

Juliuspital &
Missioklinik
seit 2017 eins!

KWM **Klinikum** Würzburg
Mitte



Standort Juliuspital



Standort Missioklinik

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

für die Klinikum Würzburg Mitte gGmbH

Stand: 01.10.2017

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Geltungsbereich.....	3
§ 2 Rechtsverhältnis	3
§ 3 Begriffsbestimmungen und Umfang der Krankenhausleistungen	3
§ 4 Wahlleistungen.....	5
§ 5 Aufnahmeablauf, Visite, Verlegung, Beurlaubung, Entlassung.....	6
§ 6 Ärztliche Verordnungen, Arzneimittel und Verpflegung.....	7
§ 7 Vor- und nachstationäre Behandlung	7
§ 8 Entgelte	8
§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten	9
§ 10 Abrechnung von Leistungen gegenüber privaten Kostenträgern und externen Abrechnungsstellen	9
§ 11 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern - Rechnungsstellung.....	10
§ 12 Voraus-/ Abschlagszahlungen	11
§ 13 Ärztliche Eingriffe, Patientenaufklärung.....	11
§ 14 Obduktion.....	12
§ 15 Allgemeine Datenschutzinformationen mit Hinweis auf externe Datenverarbeitung/-weiterleitung.....	13
§ 16 Aufzeichnung von Daten, Patientenunterlagen.....	13
§ 17 Hausordnung	14
§ 18 Eingebraachte Sachen	14
§ 19 Haftungsbeschränkung	14
§ 20 Haftungsbeschränkung bei liquidationsberechtigten Ärzten.....	15
§ 21 Zahlungsort.....	15
§ 22 Salvatorische Klausel.....	15
§ 23 Inkrafttreten	15

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinikum Würzburg Mitte gGmbH (Missioklinik / Juliusspital) (im folgenden KWM genannt) und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen und auch ambulant durchgeführten OP's nach § 116b.

§ 2 Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem KWM und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.

(2) Die AVB werden gem. §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese

- a) 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,
- 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 Begriffsbestimmungen und Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Behandlungen sind

- a) alle Leistungen, die dazu bestimmt sind Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern,
- 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) Untersuchungen zur Begutachtung.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen

Die vom Krankenhaus angebotenen voll- sowie teil-, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 BpflV, § 2 KHEntgG).

Dies sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankungen 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 Mit-

aufnahme 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 Satz 3 SGB V,
- f) das Entlassungsmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V.

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) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/- Entbindungspfleger,
- c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
- d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
- e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
- f) Dolmetscherkosten.

Hinweis:

Das Vertragsangebot des KWM erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Klinikum im Rahmen

seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

(3) Wahlleistungen

Diejenigen Leistungen des KWM, die der zuständigen Behörde als gesondert berechenbare Leistungen gem. § 17 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz), KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) und BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) in ihrer jeweils gültigen Fassung mitgeteilt sind.

Wahlleistungen sind mit dem Klinikum gesondert zu vereinbaren.

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) Leistungen Dritter

Leistungen von Konsiliarärzten sowie sonstigen Personen, die in keinem Anstellungsverhältnis zum KWM stehen, Leistungen von Einrichtungen, die betrieblich, wirtschaftlich oder organisatorisch nicht zum KWM gehören.

(5) Gesetzlich Krankenversicherte

Patienten, für die ein Sozialversicherungsträger, ein Sozialhilfeträger oder eine Versorgungsbehörde im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes das Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen schuldet.

(6) Selbstzahler

Patienten, die nicht gesetzlich krankenversichert oder heilfürsorgeberechtigt sind oder die als gesetzlich Krankenversicherte bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in

eine Kostenübernahmeerklärung eingeschlossen sind.

(7) Amulante OP

Bestimmte chirurgische Leistungen, die im Klinikum ohne anschließende Übernachtung erbracht werden.

(8) § 116b SGB V

Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

§ 4 Wahlleistungen

(1) Zwischen dem KWM und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des KWM sowie nach näherer Maßgabe dieser AVB, des Kostentarifs (vgl. DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG und der BpflV) sowie der gesonderten Patienteneinrichtungen für Wahlleistungspatienten, die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden:

- a) Die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des KWM, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechnigt sind bzw. soweit deren Leistungen vom KWM gesondert berechnet werden dürfen, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen, von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des KWM,
- b) die Unterbringung in einem Einbettzimmer,
- c) die Unterbringung in einem Zweibettzimmer,
- d) die Unterbringung in einem Familienzimmer.

Hinweis:

Die zwischen dem Klinikum und dem Patienten vereinbarten, gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Klinikums erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.

Das Klinikum kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.

Das Klinikum kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung 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.

Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Klinikums sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

(2) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Sinne des Abs. 1 Buchstabe a), auch soweit sie vom KWM berechnet werden, erbringt der Chefarzt einer Fachrichtungsabteilung oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätig werdender nachgeordneter Arzt (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des Chefarztes sein ständiger ärztlicher Vertreter.

(3) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

(4) Das KWM kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.

(5) Das KWM kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich wird.

§ 5 Aufnahmeablauf, Visite, Verlegung, Beurlaubung, 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. Die Zuweisung des Krankbettes erfolgt durch den zuständigen Arzt oder das zuständige Pflegepersonal der Station bzw. durch den zuständigen Arzt der Notaufnahme.

(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 Krankenhauses – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

(3) 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 Ver-

legung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten darüber.

(4) Während der ärztlichen Visiten, zur Ausführung von Verordnungen und zu den Mahlzeiten müssen die Patienten in ihrem Zimmer sein.

(5) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Klinikum 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 dem nicht entgegenstehen.

(6) Beurlaubungen sind nur in begründeten Ausnahmefällen möglich und bedürfen der Erlaubnis des Arztes. Eine Entfernung aus dem Klinikbereich ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Chefarztes oder seines Vertreters gestattet. Bitte melden Sie sich dazu bei der Stationschwester ab und auch wieder zurück. Verlassen Sie das Klinikum bitte nicht, da im Schadensfall keine Haftung übernommen wird.

(7) 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 Klinikum, haftet das Klinikum für die entstehenden Folgen nicht.

(8) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 5 nicht mehr gegeben sind.

§ 6 Ärztliche Verordnungen, Arzneimittel und Verpflegung

(1) Die verordneten Heil- und Arzneimittel werden den Patienten von den Ärzten oder auf ärztliche Anweisungen durch das Pflegepersonal verabreicht und sind gewissenhaft einzunehmen.

Andere Heil- und Arzneimittel als die vom Klinikum verordneten dürfen nicht angewendet werden.

Das Pflegepersonal ist berechtigt, andere Arzneimittel in Verwahrung zu nehmen.

§ 7 Vor- und nachstationäre Behandlung

(1) Das KWM kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft 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, oder
 - b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist, oder
 - 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 vierzehn Kalendertagen, bei Organübertragung 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 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 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 Krankenhausleistung.

(5) Das Klinikum unterrichtet den einweisenden Arzt zeitnah 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.

§ 8 Entgelte

Das Entgelt für die Leistungen des Klinikums richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieses Vertrages ist.

§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z. B. Krankenkasse) 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 Klinikum an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif / DRG-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 Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen

Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 10 Abrechnung von Leistungen gegenüber privaten Kostenträgern und externen Abrechnungsstellen

(1) *Private Kostenträger*
Das KWM bietet eine direkte Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung an, bei der die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten zum Zwecke der Abrechnung übermittelt werden.

Die Datenübermittlung erfolgt nach § 17c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

1. Name des Patienten
2. Geburtsdatum
3. Anschrift
4. Versichertenstatus
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung.

6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren.
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnose(n).
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

(2) Externe Abrechnungsstellen

Wenn Sie sich für die Erbringung der wahlärztlichen Leistungen entschieden haben, werden externe Abrechnungsstellen (§ 17 Abs. 3 S. KHEntgG) mit der Durchführung der Abrechnung dieser Leistungen beauftragt. Für diese Abrechnung sind folgende persönliche Behandlungsdaten erforderlich:

1. Name
2. Anschrift
3. Geburtsdatum
4. Behandlungstage
5. erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ) und dazugehörige Diagnosen.

§ 11 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern - Rechnungsstellung

(1) Sofern kein gesetzlicher Versicherungsschutz 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) Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus 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.

(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. Unser Zahlungsziel beträgt 21 Tage.

(6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5 € 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.

§ 12 Voraus-/Abschlagszahlungen

(1) Soweit das KWM 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 Krankenversicherungen 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 Krankenhausaufenthaltes 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).

§ 13 Ärztliche Eingriffe, Patientenaufklärung

(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 Klinikarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist, es sei denn, der entgegenstehende Wille des Patienten ist bekannt.

(3) Absatz 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist.

(4) Neben dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal können zur Wahrnehmung der Aufgaben für Lehre und Forschung hilfsärztliche Verrichtungen auch durch Studierende der Medizin erfolgen, allerdings stets unter ärztlicher Aufsicht.

§ 14 Obduktion

(1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn

- a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder
- b) der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Klinikarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.

(2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.

(3) Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

- a) der Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner,
- b) die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
- c) die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder, sofern der Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, diesem Sorgeinhaber,

- d) die volljährigen Geschwister,
- e) die Großeltern.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

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

(5) § 15 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 Allgemeine Datenschutzinformationen mit Hinweis auf externe Datenverarbeitung/-weiterleitung

1) Weiterleitung von Patienten-/Falldaten an externe Dienstleister

Im Rahmen Ihrer Behandlung kann es notwendig sein, dass wir zu Diagnose- und Therapiezielen externe Dienstleister mit einbeziehen. Es handelt sich hierbei um radiologische Einrichtungen, Speziallabors, die bestimmte Untersuchungen für uns durchführen, die im KWM nicht gemacht werden können. Die Datenübertragung erfolgt nach den Sicherheitsregeln des BDSG.

2) Rückübermittlung von Untersuchungs- und Befunddaten

Im Rahmen der o. g. Dienstleistungspartnerschaften mit externen Anbietern, werden die während der Untersuchung erhobenen Befunde an das KWM rückübermittelt.

3) Arztbriefe und medizinische Befunde

Zur Sicherstellung der Weiterbehandlung und zu Dokumentationszwecken werden Ihrem Hausarzt bzw. dem Zuweiser die Behandlungsdaten in Form eines Arztbriefes und die erhobenen Befunde weitergeleitet.

In bestimmten Fällen kann es zu Diagnose- und Therapiezielen notwendig werden, dass Ihr behandelnder Arzt im KWM bestimmte Behandlungsdaten oder Befunde bei Ihrem Hausarzt bzw. dem zuweisenden Arzt anfordert.

4) Aufzeichnung von Bild- und Videodaten
Bei bestimmten Untersuchungen oder

therapeutischen Maßnahmen werden die hierbei gewonnenen Bild- und Videodaten gespeichert. Dies dient der Vergleichbarkeit zu vorherigen Maßnahmen und erleichtert die Diagnostik und Qualitätssicherung. Mit dieser Aufzeichnung erkläre ich mich einverstanden.

5) Übermittlung von Fall- und Behandlungsdaten an den MDK (§ 276 Abs. 2 S. 1 SGB V)

Laut § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V sind wir verpflichtet dem MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) die für eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung notwendigen Daten bereitzustellen.

§ 16 Aufzeichnung von Daten, Patientenunterlagen

(1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des KWM.

(2) Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen (Abs. 1). Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

(3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien und die Auskunftspflicht des behandelnden Klinikarztes bleiben unberührt.

(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. Das KWM ist berechtigt, zur Weiterverfolgung von Vergütungsansprüchen ein Inkassounternehmen/RA zu beauftragen und die hierfür erforderlichen Daten weiterzugeben.

§ 17 Hausordnung

Die vom KWM erlassene Hausordnung hat der Patient zu beachten und ist in ihrer jeweiligen Fassung Bestandteil dieser AVB.

§ 18 Eingebrachte Sachen

(1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.

(2) Geld und Wertsachen werden am Empfang / Infocenter in für das Klinikum zumutbarer Weise verwahrt.

(3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertgegenstände in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und dem Empfang / Infocenter zur Verwahrung übergeben.

(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 Abs. 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass

auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird, mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Klinikums übergehen.

(6) Abs. 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie Geld und Wertgegenstände, die vom Empfang / Infocenter verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 19 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 Grundstück des Klinikums oder auf einem vom Klinikum bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit des Klinikpersonals; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertgegenständen, die nicht der Pforte zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertgegenständen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung des Empfangs 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.

§ 20 Haftungsbeschränkung bei liquidationsberechtigten Ärzten

Das KWM haftet nicht für Schäden, die durch liquidationsberechtigte Ärzte, einschließlich der Konsiliarärzte, verursacht werden sowie deren Erfüllungsgehilfen bei der Erbringung der Wahlleistung „privatärztliche Behandlung“. Insoweit sind Vertragspartner für die ärztlichen Leistungen nur die liquidationsberechtigten Ärzte.

Das KWM ist in diesem Fall lediglich der Vertragspartner für die Unterbringung, Verpflegung und pflegerische Betreuung. Das KWM haftet daher nicht für Fehler des privatliquidierenden Arztes (weder vertraglich noch deliktisch). Für Fehler, der von diesen persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen, haftet allein der liquidationsberechtigte Arzt. Dies gilt auch für Fehler von Hilfspersonen (bspw. nachgeordneter oder konsiliarisch hinzugezogener Ärzte), derer er sich zur Erfüllung seiner persönlich geschuldeten Leistung bedient.

§ 21 Zahlungsort

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

§ 22 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Klauseln der Allgemeinen Vertragsbedingungen unwirksam sein oder werden, wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Anstelle der unwirksamen Bestimmungen gilt eine wirksame Bestimmung als vereinbart, die dem von den Parteien Gewollten am nächsten kommt. Das Gleiche gilt im Falle einer Vertragslücke.

§ 23 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.10.2017 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.01.2017 aufgehoben.

KWM **Klinikum** Würzburg
Mitte

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH

Post- & Rechnungsadresse

Salvatorstraße 7 · 97074 Würzburg

www.kwm-klinikum.de

Juliusspital &
Missioklinik
seit 2017 eins!

KWM **Juliusspital**

KWM-Standort Juliusspital

Juliuspromenade 19 · 97070 Würzburg

Tel. 0931/393-0 · Fax 0931/791-2120

www.kwm-juliusspital.de

KWM **Missioklinik**

KWM-Standort Missioklinik

Salvatorstraße 7 · 97074 Würzburg

Tel. 0931/791-0 · Fax 0931/791-2120

www.kwm-missioklinik.de