

Wichtige Information für Vereinbarungspartner vor der Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrter Vereinbarungspartner,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür schreibt § 22 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vor, dass jeder Patient bzw. Vereinbarungspartner **vor** Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Die BPfIV unterscheidet zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern Sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten.

Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese sind gesondert zu vereinbaren und werden dem Patienten oder – mit seinem Einverständnis – seiner privaten Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle zusätzlich zu den Pflegesätzen in Rechnung gestellt.

2. Für sogenannte „**wahlärztliche Leistungen**“ bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses (i. d. R. Chefarzte oder Oberärzte) hinzukaufen.

Gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ kann der Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Nach § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ gelten die dort genannten Leistungen (sogenannte Nebenleistungen) nur dann als eigene Leistungen, wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Die Namen der liquidationsberechtigten Ärzte des SKMD und deren ständigen ärztlichen Vertreter ergeben sich aus dem Pflegekostentarif.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

3. Gemäß §§ 22 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) erstreckt sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf **alle an der Behandlung** des Patienten **beteiligten Ärzte** des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

b.w.

4. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung (Liquidation für wahlärztliche Leistungen) nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils aktuell gültigen Fassung.

Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf:

In der ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer **Gebührenziffer** versehen. Die verbale Beschreibung dazu erfolgt in der zweiten Spalte. In der dritten Spalte wird wiederum die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Der Punktwert beträgt gegenwärtig 5,82873 Cent. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in der vierten Spalte der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz)
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08 €

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bei ärztlichen Leistungen bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen bis zum 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen bis zum 1,3-fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8 für Laborleistung bei 1,15 und für alle ärztlichen Leistungen bei 2,3.

Gemäß § 6a GOÄ sind die privatärztlichen Leistungen für vollstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen zum Ausgleich von Doppelvergütungen um 25 % zu mindern.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistung und einer allgemeinen Wahlleistung eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

einen guten Behandlungsverlauf wünschen Ihnen

die Mitarbeiter des Zentralen Patientenmanagements