandlungen können Einzelrechnungen erstellt werden.
3. Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
4. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum zu bezahlen.
5. Bei Zahlungsverzug werden Verzugszinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz (§§ 288 Abs.1, 247 BGB), sowie Mahngebühren in Höhe von 5 € pro Mahnung berechnet.
6. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.
7. Legen Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Klinikums vor, können Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erstellt werden.

§ 18 Vorauszahlungen / Teilzahlungen

1. Patienten, die bei der Aufnahme keine verbindliche Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers / sonstigen Kostenträgers vorlegen, sind zur Vorauszahlung verpflichtet. Die Vorauszahlung ist von stationären und ambulanten Patienten in Höhe der voraussichtlichen Entgelte spätestens bei der Aufnahme zu leisten. Gegebenenfalls schulden unterhaltspflichtige Angehörige des Patienten das Entgelt für die Leistungen.

2. Mit Zahlungspflichtigen, die im laufenden Abrechnungsverkehr mit dem Klinikum stehen, wird eine Vereinbarung über die Zahlung ständiger Teilzahlungen in angemessener Höhe getroffen.

§ 19 Beurlaubung

1. Mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar, außer
 - a) aus therapeutischen Gründen, wenn sie unumgänglich notwendig oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet sind,
 - b) in begründeten Ausnahmefällen zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten mit einer Dauer bis zu 24 Stunden, sofern dies medizinisch vertretbar ist. Für die Erledigung persönlicher Angelegenheiten mit einer Dauer über 24 Stunden, werden Patienten grundsätzlich entlassen.
2. Die Beurlaubung darf nur mit Zustimmung des verantwortlichen Klinikarztes oder dessen Vertreters erfolgen.
3. Krankentransporte- und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Klinikums.
5. Die durch eine Behandlung eines beurlaubten Patienten außerhalb des Klinikums entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Klinikums.

§ 20 Begleitpersonen

1. Die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson des Patienten aus medizinischem Grund gehört zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, sofern die Notwendigkeit vor dieser Aufnahme durch den jeweiligen Oberarzt des Klinikums bescheinigt worden ist. Eine Begleitperson kann entlassen werden, wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist.
2. Wird eine medizinische Indikation durch den zuständigen Oberarzt bestätigt und verfügt das Klinikum nicht über eine ausreichende Unterbringungsmöglichkeit, so geht die Unterbringung der Begleitperson außerhalb des Klinikums (z.B. Personalwohnheim, Hotel) nicht zu Lasten des Klinikums, sondern kann von der Krankenkassen übernommen werden, soweit diese hierfür vorab ihre Zustimmung gibt.
4. Darüber hinaus kann auf Antrag im Rahmen der Wahlleistungen (§ 11 Abs. 1a) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

§ 21 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die 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 in seinem mutmaßlichen Interesse vorgenommen, wenn dies nach der Überzeugung des zuständigen Klinikarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
3. Abs. 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist, oder der gesetzliche Vertreter den Eingriff missbräuchlich ablehnt und eine zur Abwendung der Gefahr erforderliche Maßnahme durch das Vormundschaftsgericht nicht mehr rechtzeitig herbeigeführt werden kann.

§ 22 Sektion

1. Sektion ist eine lege artis durchgeführte pathologisch-anatomische Leichenöffnung (innere Leichenschau).
2. Eine Sektion ist vom Pathologischen Institut durchzuführen in allen gesetzlich vorgeschriebenen Fällen. Dies sind

- a) die gerichtlich oder staatsanwaltlich angeordnete Sektion bei Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod (§§ 87 ff Strafprozessordnung),
 - b) die behördlich angeordnete Sektion aus seuchenpolizeilichen Gründen zur Feststellung, ob eine nach Infektionsschutzgesetz meldepflichtige infektiöse Krankheit vorgelegen hat und
 - c) die für die Erteilung der Genehmigung zur Feuerbestattung erforderliche Sektion.
3. Andere, nicht gesetzlich vorgeschriebene Sektionen können vom Pathologischen Institut durchgeführt werden, sofern
- a) der Patient zu Lebzeiten in eine Sektion eingewilligt hat oder
 - b) im Falle des Nichtvorliegens einer Erklärung des Patienten seine nahen Angehörigen nach Todeseintritt einer Sektion zustimmen. Nahe Angehörige sind in folgender Reihenfolge der Ehegatte, die volljährigen Kinder und Adoptivkinder und die volljährigen Geschwister. Bei Meinungsverschiedenheiten unter nahen Angehörigen sollte von einer Sektion abgesehen werden.
- Die Einwilligungserklärung kann der Patient bzw. die nahen Angehörigen gegenüber dem ärztlichen oder pflegerischen Klinikpersonal schriftlich oder mündlich abgeben. Die schriftliche Erklärung bzw. die im Falle einer mündlichen Erklärung zu fertigende Aktennotiz wird in die Krankenakte aufgenommen. Der Patient kann seine Einwilligung in die Sektion jederzeit widerrufen. Der Widerruf ist entsprechend zu dokumentieren. Nicht gesetzlich vorgeschriebene Sektionen sind zum Beispiel:
- a) klinische Sektionen (sie dienen insbesondere der Feststellung von Todesursachen, Krankheitsursachen und Krankheitszusammenhängen, der Überprüfung der ärztlichen Behandlung oder dem medizinisch-wissenschaftlichen Interesse),
 - b) Sektionen im Rahmen der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung (zur Klärung des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Tod und einem vorausgegangenen Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit),
 - c) Privatsektionen (Sektionen auf Wunsch der nahen Angehörigen).
- Hat der Verstorbene jedoch zu Lebzeiten einer Sektion widersprochen, ist dessen Wille zu beachten.

§ 23 Aufzeichnungen und Daten

1. Krankenakten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Klinikums.
2. Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Der Patient oder ein von ihm Beauftragter kann grundsätzlich Einsicht in die Aufzeichnungen oder die Überlassung von Kopien auf seine Kosten verlangen. Der Beauftragte hat eine aktuelle vom Patienten unterzeichnete Schweigepflichtbindungserklärung vorzulegen.
3. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt entsprechend den gesetzlichen Regelungen, insbesondere den Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.
4. Patienten haben einen datenschutzrechtlichen Anspruch auf Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten (auf Antrag) sowie auf die Berichtigung unrichtiger Daten.

§ 24 Eingebachte Sachen

1. In das Klinikum sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient darf im Klinikum nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
2. Geld und Wertsachen können bei der Verwaltung der jeweiligen Klinik in zumutbarer Weise unentgeltlich verwahrt werden; diese kann die Verwahrung aus triftigem Grund ablehnen.
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 nach Ablauf von 12 Wochen seit der Entlassung nach Aufforderung abgeholt worden sind. In der Aufforderung wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass nach Ablauf der Frist die zurückgelassenen Sachen in das Eigentum des Klinikums übergehen mit der Folge, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird.

5. 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.

§ 25 Haftungsbeschränkungen

1. Das Klinikum haftet nicht für Schäden, die von Personen verursacht werden, die nicht in einem Dienstverhältnis, einem Gestellungsverhältnis oder einem Ausbildungsverhältnis zum Klinikum stehen.
2. Für Beschädigung oder Verlust eingebrachter Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, haftet das Klinikum nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz. Das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben werden.
3. Für Geld und Wertsachen, die der Verwaltung übergeben sind, sowie für Nachlassgegenstände, haftet das Klinikum nur nach § 690 BGB (Haftung nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit). Haftungsansprüche wegen des Verlustes oder der Beschädigung von Geld, Wertsachen und Nachlassgegenstände, die sich in Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden.
4. Für Schäden, die bei der Reinigung, Desinfektion und Entwesung eingebrachter Sachen entstehen, haftet das Klinikum nur bei grober Fahrlässigkeit oder bei Vorsatz.

§ 26 Hausordnung

Für Patienten, deren Angehörige und Besucher sind die Hausordnung und die Anweisungen des Klinikumpersonals verbindlich.

§ 27 Erfüllungsort und Gerichtsstand

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Tübingen

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Tübingen zu erfüllen. Der Gerichtsstand ist auch Tübingen für den Fall, dass der Zahlungspflichtige nach Abschluss des Krankenhausvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich der Zivilprozessordnung verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

§ 28 Inkrafttreten

Die Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) treten am 01. Januar 2005 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01. August 2001 aufgehoben.