

## Vorblatt zur Wahlleistungsvereinbarung

Sie sind im Begriff eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über gesonderte Erbringung und Berechnung wahlärztlicher Leistungen und/oder sonstiger Wahlleistungen zu unterschreiben. Hierfür schreibt der §17 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vor, dass Patient:innen, **vor** Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten sind. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen.

Das KHEntgG und die BPfIV unterscheiden:

**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 Patientenversorgung notwendig sind.

**Wahlleistungen** hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen, welche gesondert zu vereinbaren und vom: von der **Patient:in zu bezahlen** sind, und unterteilen sich in **wahlärztliche Leistungen** und **sonstige Wahlleistungen**: Mit der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen erwerben Sie einen Anspruch auf die persönliche Behandlung durch besonders qualifizierte und erfahrene Ärzt:innen der Charité, einschließlich der von diesen Ärzt:innen veranlassten Leistungen außerhalb des Krankenhauses. Berechnet die Charité die wahlärztlichen Leistungen, ändert sich nichts an der Art der Leistungserbringung. **Selbstverständlich erhalten Sie auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzt:innen.**

Im Einzelnen richtet sich die korrekte Abrechnung nach den Regeln der **amtlichen Gebührenordnung für Ärzt:innen bzw. Zahnärzt:innen (GOÄ/GOZ)**. Rechnungen auf Basis der GOÄ/GOZ sehen in der Regel wie folgt aus: In der ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen, die in der zweiten Spalte verbal beschrieben ist. In der dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeitige Punktwert beträgt 5,82873 Cent. In der vierten Spalte findet sich der Steigerungsfaktor, der in Abhängigkeit von Schwierigkeit und Zeitaufwand 1,0 bis 3,5 betragen kann. In der fünften Spalte findet sich die Minderung auf voll-, teil- sowie vor- und nachstationären Leistungen, die in der Regel 25% (15% bei Hinzuziehung externer Leistungserbringer – vgl. § 6a GOÄ/§ 7 GOZ) beträgt. Aus der Multiplikation von Punktzahl, Steigerungssatz und Punktwert ergibt sich der Preis für die Leistung (Spalte 5), welcher Grundlage für die Minderung (Spalte 6) ist.

*Beispiel:*

Gebührenziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Steigerungssatz	Preis (€) ohne Minderung	Minderung	Preis (€) nach Minderung
8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, ggf. einschl. Dokumentation	260	2,3	34,86	25%	26,15

Die Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ) und eine Musterrechnung können eingesehen werden.

**Die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen kann eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten. Prüfen Sie bitte vor Unterzeichnung, ob Ihre private Krankenversicherung, Beihilfe, etc. diese Kosten deckt.**

Als **sonstige Wahlleistungen** für Ihre stationäre Unterbringung bieten wir Ihnen zusätzlich folgende Leistungen und Preise an, die an allen drei Standorten einheitlich und gesondert in Rechnung gestellt werden:

a)	Einbettzimmer auf einer Wahlleistungsstation (M120, S36A, WAC-S20)	inkl. Komfortelemente	185,00€ / Tag	
b)	Einbettzimmer (eingestreute Wahlleistungszimmer)	inkl. Komfortelemente	155,00€ / Tag	
c)	Zweibettzimmer auf einer Wahlleistungsstation (M120, S36A, WAC-S20)	inkl. Komfortelemente	95,00€ / Tag	
d)	Zweibettzimmer (eingestreute Wahlleistungszimmer)	inkl. Komfortelemente	75,00€ / Tag	
e)	Unterkunft und Regelverpflegung einer Begleitperson ohne med. Begründung im separaten Zimmer	exkl. Komfortelemente	45,00€ / Tag	zzgl. MwSt
f)	Unterkunft und Regelverpflegung einer Begleitperson von Kindern ohne eigenes Zimmer (Beistellbett)	exkl. Komfortelemente	18,80€ / Tag	zzgl. MwSt
g)	Familienzimmer (nach der Geburt)	exkl. Komfortelemente	119,00€ / Tag	zzgl. MwSt
h)	Komfortelemente (Wahlessen, Services) ohne gesondert berechenbare Unterkunft		30,00€ / Tag	

Patientendaten

**Leistungen**

**I. Wahlärztliche Leistungen**

Wahlärztliche Leistungen

**II. Sonstige Wahlleistungen**

Unterbringung 1-Bettzimmer wenn verfügbar/ hilfswise

Unterbringung 2-Bettzimmer

Unterbringung Begleitperson mit gesonderter Unterbringung

Unterbringung Begleitperson Kind ohne gesonderte Unterbringung (Beistellbett)

Familienzimmer (nach der Geburt)

Komfortelemente (Wahlessen, Services) ohne gesonderte Unterkunft

**Wahlleistungsvereinbarung**

Zwischen o. g. Patient:in bzw. dem:der Sorgeberechtigten und der Charité - Universitätsmedizin Berlin (im Folgenden: Charité), wird die Erbringung der oben angekreuzten Wahlleistungen zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und den im DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif genannten Bedingungen ab \_\_\_\_\_ vereinbart. Die Charité stellt dem:der Patient:in je ein Exemplar der **Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)** und des **DRG-Entgelttarifs** zur Einsicht zur Verfügung, gibt auf Wunsch Gelegenheit zur Einsichtnahme in ein Exemplar der aktuellen **Gebührenordnung für Ärzt:innen bzw. Zahnärzt:innen (GOÄ/GOZ)** und weist auf die folgenden Bedingungen ausdrücklich hin.

**A) Wahlarztkette**

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzt:innen der Charité, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind (nachfolgend: Wahlärzt:innen), einschließlich der von diesen Ärzt:innen veranlassten Leistungen und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Charité (§17 Abs. 3 KHEntgG). Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie von der Charité berechnet werden, durch Wahlärzt:innen persönlich oder unter der Aufsicht des:der Wahlarzt:in nach fachlicher Weisung von einem:einer nachgeordneten Arzt:in erbracht (§4 Abs. 2 GOÄ, GOZ). Diese Vereinbarung kann von jeder Partei an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden. Die Kündigung muss in Text- oder Schriftform erklärt werden.

**B) Stellvertretung**

Die wahlärztlichen Leistungen werden vom:von der Wahlarzt:in persönlich oder unter dessen:deren Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem:einer nachgeordneten Arzt:in der Abteilung bzw. des Instituts erbracht. **Im Fall der unvorhersehbaren Verhinderung werden die wahlärztlichen Leistungen des:der Wahlarzt:in vom:von der ständigen ärztlichen Vertreter:in erbracht;** der:die Patient:in ist mit der Leistungserbringung durch den:die ständige:n ärztlichen Vertreter:in in vorbezeichnetem Falle einverstanden.

**Die Wahlärzt:innen der einzelnen Abteilungen bzw. Institute sowie deren ständige ärztliche Vertreter:innen sind dem entsprechenden Verzeichnis zu entnehmen. (Nur relevant bei wahlärztlichen Leistungen!)**

Ich wünsche einen Ausdruck des Verzeichnisses

Ich verzichte auf einen Ausdruck. Ich habe die Liste gesehen und kann diese jederzeit in der stationären Aufnahme anfordern.

**Kenntnisnahme**

Ich bestätige, dass ich **vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung jeweils eine Ausfertigung gesehen** und zur Kenntnis genommen habe: Vorblatt zur Wahlleistungsvereinbarung inkl. Aufstellung der Entgelte für Wahlleistungen (außer ärztliche Wahlleistungen) lt. Entgelttarif, Verzeichnis der Wahlärzte und Datenschutzhinweise lt. Art.13 EU-DSGVO. Darüber hinaus ist mir bewusst, dass ich bei Bedarf sämtliche Unterlagen als Ausdruck erhalten kann.

**Empfangsbekanntnis**

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/ Vertreter:in/Sorgeberechtigte:r

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/ Vertreter:in/Sorgeberechtigte:r

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift für die Charité

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

**Ich handele als Vertreter:in mit Vertretungsvollmacht/Ich bin Hauptversicherte:r**

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefonnummer sowie Datum und Unterschrift: Vertreter:in/Betreuer:in/Sorgeberechtigte:r

### Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich bin informiert und einverstanden, dass die Abrechnung und die hierfür notwendige Erfassung von privat- und wahlärztlichen Leistungen durch die externen Unternehmen unimed GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern bzw. PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG, Invalidenstr. 92, 10115 Berlin sowie deren Konzernmutter, PVS holding GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim a. d. Ruhr, erfolgt. Hierzu bevollmächtigen die Charité bzw. die zur Liquidation berechtigten Ärzt:innen die unimed zur Geltendmachung und Einziehung der Honorarforderung (im Namen und) auf Rechnung der Charité bzw. treten die mir gegenüber bestehende(n) Honorarforderung(en) treuhänderisch an die PVS ab. Die PVS wird somit Inhaberin der Forderung(en) und macht diese im eigenen Namen geltend. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Ich gebe die jederzeit für die Zukunft widerrufliche Einwilligung, dass die Charité bzw. die liquidationsberechtigten Ärzt:innen die Forderung(en) abtreten und die hierzu erforderlichen patientenbezogenen Behandlungsdaten (bspw. Name, Anschrift, Befunde, Diagnosen) an diese Unternehmen ausschließlich zur Rechnungsstellung, zum Forderungseinzug und zur Abrechnungsauswertung weitergeben und von diesen zu den vorgenannten Zwecken verarbeitet werden dürfen. Insoweit entbinde ich die Mitarbeiter:innen der Charité bzw. die zur Liquidation berechtigten Ärzt:innen ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht. Es wird auf die aushängenden Informationen gemäß Art. 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) hingewiesen. Die weiteren Betroffenenrechte gemäß Art. 13 der EU- Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) finden Sie unter <https://www.charite.de/service/datenschutz/>

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/ Vertreter:in/Sorgeberechtigte:r

### **Vermutete Wahlleistung (Behandlungskategorie BVL)**

Ich stimme der vermuteten Wahlleistung vom Datum, s. o. zu.

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/ Vertreter:in/Sorgeberechtigte:r

Berlin, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift für die Charité

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben