

Qualitäts-Navigation für die Krankenversicherung

Name:

Geburtsdatum:

Gewünschter Selbstbehalt :

Was ist Ihnen beim Arzt wichtig?	Kundenwunsch	Empfehlung
Freie Arztwahl		
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)		
Bis Höchstsatz (max. 3,5 fach)		
Über Höchstsatz (> 3,5 fach)		
Vorsorge über gesetzlich eingeführte Programme hinaus		
Erstattung von Vorsorge außerhalb des Selbstbehaltes		
Verzicht auf Preisverzeichnis für Heilmittel		
Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl		
Heilpraktiker und Naturheilverfahren beim Arzt		
Weltweiter Versicherungsschutz (über 6 Monate hinaus)		
Was ist Ihnen im Krankenhaus wichtig?		
Freie Arztwahl		
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)		
Bis Höchstsatz (max. 3,5 fach)		
Über Höchstsatz (> 3,5 fach)		
Unterbringung im Ein-/oder Zwei-Bett-Zimmer		
Kostenübernahme für Reha-Maßnahmen		
Erstattung von stationärer Psychotherapie ohne Begrenzung		
Was ist Ihnen beim Zahnarzt wichtig?		
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)		
Bis Höchstsatz (max. 3,5 fach)		
Über Höchstsatz (> 3,5 fach)		
Unbegrenzte Leistungen für Implantate		
Verzicht auf ein Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen		
Was ist bei künftigen Vertragsänderungen wichtig?		
Option auf spätere Höherversicherung ohne Gesundheitsprüfung		
Garantiertes Umwandlungsrecht in eine Zusatzversicherung		

Ort/Datum.....

Unterschrift.....

Qualitäts-Navigation für die Krankenversicherung

Freie Arztwahl

Privatpatienten haben freie Wahl unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten. Je nach Tarif können auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden. Ein Arztwechsel ist jederzeit – auch ohne Überweisung – möglich.

Beim Hausarztprinzip soll die Erstbehandlung nur von bestimmten Ärzten (neben dem Hausarzt sind das in der Regel Augen-, Kinder-, Not-, Bereitschaftsärzte und Gynäkologen) erfolgen, die dann bei Bedarf eine Überweisung zu einem Facharzt ausstellen.

Wird ein Facharzt ohne Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht, erfolgt eine Kürzung der Erstattung (i.d.R. 20%)

Gebührenordnung für Ärzte

Das Arzthonorar für die Behandlung von Privatpatienten ist in der GOÄ geregelt. Die Höhe bemisst sich an den Punktzahlen und Punktwerten, sowie der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen bei der Behandlung. In den meisten Fällen rechnen Ärzte den 2,3fachen Gebührensatz ab. Wenn besondere Umstände vorliegen (z.B. ein erhöhter Zeitaufwand durch Mehrfacherkrankungen), kann der Arzt mit schriftlicher Begründung auch bis zum 3,5fachen Satz abrechnen. Dieses sollte jeder Versicherungsschutz beinhalten.

Über den 3,5fachen Satz hinaus darf der Arzt nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung mit seinen Patienten abrechnen. In dieser Honorarvereinbarung wird der Versicherte auch darauf hingewiesen, dass die Versicherung eventuell die Kosten nicht komplett erstattet. Der Patient trägt dann das volle Restrisiko. Wer dieses Risiko ausschließen möchte, sollte auf einen Tarif mit Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus achten.

Vorsorge

Die gesetzlich eingeführten Programme zur Vorsorge sind begrenzt auf Alter und Häufigkeit (z.B. Krebsvorsorge bei Männern ab dem 45. LJ, Hautkrebs-Screening alle 2 Jahre). Selbst medizinisch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen wie z.B. ein HIV-Test oder die Früherkennungsuntersuchung auf ein Glaukom werden nicht grundsätzlich von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Bezieht sich ein PKV-Tarif auf „Vorsorge nach gesetzlich eingeführtem Programmen“ werden die Altersgrenzen zwar nicht berücksichtigt, die Art der Vorsorgemaßnahmen ist aber eingeschränkt.

Heilmittel /Verzicht auf Preisverzeichnis für Heilmittel

Heilmittel sind physikalische Anwendungen wie z.B. Massagen und Krankengymnastik. Auch Ergotherapie und Logopädie zählt zu den Heilmitteln und sollte nicht nur für Kinder abgesichert werden. Bei Erwachsenen kann durch logopädische Behandlung z.B. Schlucken und Sprechen nach einem Schlaganfall erlernt werden. Die Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie durch Ärzte erbracht werden. Es ist jedoch wichtig, dass der Versicherer auf für die Erbringung durch staatliche geprüfte Angehörige von Heil- und Hilfsberufen (Krankengymnasten, Masseur, Ergotherapeuten, Logopäden) aufkommt.

Viele Versicherer erstatten Heilmittel „nach den üblichen, angemessenen Sätzen“. Es gibt jedoch auch Anbieter, die ein eigenes Preisverzeichnis für die Leistungen zugrunde legen. Dieses kann im Leistungsfall zu Eigenbeteiligungen führen, wenn es vor Behandlungsbeginn nicht mit dem Therapeuten kommuniziert wurde.

Beispiele

Behandlung nach Schlaganfall:

10 Monate Logopädie, 3 Behandlungen/Woche, um wieder sprechen zu lernen

Die Differenz pro Behandlung zwischen der internen Preisliste des Krankenversicherers und der tatsächlichen Rechnung beträgt 32 €, der gesamte Eigenanteil somit 3.840 €

Behandlung nach Schulterprellung

6 Wochen Physiotherapie (Krankengymnastik), 2 Behandlungen pro Woche

Die Differenz pro Behandlung zwischen der internen Preisliste des Krankenversicherers und der tatsächlichen Rechnung beträgt 17 €, der gesamte Eigenanteil somit 204 €

Qualitäts-Navigation für die Krankenversicherung

Psychotherapie ohne Begrenzung der Sitzungszahl

Ein umfassender Versicherungsschutz sollte die psychotherapeutischen Behandlung ohne Begrenzung der Sitzungszahl übernehmen. Mindestens sollten aber 50 Sitzungen pro Jahr erstattungsfähig sein. Dieses bedeutet, dass der Versicherte bei einer Langzeittherapie einmal wöchentlich die Behandlung in Anspruch nehmen kann.

Kind, Diagnose ADHS, 40 Sitzungen Psychotherapie
2,3facher Satz = 100,55 € pro Sitzung

Beispiel

Alternative Heilmethoden

Nutzen Sie gerne auch alternative Heilmethoden wie z.B. die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Akkupunktur oder Homöopathie? Dann beschränkt sich der Anbietermarkt auf wenige Krankenversicherer, die auch vollumfänglich alle Behandlungsmethoden nach dem sogenannten Hufelandverzeichnis erstatten, und dieses sowohl bei Ärzten als auch bei Heilpraktikern. Sind diese alternativen Heilmethoden in den Vertragsbedingungen nicht konkret erwähnt, kann der Krankenversicherer in die schulmedizinische Behandlung verweisen.

Diagnose: Muskelverspannung im Bereich der Lendenwirbelsäule
10 Behandlungstermine mit Akupunktur beim Alternativmediziner = 630 €

Beispiel

Im Krankenhaus

Freie Arztwahl

In den „allgemeinen Krankenhausleistungen“ ist die Behandlung durch den diensthabenden Arzt enthalten. Ob dieser bereits eine längere Schicht hinter sich hat und welche qualitativen Voraussetzungen er mitbringt, liegt im Ermessen der Klinik. Gerade im Krankenhaus besteht für den Patienten jedoch auch die Möglichkeit, sich durch einen erfahrenen und spezialisierten Arzt seines Vertrauens behandeln zu lassen.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Das Arzthonorar für die Behandlung von Privatpatienten ist in der GOÄ geregelt. Die Höhe bemisst sich an Punktzahlen und Punktwerten sowie der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen bei der Ausführung der Leistung. In den meisten Fällen rechnen Ärzte den 2,3-fachen Satz ab. Wenn Besonderheiten (z.B. von der Norm abweichende Verwachsungen im Operationsgebiet und damit verbundene erhöhte Schwierigkeiten zur Durchführung der OP) vorliegen, kann der Arzt mit schriftlicher Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz abrechnen.

Über den 3,5-fachen Satz hinaus darf der Arzt nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung mit seinem Patienten abrechnen. In dieser Honorarvereinbarung wird der Versicherte auch darauf hingewiesen, dass die Versicherung eventuell die Kosten nicht komplett erstattet. Der Patient trägt das volle Restkostenrisiko. **Wer dieses Risiko ausschließen möchte, sollte auf die Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus achten.** Gerade bei einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung, ist eine Absicherung bis zu den Höchstsätzen und darüber hinaus außerordentlich wichtig.

Kosten für mehrfache Operationen an der Wirbelsäule		
Regelsatz	2,3-fach	5.160,04 €
GOÄ – Höchstsatz	3,5-fach	7.852,23 €
Über GOÄ – Höchstsatz	8,5-fach	19.069,68 €

Beispiel

Qualitäts-Navigation für die Krankenversicherung

Unterbringung

Stellen Sie sich vor, Sie müssen im Urlaub Ihr Hotelzimmer mit mehreren fremden Personen teilen. Ein äußerst unangenehmer Gedanke. Und im Krankenhaus? Gerade wenn es einem nicht gut geht, ist die **eigene Privat- und Intimsphäre unentbehrlich**.

Reha-Maßnahmen | Anschlussheilbehandlungen

Reha-Leistungen sind nach § 6 SGB IX Aufgabe der Sozialversicherungsträger. Sie müssen nicht zum Umfang einer privaten Krankenversicherung gehören. Bei Selbstständigen und Freiberuflern aber gibt es für gewöhnlich keinen zuständigen Sozialversicherungsträger. Daher ist es insbesondere für diese Personengruppen wichtig, dass eine lückenlose Erstattung über die private Krankenversicherung sichergestellt ist.

Stationäre Psychotherapie

Abgesehen von Behandlungen in akuten psychischen Krisensituationen sind in der Regel langfristige Klinikaufenthalte erforderlich, um einen Behandlungserfolg bei psychischen Krankheiten zu erreichen. Diese Aufenthalte können 4 bis 6 Wochen, aber auch mehrere Monate notwendig sein. **Wichtig ist, dass Ihr Versicherungsschutz die Aufenthaltsdauer für stationäre Psychotherapie nicht begrenzt.**

Beispiel

Diagnose: Mittelschwere Depression nach Burn-Out-Syndrom
 3,5 Monate Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik
 Kosten: 36.000 €

Beim Zahnarzt

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Das Zahnarztthonorar für die Behandlung von Privatpatienten ist in der GOZ geregelt. Die Höhe bemisst sich an Punktzahlen und Punktwerten sowie der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen bei der Behandlung. In den meisten Fällen rechnen Zahnärzte den 2,3-fachen Satz ab. Wenn besondere Umstände (z.B. krumme Wurzelkanäle) vorliegen, kann der Zahnarzt mit schriftlicher Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz abrechnen.

Über den 3,5-fachen Satz hinaus darf der Zahnarzt nur nach vorheriger schriftlicher Honorarvereinbarung mit seinem Patienten abrechnen. In dieser Honorarvereinbarung wird der Versicherte auch darauf hingewiesen, dass die Versicherung evtl. die Kosten nicht komplett erstattet. Der Patient trägt das volle Restkostenrisiko. **Wer dieses Risiko ausschließen möchte, sollte auf die Erstattung auch über die Höchstsätze hinaus achten.**

Zahnersatz inklusive Implantate

Ihr Versicherungsschutz sollte **keine Einschränkungen auf die Ausführung, das Material und die Anzahl von erstattungsfähigen Implantaten** beinhalten.

Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen / Material- und Laborkosten

Während die zahnärztlichen Honorare in der GOZ geregelt sind, können zahntechnische Labore die Preise für die Materialien und die Herstellung von Zahnersatz frei gestalten. Oft erkennt der Patient erst bei der Rechnung die Einzelpositionen für die „hardware“.

Qualitäts-Navigation für die Krankenversicherung

Viele Versicherer erstatten Material- und Laborkosten „nach den üblichen, angemessenen Sätzen“. Es gibt jedoch auch Anbieter, die ein eigenes Preisverzeichnis für diese Leistungen zugrunde legen. Dieses kann im Leistungsfall zu Eigenbeteiligungen führen, da diese Einzelpreise nicht unbedingt marktgerecht kalkuliert sind.

Inlay zweiflächig (Keramik)	
Material- und Laborkosten lt. Rechnung : 342,00 €	
Material- und Laborkosten lt. Preisverzeichnis des Versicherers: 122,39 €	
Erstattung (80% von 122,39 €)	97,91 €
Eigenanteil	244,09 €

Bei künftigen Änderungen des Versicherungsschutzes

Tarifwechsel/Wechsel des Selbstbehaltes

Eine Krankenversicherung ist eine Entscheidung fürs Leben. Da sich aber Ihre Bedürfnisse durch eine veränderte Lebenssituation dem Wunsch nach besseren Leistungen oder einem geringeren Beitrag verändern, kann der Versicherungsschutz naturgemäß nicht „statisch“ sein. Aus diesem Grund haben Sie verschiedene Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz bedarfsgerecht anzupassen und aus einem Tarif in einen anderen bzw. eine andere Tarifestufe zu wechseln. Ob und zu welchen Voraussetzungen Sie wechseln können, wird u.a. im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. **Noch flexibler sind Sie bei einem Krankenversicherer, der ein grundsätzliches oder anlassbezogenes Tarifwechselrecht ohne erneute Gesundheitsprüfung anbietet.**

Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Wechselt z.B. ein Selbstständiger in ein Angestelltenverhältnis, dann tritt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein und der Versicherungsschutz in der privaten Vollversicherung endet. Eine Umwandlung in eine Zusatzversicherung ist möglich. **Wichtig für Sie ist eine garantierte Regelung in den Bedingungen. Schließlich haben Sie sich an die hochwertige Versorgung gewöhnt und möchten diese ggfls. auch als Ergänzungsversicherung fortführen.**