

# Bedarfsanalyse private Krankenvollversicherung



# Wie möchten Sie im Krankheitsfall behandelt werden?

Leistungsinhalte und Erläuterungen

Ihre Wahl

## Primärarztbehandlung

Einige Tarife beinhalten bei ambulanten Leistungen das Primärarztprinzip (auch Hausarzt-Prinzip genannt). Es besagt, dass bei ambulanten Behandlungen der volle Erstattungssatz nur gezahlt wird, wenn die erste Anlaufstelle der Hausarzt war und dieser, falls nötig, eine Überweisung zu einem Facharzt ausstellt. Sollte der Facharzt direkt aufgesucht werden, d.h. ohne Überweisung des Hausarztes, gelten verminderte Erstattungssätze (oft 20% weniger als es der Tarif vorsieht). Durch das Primärarztprinzip ist eine „günstigere“ Kalkulation möglich, was zu günstigeren Beiträgen führen kann.

Könnten Sie sich vorstellen, zunächst Ihren Hausarzt aufzusuchen, bevor Sie einen Facharzt konsultieren?

ja    nein  
  

## Gebührenordnung (GOÄ) - ambulant

Die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die regelkonforme Abrechnung aller medizinischen Leistungen.

Der Arzt kann keine selbst kalkulierten Preise für bestimmte Behandlungen verlangen, sondern muss sich an die Gebührenordnung für Ärzte halten. Er kann jedoch die dort aufgeführten Positionen insofern erhöhen, als er einen Hebel benutzen kann. So lässt sich der dort aufgeführte Wert für eine Abrechnungsposition vervielfachen.

Der Regelhöchstsatz liegt bei 2,3. Ist eine Behandlung überdurchschnittlich aufwändig, kann der Regelhöchstsatz von 2,3 auch überschritten werden. Mit einer schriftlichen Begründung darf der Arzt die GOÄ-Ziffern bis zum 3,5-fachen Satz hebeln. Eine Abrechnung über dem 3,5-fachen Satz, dem Höchstsatz der GOÄ, ist dann möglich, wenn dieser über eine Honorarvereinbarung mit dem Patienten vereinbart wurde. Gerade Spezialisten verlangen für Ihre Behandlung wesentlich mehr als den 3,5-fachen Satz (Höchstsatz).

Achtung! Im Ausland gibt es keine Gebührenordnungen, daher muss der Tarif für eine weltweite freie Arztwahl auf die deutsche Gebührenordnung komplett verzichten. Evtl. kann dieses Risiko im Bedarfsfall besser über eine Auslandskrankenversicherung abgesichert werden.

Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung  
(bis zum 2,3-fachen Satz - Regelhöchstsatz)

ja    nein  
  

Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung  
(bis zum 3,5-fachen Satz - Höchstsatz)

ja    nein  
  

Behandlung mit individueller Honorarvereinbarung  
(auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung 3,5-facher Satz)

ja    nein  
  

Behandlung ohne Bindung an die deutschen Gebührenordnung  
(freie Arztwahl weltweit - Achtung! nur sehr wenige Versicherer bieten dies)

ja    nein

## Sehhilfen

Die Leistungen sind je nach Versicherer in den Tarifbestimmungen individuell festgelegt. Daher lässt sich keine allgemeingültige Aussage treffen.

Leistungsstarke Tarife sehen eine Erstattung von 100 Prozent der Kosten für Brillengläser und Kontaktlinsen vor. Brillengestelle werden meist bis zu einem maximierten Betrag bezuschusst.

Bei kostengünstigen Einsteigertarifen gibt es für Brillen und Sehhilfen zum Beispiel lediglich einen Kostenzuschuss von 100,- bis 200,- Euro alle drei Jahre oder es ist eine Beteiligung des Versicherers in Prozent (z.B. 80% max. 250,- Euro) vorgesehen. Bei den leistungsstärksten Tarifen werden Brillengläser voll erstattet, für Gestelle gibt es einen maximierten Zuschuss.

100,- Euro Mindesterstattung für Sehhilfen

ja    nein  
  

200,- Euro Mindesterstattung für Sehhilfen

ja    nein  
  

250,- Euro Mindesterstattung für Sehhilfen

ja    nein  
  

## Heilpraktiker

Heilpraktiker (Naturheilpraktiker), alternative Heilmethoden und natürliche Medikamente spielen in unserer heutigen Gesellschaft eine immer größere Rolle. Dass diese Heilmethoden durchaus eine Berechtigung haben und angepasst an die heutige Umwelt auch in vielen Fällen die klassische Medizin ersetzen oder begleitend ergänzen können, bezweifelt heute fast kein seriöser Mediziner mehr. Alternative Medizin wie z.B. Akupunktur, Homöopathie, Naturheilkunde oder Bachblüten sind moderne Wege der Medizin, basierend auf uraltem Wissen.

Wünschen Sie eine Erstattung für alternative Behandlungsmethoden?

ja    nein  
  

## ambulante Psychotherapie

Psychotherapie ist die Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert, dazu zählen unter anderem Depressionen, Ängste, Essstörungen, Zwänge oder psychosomatische Erkrankungen. Meist sind die Sitzungen in ihrer Anzahl begrenzt. 20 bis 30 Sitzungen jährlich sind üblich. Auch zusätzliche prozentuale Eigenanteile von 20% bis 30% sind nicht selten. Es gibt auch Tarife, die keinerlei Leistungen vorsehen.

Wünschen Sie eine Erstattung für ambulante Psychotherapie?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine Erstattung ohne weitere prozentuale Begrenzungen?

ja    nein

## Schutzimpfungen

Eine Schutzimpfung ist dazu da, Infektionskrankheiten vorzubeugen. Sie ist somit keine notwendige medizinische Heilbehandlung. Schutzimpfungen sind im Leistungskatalog grundsätzlich enthalten, allerdings nur im Rahmen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Das heißt, dass alle empfohlenen Impfungen (z.B. gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung) für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre grundsätzlich erstattet werden. Alle anderen Impfungen (z.B. gegen Influenza, FSME) oder auch arbeits- oder reisemedizinische Impfungen (z.B. gegen Malaria) werden nur erstattet, wenn diese im jeweiligen Tarif mitversichert sind.

Wünschen Sie eine Erstattung für Impfungen nach der STIKO?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine erweiterte Erstattung für Impfungen (z.B. gegen Influenza)?

ja    nein  
  

Wünschen Sie auch eine Erstattung für z.B. reisemedizinische Impfungen? (Achtung! Nur wenige Tarife bieten dies an)

ja    nein  
  

## Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen dienen der frühzeitigen Diagnose von schweren Krankheiten. Es besteht ein tariflicher Leistungsanspruch nach gesetzlich eingeführten Programmen. Zu den üblichen Untersuchungen gehören Vorsorgeuntersuchungen für Diabetes-, Krebs- oder Herz-/Kreislaufkrankungen, sowie Untersuchungen im zahnmedizinischen, gynäkologischen und urologischen Bereich. Abhängig vom Tarif werden darüber hinaus oftmals auch Vorsorgeuntersuchungen übernommen, die über den Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen hinausgehen oder ohne eine konkrete Diagnose oder Altersbeschränkung (wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung) in Anspruch genommen werden können.

Wünschen Sie eine Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine erweiterte Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus?

ja    nein

## Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören physikalische Anwendungen wie z.B. Krankengymnastik, Massagen, Fangopackungen etc. sowie die Ergotherapie (Bewegungstherapie, z.B. nach schwerem Unfall bei Entwicklungsstörungen von Kindern) und die Logopädie (Sprachheilbehandlung bei Kindern oder bei Schlaganfallpatienten). Bei der Wahl des Versicherungsschutzes ist darauf zu achten, dass neben den ärztlichen Leistungen auch Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heil- und Hilfsberufen (Krankengymnasten, Masseur, Ergotherapeuten und Logopäden) mitversichert sind, da der Versicherungsnehmer sonst nur einen rechtlichen Erstattungsanspruch auf Leistungen hat, die durch einen Arzt erbracht wurden.

Wünschen Sie eine verbindliche Regelung für Logotherapie bzw. Logotherapeuten?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine verbindliche Regelung für Ergotherapie bzw. Ergotherapeuten?

ja    nein  
  

## Hilfsmittel

Der Tarif sollte eine umfassende Aufzählung an kostenintensiven, existenziellen Hilfsmitteln aufweisen, zum Beispiel einen sprachgesteuerten Krankenfahrsstuhl, wenn es die einzige Möglichkeit wäre, mobil zu bleiben. Des Weiteren sollten lebenserhaltende Hilfsmittel wie Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore und Ernährungspumpen bezahlt werden. Auch Körperersatzstücke (Epithesen) und evtl. ein Blindenhund sollten mit berücksichtigt werden.

Genügt Ihnen die Erstattung von „Standard“-Hilfsmitteln?

ja    nein  
  

Wünschen Sie sich die Erstattung von „umfassenden“ Hilfsmitteln?

ja    nein  
  

Legen Sie besonderen Wert auf lebenserhaltende Hilfsmittel?

ja    nein  
  

Möchten Sie einen Blindenhund mit abgesichert haben?

ja    nein

## Krankentransport

Eine Erstattung der Kosten für ambulante Krankentransporte, also Transporte zum oder vom Arzt, sind in der Regel versichert, sofern ein Notfall oder Gehunfähigkeit bescheinigt werden. Speziell bei chronischen Erkrankungen sollte der Krankentransport z. B. zur Dialyse mitversichert sein.

Wünschen Sie eine Erstattung für ambulante Transportkosten im Notfall und z.B. bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine Erstattung für ambulante Transportkosten bei schweren Krankheiten?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine Erstattung für ambulante Transportkosten ohne weitere Einschränkungen z.B. zum nächstgelegenen Arzt?  
(Achtung! Nur wenige Tarife bieten dies an)

ja    nein  
  

## Gebührenordnung (GOÄ) - stationär

Die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt auch im stationären Bereich die regelkonforme Abrechnung aller medizinischen Leistungen. Details siehe Gebührenordnung – ambulant.

Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung  
(bis zum 2,3-fachen Satz - Regelhöchstsatz)

ja    nein  
  

Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung  
(bis zum 3,5-fachen Satz - Höchstsatz)

ja    nein  
  

Behandlung mit individueller Honorarvereinbarung  
(auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung 3,5-facher Satz)

ja    nein  
  

Behandlung ohne Bindung an die deutschen Gebührenordnung  
(freie Arztwahl weltweit - nur sehr wenige Versicherer bieten dies)

ja    nein

## Unterbringung im Krankenhaus

Vor Vertragsabschluss besteht die Wahl, die Leistungsstufe (1-Bettzimmer, 2-Bettzimmer) selbst festzulegen. Wer keine Probleme damit hat, mit anderen Kranken in einem Zimmer zu liegen, sollte nur die allgemeine Pflegeklasse, charakterisiert durch ein Mehrbettzimmer, versichern. Ein 1-Bettzimmer-Tarif bedeutet, dass der Genesende durch keine Zimmergenossen gestört wird. Dieser Luxus macht sich natürlich an der Höhe des Beitrages bemerkbar. Zweckmäßig kann hier oft die Mitte sein, in dem beispielsweise ein 2-Bettzimmer gewählt wird.

Möchten Sie im Krankenhaus in einem Mehrbettzimmer untergebracht werden?

ja    nein  
  

Möchten Sie im Krankenhaus in einem 2-Bettzimmer untergebracht werden?

ja    nein  
  

Möchten Sie im Krankenhaus in einem 1-Bettzimmer untergebracht werden?

ja    nein  
  

## Stationäre ärztliche Behandlungen

Für die wahlärztliche Behandlung, d. h. die im Wesentlichen persönliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte oder zum Beispiel Spezialisten, schließen Sie mit dem Krankenhaus als Vertreter der Ärzte oder mit den Chefärzten persönlich einen Behandlungsvertrag ab. Diese Vereinbarung erstreckt sich auf alle an Ihrer Behandlung beteiligten Chefärzte, einschließlich der von diesen Ärzten beauftragten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Wünschen Sie eine Behandlung durch Ober- und Stationsärzte?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine Behandlung ausschließlich durch Spezialisten, leitende Ärzte bzw. Chefärzte?

ja    nein  
  

## Freie Krankenhauswahl

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung haben Sie die freie Wahl des Krankenhauses. Sie können also selbst entscheiden, in welchem Krankenhaus Sie sich behandeln lassen wollen. Sie wählen in Abstimmung mit Ihrem Arzt das für Ihre Behandlung am besten geeignete Krankenhaus aus. Dabei sollten auch Ihre persönlichen Vorstellungen und Wünsche eine wichtige Rolle spielen.

Wünschen Sie die Behandlung im nahegelegenen, geeigneten Krankenhaus?

ja    nein  
  

Möchten Sie selbst entscheiden, in welchem Krankenhaus Sie behandelt werden?

ja    nein

## Krankentransport

Eine Erstattung der Kosten für stationäre Krankentransporte, also Transporte zum oder vom nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus, ist in der Regel versichert, wenn es sich um einen Notfall oder um bestimmte Diagnosen handelt. Die Übernahme von Transportkosten zu einem von Ihnen frei gewählten Krankenhaus wird je nach Tarif erstattet.

Wünschen Sie eine Erstattung für ambulante Transportkosten bei schweren Krankheiten?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine Erstattung für ambulante Transportkosten ohne weitere Einschränkungen, wie z.B. zum nächstgelegenen Arzt?  
(Achtung! Nur wenige Tarife bieten dies an)

ja    nein  
  

## Gebührenordnung (GOZ) - dental

Die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt auch im zahnärztlichen Bereich die regelkonforme Abrechnung aller medizinischen Leistungen. Details siehe Gebührenordnung – ambulant.

Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung  
(bis zum 2,3-fachen Satz - Regelhöchstsatz)

ja    nein  
  

Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung  
(bis zum 3,5-fachen Satz - Höchstsatz)

ja    nein  
  

Behandlung mit individueller Honorarvereinbarung  
(auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung 3,5-facher Satz)

ja    nein  
  

Behandlung ohne Bindung an die deutschen Gebührenordnung  
(freie Arztwahl weltweit - nur sehr wenige Versicherer bieten dies)

ja    nein  
  

## Zahnbehandlung

Die effektivsten Behandlungsmethoden für den Ersatz der natürlichen Zähne gehen in der Regel mit sehr hohen Kosten einher. Ob die Zahnbehandlung oder die Zahnprophylaxe: Alle Therapien weisen unterschiedliche Erstattungsprozentsätze auf. Der Zahntarif sollte möglichst hohe Erstattungsprozentsätze aufweisen, insbesondere für Zahnersatz. Allgemein üblich ist der Ersatz von 100 Prozent der Zahnbehandlungskosten.

Wünschen Sie hohe Erstattungssätze im Bereich der Zahnbehandlung?

ja    nein  
  

Wünschen Sie sich Erstattungen für die Zahnprophylaxe?

ja    nein

## Zahnersatz

Für Zahnersatz, kieferorthopädische Leistungen, Eingliederung von Aufbiss Helfern und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen ist in der Regel eine Selbstbeteiligung vereinbart. Die Erstattungssätze liegen je nach Gesellschaft und Tarif zwischen 60% und 100%. Hochwertige Tarife sehen Leistungen von ca. 80% vor. In einzelnen Fällen ist der Erstattungssatz an den Nachweis von Vorsorgeuntersuchungen gebunden.

Wünschen Sie eine durchschnittliche Erstattung für Zahnersatzmaßnahmen?

ja    nein  
  

Wünschen Sie eine hohe Erstattung für Zahnersatzmaßnahmen?  
(75%-80%)

ja    nein  
  

Lassen Sie 1x jährlich eine Vorsorgeuntersuchung vornehmen oder würden Sie dies tun?

ja    nein  
  

Wünschen Sie sich Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen?

ja    nein  
  

## Inlays

Inlays sind in einem Dentallabor gefertigte Einlagefüllungen. Ein Inlay wird in den präparierten Zahn einzementiert oder eingeklebt. Inlays stellen eine hochwertige und langlebige Alternative zu Füllungen aus Amalgam, Zement oder Kunststoffen (Kompositen) dar. Der Zahnarzt entscheidet sich dann für eine Inlay-Versorgung, wenn der Defekt noch nicht so groß ist, dass eine Krone notwendig wird. Man unterscheidet zwischen ein- und mehrflächigen Inlays - je nachdem, wie viele Seiten des Zahnes betroffen sind.

Ist Ihnen die Versorgung mit Inlays wichtig?

ja    nein

## Implantate

Zahnlücken werden in der Regel durch eine Brücke geschlossen. Alternativ besteht die Möglichkeit, diese durch ein Implantat zu schließen. Implantate werden durch eine künstliche Zahnwurzel in den Kiefer eingebracht und bilden so einen Halt für den eigentlichen Zahnersatz. Je nach Tarif werden die Leistungen in unterschiedlichen Prozentsätzen erbracht. Teilweise bestehen weitere Begrenzungen in Form von maximalen Erstattungsbeträgen oder einer maximalen Anzahl an Implantaten (z.B. 4 Stück im Oberkiefer).

Wünschen Sie sich eine Erstattung für Implantate? ja    nein

Wünschen Sie sich mindestens dieselbe Erstattung wie für Zahnersatz?  
(75%-80%) ja    nein

Würden Sie eine Maximierung der Erstattung akzeptieren?  
(z.B. 6000,- Euro pro Kiefer) ja    nein

Würden Sie eine maximale Anzahl an Implantaten akzeptieren?  
(z.B. 4 Stück je Kiefer) ja    nein

## Zahnstaffel

Bei dem Neueintritt in eine private Krankenversicherung ist es üblich, dass die Kostenübernahme für Zahn- und Zahnersatzbehandlungen in den ersten Jahren begrenzt ist. Dies schützt die Versichertengemeinschaft vor Missbrauch. Die Höhe der Erstattungsbeträge richtet sich in den ersten Jahren nach der Zahnstaffel. Durch diese wird festgelegt, wie hoch die Kostenübernahme in den ersten Versicherungsjahren maximal sein wird. Diese Staffel sollte sowohl von der Höhe als auch von der Dauer her in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Mindesterstattung sollte pro Jahr bei ca. 1.000,- Euro liegen und auf ca. 5 Jahre begrenzt sein. Es gibt allerdings auch Tarife, die auf diese Zahnstaffel verzichten.

Würden Sie eine angemessene Zahnstaffel in den ersten Versicherungsjahren akzeptieren? ja    nein

Wünschen Sie sich direkt von Beginn an den Verzicht auf die Zahnstaffel  
(Achtung! nur sehr wenige Versicherer bieten dies) ja    nein

**Ergänzung zum Beratungsgespräch vom:** \_\_\_\_\_ **für:**

**Person 1:** \_\_\_\_\_

**Person 2:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Person 1**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Person 2**