

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) stationär

für

die Krankenhäuser
Ev. Stift St. Martin in Koblenz
Kemperhof in Koblenz
Heilig Geist in Boppard
Paulinenstift in Nastätten
St. Elisabeth in Mayen

der Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH

§ 1 **Geltungsbereich**

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 **Rechtsverhältnis**

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und dem Patienten sind privat-rechtlicher Natur.

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

- jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
- von Ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
- sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§3 Umfang der Krankenhausleistung

(1) Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter dieser Voraussetzung gehören dazu auch:

- a) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 SGB V,
- d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
- e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1, S. 3 SGB V,
- f) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V.

(3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind

- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.
- b) 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

(4) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung 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 außerhalb der qualitativen oder quantitativen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

(3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von Wahlleistungen eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

(4) Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.

Ein auf Wunsch der gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

(5) Entlassen wird,

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

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

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

§ 5

Vor- und nachstationäre Behandlung

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlungen (Krankenhauseinweisungen) 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 wünscht oder die Behandlung abbricht.

In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.

(3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, nicht überschreiten darf, wird beendet,

- a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist, oder
- b) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeit endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Kalendertagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. 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 Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an den vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

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

§ 6 Entgelt

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

§ 7 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 Krankenhauses legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.

(2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.

(3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachte 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.

§ 8 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

(1) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschrift keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.

(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistung verpflichtet. 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 im Wege des elektronischen Datenaustausches 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.

(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 EUR 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.

(8) Das Gemeinschaftsklinikum behält sich das Recht vor, bei Zahlungsverzug zusätzlich ein Inkassounternehmen mit der Forderungseinziehung zu beauftragen - die Datenweitergabe beschränkt sich auf die erforderlichen Daten, welche für den Forderungsreinzug benötigt werden.

Kontaktdaten des Inkassounternehmens:

Dieses Internetangebot wird Ihnen zur Verfügung gestellt von:

Creditreform Koblenz Dr. Rödl & Brodmerkel KG

Rizzastr. 49

D-56068 Koblenz

Tel: 02 61 / 9 11 81-0

Fax: 02 61 / 9 11 81-10

info@koblenz.creditreform.de

<http://www.koblenz.creditreform.de>

§ 9

Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

(1) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, eine angemessene Vorauszahlung verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung - BpflV).

(2) Soweit das Klinikum auf der Grundlage von DRG nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Aufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.

(3) Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus 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 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

§ 10 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.

§ 11 Ärztliche Eingriffe

(1) Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.

(2) Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten ein zur Vertretung Berechtigter (z.B. die Eltern als gesetzliche Vertreter, ein Vormund, ein Betreuer oder ein rechtsgeschäftlich Bevollmächtigter) nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323c StGB unbeachtlich ist.

§12 Patientenidentifikationsarmband

Die stationären Patienten erhalten ein am Handgelenk zu tragendes Patientenidentifikationsarmband. Dieses dient während des Krankenhausaufenthaltes der Feststellung und Kontrolle der Identität des Patienten während aller Behandlungsschritte. Somit bewirkt es eine Erhöhung der Patientensicherheit.

Das Patientenidentifikationsarmband enthält die nachfolgenden Angaben:

- Name des Krankenhauses
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht
- Fallnummer (als Barcode und in Klarschrift).

§ 13 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 hat und dem Krankenhausarzt 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) Nächste Angehörige im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

- der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
- die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
- 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, dieser Sorgeinhaber,
- die volljährigen Geschwister,
- die Großeltern.

Bei mehreren gleichaltrigen 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 nächst-erreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden 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 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

(5) § 13 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.

§ 14

Verarbeitung personenbezogener Daten

1. Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH, Koblenzer Straße 115 – 155, 56073 Koblenz, Tel.: 0261 499-0, E-Mail: info@gk.de, Website: www.gk.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt im Wesentlichen zu folgenden Zwecken:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO),
- Behandlung (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO),
- Dokumentationspflicht nach Berufsordnung und sonstigen gesetzlichen Vorschriften (Art. 9 Abs. 2 lit. b) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO),
- Prüfung und Gewährung von Leistungen (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO),
- Kostenerstattung (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO),
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO),
- Abrechnung mit den Kostenträgern (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO),
- Abrechnung mit anderen Leistungserbringern (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO) sowie
- Beratung über Maßnahmen und Rehabilitation (Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu), Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO).

Zur Erfüllung der vorstehenden Zwecke verarbeiten wir im Wesentlichen

- Daten über Ihre Person (insbesondere Familienname und Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer),
- Daten über Ihren sozialen Status (z. B. Versichertenstatus: selbstversichert, mitversichert, Rentner),
- die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten einschließlich Gesundheitsdaten (insbesondere Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben oder erhoben haben) sowie
- den Tag und die Uhrzeit Ihrer Aufnahme und Entlassung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist erforderlich für Ihre Behandlung in unserem Krankenhaus. Wenn Sie diese nicht bereitstellen wollen, können wir leider unsere Aufgaben als Krankenhaus nicht erfüllen.

3. Empfänger der Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern sind im Wesentlichen folgende Einrichtungen:

- gesetzliche und private Krankenversicherungen,
- sonstige Kostenträger wie z.B. Sozialamt,
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen,
- Gesundheitsamt im Falle einer meldepflichtigen Erkrankung (§§ 6 f. Infektionsschutzgesetz),
- Träger der Renten- und Unfallversicherung,
- sonstige beauftragte (externe) Abrechnungsstellen wie z.B. Abrechnung bei Privatliquidation,
- Träger der betrieblichen Altersversorgung und sonstige Leistungserbringer,
- Finanzamt,
- Geldinstitute zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs,
- mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser und medizinische Institute,
- Datenannahmestelle im Zusammenhang mit § 21 Abs. 4 KHEntgG,
- beauftragter (externer) Dienstleister zum Zwecke der Unterstützung bei der Digitalisierung und der Archivierung Ihrer Daten sowie
- interne Stellen unseres Hauses, die an der Durchführung der genannten Zwecke beteiligt sind (z.B. Allgemeine Verwaltung, IT, Rehabilitation, Qualitätsmanagement).

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen und zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

4. Speicherung der Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen (§ 28 Abs. 3 Röntgenverordnung).

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Weitere Details können Sie der Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 12 ff. EU DS-GVO entnehmen. Diese erhalten Sie in den Aufnahmebereichen des GKM sowie als Download unter www.gk.de

6. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Dieter Kugelmann
Hintere Bleiche 34
55116 Mainz

Telefon: +49 (0) 6131 208-2449

Telefax: +49 (0) 6131 208-2497

Webseite: <https://www.datenschutz.rlp.de/>

E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de

6. Die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein gGmbH

Datenschutzbeauftragter der Klinikstandorte

Herr Hagen Rauh
Stabsstelle Datenschutz & IT Sicherheit
Datenschutzauditor / IT-Compliance Manager (TÜV)
Datenschutzbeauftragter Klinikstandorte Kemperhof und Ev. Stift Koblenz,
St. Elisabeth Mayen, Heilig Geist Boppard, Paulinenstift Nastätten

Koblenzer Straße 115-155
56073 Koblenz

Telefon: 02651 / 83-4016 oder 0261 / 499-1498

E-Mail: datenschutzbeauftragter@gk.de
www.gk.de

sowie

Datenschutzbeauftragte der Tochtergesellschaften

Frau Lisa Weinand
Stabsstelle Datenschutz & IT-Sicherheit
Datenschutzbeauftragte der Tochtergesellschaften:
GZ Service GmbH
GK-Service GmbH
Rehafit GmbH
Seniocura GmbH
MVZ Mittelrhein GmbH

Koblenzer Straße 115-155
56073 Koblenz

Telefon: 0261 499-1041
E-Mail: datenschutzbeauftragte-gb@gk.de
www.gk.de

§ 15 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 16 Eingebrachte Sachen

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

(2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.

(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 Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.

(5) Im Fall des Absatzes 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.

(6) Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 17

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 Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.

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

§ 18

Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in dem Krankenhaus zu erfüllen, in das er zur Krankenhausbehandlung i.S.v. § 1 aufgenommen worden ist.

§ 19

Inkrafttreten

Diese AVB treten am 25.05.2018 in Kraft. Gleichzeitig werden die vorhergehenden AVB aufgehoben.