

Merkblatt zum Beratungsgespräch vom _____ für:

| |
|-----------|
| Person 1: |
| Person 2: |
| Person 3: |
| Person 4: |

Wie wollen Sie im Krankheitsfall behandelt werden?

Hier ermitteln wir wesentliche Anforderungen und geben ein paar grundsätzliche Hinweise.

| Erläuterungen zum Leistungsinhalt | Empfehlung | Ihre Wahl |
|--|---|---|
| <p>1.1 Gebührenordnung (GOÄ / GOZ) Behandlung im Rahmen der deutschen Gebührenordnung Das Honorar für die Behandlung von Privatpatienten wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet. Danach darf die Gebühr in der Regel den 1- bis 2,3fachen Satz betragen. Ein Überschreiten dieses. Gebührenrahmens ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. Dies hat der Arzt oder Zahnarzt auf der Rechnung schriftlich zu begründen. Dann darf das Honorar bis zum Höchstsatz der GOÄ bzw. GOZ mit dem 3,5fachen Satz berechnet werden. Bis zum 3,5fachen Faktor der Gebührenordnungen hat der Patient keinen Einfluss auf die Höhe der berechneten Leistungen und sieht den zugrunde gelegten Faktor im Allgemeinen erst mit Erhalt der Rechnung.</p> | ja <input checked="" type="checkbox"/> | ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>1.2 Gebührenordnung (GOÄ / GOZ) Behandlung mit individueller Honorarvereinbarung Bei besonders schwierigen oder zeitaufwändigen Untersuchungs-, Behandlungs- und Operationsmethoden wird von vielen Ärzten der in den Gebührenordnungen vorgesehene 3,5fache Faktor als nicht mehr ausreichend angesehen. In diesen Fällen kann der Arzt vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten eine individuelle Honorarvereinbarung abschließen. Der Patient muss vor Behandlungsbeginn informiert werden, dass eine Kostenerstattung durch einen Kostenträger ggf. nicht in voller Höhe erfolgt. Der Patient trägt das volle Restkostenrisiko. Patienten, die dieses Restkostenrisiko ausschließen möchten, sollten nur Versicherungsschutz wählen, der eine Erstattung über dem Höchstsatz der GOÄ und GOZ vorsieht. Eine Begrenzung auf einen Höchstfaktor (z.B. 5,0-fach) ist nicht sinnvoll, da auch in diesem Fall ein Restkostenrisiko für den Patienten verbleibt.</p> | ja <input checked="" type="checkbox"/> | ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>1.3 Gebührenordnung (GOÄ / GOZ) keine Einschränkung In Deutschland praktizierende Ärzte sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung an die Abrechnung nach der GOÄ und GOZ gebunden. Diese Gebührenordnungen finden aber nur in Deutschland Anwendung. Wünscht ein Versicherungsnehmer eine weltweite, unbegrenzte freie Arztwahl (also auch den Spezialisten im Ausland), so kommt für ihn nur ein Versicherungsschutz ohne Bindung an die deutschen Gebührenordnungen in Frage, da im Ausland praktizierende Ärzte nicht an diese Gebührenordnungen gebunden sind. Behandlungen im Ausland können sehr teuer werden. Im Ausland steht es einem Arzt frei, sein Honorar zu bestimmen. Es gibt keine gesetzlichen Regelungen oder Vorgaben, auf die sich die Rechnungslegung stützt und der Patient hat in der Regel keine Möglichkeit, die Höhe des Rechnungsbetrages zu beeinflussen.</p> | ja <input checked="" type="checkbox"/> | ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| Erläuterungen zum Leistungsinhalt | Empfehlung | Ihre Wahl |
|---|---|--|
| <p>2. Vorsorge</p> <p>Die frühzeitige Erkennung von Krankheiten sichert eine bessere Heilungschance. Die gesetzlichen Vorsorgeleistungen haben grundsätzlich eine Alters- und Häufigkeitsbegrenzung, sind zweckmäßig, in vielen Bereichen aber nur ausreichend. Viele private Krankenversicherer beschränken ihre Vorsorgeleistungen auf den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen.</p> <p>Eine optimale Vorsorge ist nur gewährleistet, wenn der Versicherer eine Erstattung aller medizinisch notwendigen Vorsorgeleistungen ohne Einschränkungen gewährt.</p> <p>(Einige Versicherer bieten ihren Kunden als Anreiz für die regelmäßige Durchführung der Vorsorgeprogramme eine Erstattung ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung an. Zusätzlich kann der Anspruch auf die erfolgsabhängige Beitragsrückgewähr erhalten bleiben.)</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3.1 Heilmittel (z.B. Ergotherapie)</p> <p>Zu den Heilmitteln gehören physikalische Anwendungen, wie z.B. Krankengymnastik, Massagen, Fangopackungen etc., sowie die Ergotherapie (Bewegungstherapie, z.B. nach schwerem Unfall bei Entwicklungsstörungen bei Kindern) und die Logopädie (Sprachheilbehandlung bei Kindern oder bei Schlaganfallpatienten).</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3.2 Heilmittel (z.B. Logopädie)</p> <p>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.</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Hilfsmittel</p> <p>Der Tarif sollte eine umfassende Aufzählung an kostenintensiven, existenziellen Hilfsmitteln aufweisen. Könnte ein Patient auf einen sprachgesteuerten Krankenfahrstuhl verzichten, wenn es die einzige Möglichkeit wäre ihn mobil zu halten?</p> <p>Teilen Sie die Meinung, dass lebenserhaltende Hilfsmittel wie Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore und Ernährungspumpen bezahlt werden sollten?</p> <p>Ist Heimdialyse ein wichtige Option?</p> <p>Würde ein Patient auf Körperersatzstücke (Epithesen) verzichten können?</p> <p>Brauchen Erblindete einen Blindenhund oder ein Blindenleitgerät?</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Krankentransporte</p> <p>Es gibt ambulante und stationäre Transportkosten. Zwingend ist im ambulanten Bereich die Kostenübernahme des medizinisch notwendigen Transportes bei Gehunfähigkeit zum nächsten geeigneten Arzt. Kostenübernahmen bei Chemotherapien oder Dialysebehandlungen sind mehr als wünschenswert. Im stationären Bereich ist der Versicherungsschutz für den medizinisch notwendigen Krankentransport ohne Eingrenzung (z.B. „in das nächste Krankenhaus“ oder mit einer Kilometerbegrenzung) zwingend erforderlich, damit eine optimale medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. Zahnersatz / Kieferorthopädie</p> <p>Eine sinnvolle und zweckmäßige Zahnversicherungsleistung sollte keinerlei Einschränkung des Versicherungsschutzes auf die Ausführung, das Material von Zahnersatz und die Anzahl von erstattungsfähigen Implantaten beinhalten.</p> <p>Wünscht der Kunde auch in diesem Punkt einen weltweiten Versicherungsschutz und damit die weltweite Zahnarztwahl, so ist ein Tarif ohne Bindung an die Deutsche Gebührenordnung für Zahnärzte zu empfehlen (vgl. Punkt 1).</p> <p>Kieferorthopädische (insbesondere Alterseinschränkungen) und funktionsanalytische Maßnahmen sollten mit dem Kunden besprochen werden.</p> <p>Sowohl Staffeln als auch Höchstgrenzen sind nicht grundsätzlich ein Problem, da die GKV in Ihrem Leistungsvermögen im Regelfall schlechter ist.</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

| Erläuterungen zum Leistungsinhalt | Empfehlung | Ihre Wahl |
|--|---|--|
| <p>7. „Gemischte Anstalten“</p> <p>„Gemischte Anstalten“ sind Krankenhäuser, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.</p> <p>Nach § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen besteht ein Leistungsanspruch in diesen Krankenanstalten nur, wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich seine Leistung zugesagt hat. Der Ausschluss der Behandlung in so genannten „Gemischten Anstalten“ (ohne vorherige Zusage) hat den Zweck, den Versicherer von der nachträglichen Überprüfung zu befreien, ob während des Aufenthalts in einer gemischten Anstalt eine notwendige Heilbehandlung oder - wenn auch nur teilweise - eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung stattgefunden hat.</p> <p>Da Patienten eine solche „Gemischte Anstalt“ nicht erkennen können, folgt für planbare Krankenhausaufenthalte die Notwendigkeit einer Prüfung des Krankenhauses. Entweder über eine Anfrage beim Versicherer oder über:</p> <p>http://www.derprivatpatient.de/der-direkte-weg/dokumentedownloads.html</p> <p>Zur Sicherheit des Versicherungsnehmers sollte der Versicherer die Notfalleinweisung in eine solche Klinik positiv geregelt haben, d.h., der Versicherer kann sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn der Patient als Notfall in eine gemischte Klinik eingeliefert wurde.</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>8. Anschlussrehabilitation (AR) / (AHB) / (AGM)</p> <p>Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte) - Die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus, Heilbehandlung) - Die Rehabilitation (Ermöglichen der Teilhabe am sozialen-/ Arbeits-Leben mit einem körperlichen Gebrechen/ Schaden) <p>Ein wesentlicher Teil der Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation (AR) „Anschlussheilbehandlung“ (AHB/AGM)</p> <p>AR ist eine ganzzeitig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass sie sich unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt. Die Einleitung einer Anschlussrehabilitation erfolgt bereits im Krankenhaus. Das Krankenhaus stellt auch die Erforderlichkeit fest.</p> <p>Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (§ 6 SGB IX).</p> <p>Behandlungen, die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen, übernimmt die Rentenversicherung (Damit nicht mehr bei Rentnern).</p> <p>Die Unfallversicherung zahlt die Reha-Leistungen, wenn diese ursächlich nach einem Unfall am Arbeitsplatz notwendig geworden sind, oder Folge einer Berufskrankheit sind.</p> <p>Die Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist auch zuständig, wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.</p> <p>Nach den MB/KK 2010 ist die PKV von der Leistungsverpflichtung im Bereich der Reha ausgenommen. § 5 MB/KK 2010: „Einschränkung der Leistungspflicht ... für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.“ Mit der Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV verliert der Versicherungsnehmer einen Teil seiner Reha-Ansprüche. Deswegen ist es notwendig, einen Tarif zu erwerben, der zumindest die Anschlussheilbehandlung in seinen Bedingungen zusätzlich einschließt.</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

| Erläuterungen zum Leistungsinhalt | Empfehlung | Ihre Wahl |
|---|---|---|
| <p>9. Kindernachversicherung (mit Einschluss angeborener Anomalien)</p> <p>Neugeborene Kinder von privat Versicherten müssen – in den meisten Fällen – entweder gegen Zusatzbeitrag in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert werden oder haben das Recht auf Aufnahme in die private Krankenversicherung eines privat versicherten Elternteiles.</p> <p>Der Gesetzgeber hat hierzu ein Kindernachversicherungsrecht eingeführt.</p> <p>Im Rahmen einiger juristischer „Spitzfindigkeiten“ besteht ein Streit darüber, ob dieses Recht auch für angeborene Erkrankungen/Anomalien gilt.</p> <p>Ein Teil der privaten Versicherer hat daraufhin klar Stellung bezogen und angeborene Erkrankungen/Anomalien ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen.</p> <p>Ist Ihnen eine solche Erklärung wichtig bzw. scheint sie zumindest sinnvoll?</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10. Garantiertes Umwandlungsrecht (in Zusatzversicherungen für gleichwertige Versorgung bei Eintritt der Pflichtversicherung)</p> <p>Mit Eintritt der Versicherungspflicht kann die Versicherungsfähigkeit erlöschen und der Versicherer kann/muss den Versicherungsvertrag beenden. Damit verliert der Versicherungsnehmer sein Privileg als Privatpatient.</p> <p>Positive Regelungen in den Musterbedingungen ermöglichen es dem Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht, in einen vergleichbaren Ergänzungsversicherungsschutz (ambulant, stationär und Zahn) zu wechseln, um somit sein Privileg als Privatpatient auch bei laufender Behandlung aufrechtzuerhalten.</p> <p>Wo die Option im Falle einer Pflichtversicherung aus Krankheitsgründen seinen Status als Privatpatient zu retten erstrebenswert ist, muss ernsthaft geprüft werden.</p> <p>Im Krankenhaus? In der Zahnmedizin? In der ambulanten Versorgung (Medikamente)?</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>11. Optionsrecht</p> <p>Möglichkeit zur Anpassung des Versicherungsschutzes an den persönlichen, wechselnden Bedarf und die Zahlungsfähigkeit des Kunden.</p> <p>Bietet der Versicherer seinem Kunden höchste Flexibilität in der Wahl des Versicherungsschutzes, angepasst an alle Lebenslagen, und die Möglichkeit, ohne Risikoprüfung und Wartezeit seinen Versicherungsschutz bei Bedarf zu erhöhen?</p> <p>Wie lange gilt das Optionsrecht und unter welchen Bedingungen? 3, 4, 5 oder 10 Jahre? Wann darf der Versicherungsnehmer die Option nutzen (Zeitfenster)? Wünschenswert ist, wenn der Produktgeber auf den Optionszeitpunkt hinweist. In welche Tarife darf der Versicherungsnehmer wechseln?</p> | <p>ja <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |