

Patienteninformation zu wahlärztlichen Leistungen

Nach § 22 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. § 17 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) ist jeder Patient vor Abschluss einer so genannten **Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen**, über die Entgelte der Wahlleistung und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Die BPfIV und das KHEntgG unterscheiden 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 vom Patienten zu bezahlen.

2. Für so genannte **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) einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen.

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

3. Bei der Inanspruchnahme der **wahlärztlichen Leistungen** kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich 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 (so genannte WahlarztKette). Dies bedeutet, dass auch weitere liquidationsberechtigte Ärzte Ihnen gegenüber Ihre Leistungen gesondert abrechnen dürfen, sofern Sie in das Behandlungsgeschehen einbezogen worden sind. Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom leitenden Arzt der Fachabteilung oder ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter Aufsicht des leitenden Arztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung des Instituts erbracht (§4 Abs. 2 GOÄ / GOZ); im Verhinderungsfall übernimmt die Aufgaben des leitenden Arztes (Wahlarzt) sein ständiger Vertreter. Soweit das Liquidationsrecht durch den Krankenhausträger wahrgenommen wird, bestimmt der Chefarzt im Falle der Verhinderung mit dem Krankenhausträger seine Vertreter.

4. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der amtlichen **Gebührenordnung für Ärzte / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ / GOZ)**. Diese Gebührenwerke weisen folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen

zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist.

Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei **5,82873 Cent**. Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

Ziffer gerundet	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis	(Einfachsatz),
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den so genannten **GOÄ – Einfachsatz**. Dieser Einfachsatz kann sich durch **Steigerungsfaktoren** erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5 fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5 fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3 fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert kann für technische Leistungen bei 1,8, für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3 liegen.

Daneben werden die Gebühren gemäß § 6a GOÄ bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen um 25% gemindert. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15%.

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

Das Krankenhaus 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.

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der jeweiligen Chefarztsekretariate hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ / GOZ nehmen.

