

Qualifizierte Beratung.



Damit Ihre private Krankenversicherung nicht zum Zufallstreffer wird.

Die richtige Auswahl

Mit dieser Beratungsunterlage können Sie vermeiden, dass es für Sie und Ihre Kunden unangenehme Überraschungen bei der Auswahl des richtigen Angebotes gibt.

Allzu oft wird auch heute noch eine Krankenversicherung nach dem Preis ausgewählt, ohne dass die Leistungen im Detail bekannt sind. Das kann im Leistungsfall zu Problemen führen, wenn selbst grundlegende Leistungen nicht oder nicht ausreichend abgesichert sind. Dieser Leitfaden hilft dies zu vermeiden, indem er die Auswahlkriterien transparent macht.



Die Grundlagen Ihrer Entscheidung

Was eine private Krankenversicherung können sollte und was Ihnen ganz persönlich wichtig ist.

01 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Deutschland

Sollen auch die Kosten für Spezialisten oder Behandler, die Hightechmedizin durchführen und häufig oberhalb der Höchstsätze der Gebührenordnung abrechnen, übernommen werden?
„Behandlungskosten im Ausland“ werden gesondert unter Punkt 5 behandelt.

◯ wichtig ◯ unwichtig

02 Wahlärztliche Behandlung (Spezialist) im Krankenhaus

Ist Ihnen insbesondere im Krankenhaus die Auswahl und Erstattung der Kosten für Behandlungen durch Spezialisten als Alternative zum Stationsarzt wichtig?

◯ wichtig ◯ unwichtig

03 Unterbringung

Wünschen Sie eine Kostenübernahme auch dann, wenn die Unterkunft frei abgerechnet werden kann (das kann z. B. bei Privatkliniken / Privatstationen der Fall sein)? „Behandlungskosten im Ausland“ werden gesondert unter Punkt 5 behandelt.

◯ wichtig ◯ unwichtig

04 Freie Arztwahl ohne Einschränkungen durch Hausarzt- / Primärarzttarife

Zum Facharzt im Regelfall nur mit Überweisung – oft auch im Ausland.
Ist Ihnen eine freie Arztwahl wichtig?

◯ wichtig ◯ unwichtig

05 Gebührenordnung (GOÄ / GOZ) im Ausland

Wünschen Sie, dass auch die Kosten für notwendige Behandlungen im Ausland übernommen werden, selbst wenn diese über den in Deutschland üblichen Summen (GOÄ / GOZ) liegen?

◯ wichtig ◯ unwichtig

06 Reha / Anschlussheilbehandlung (AHB) und Entwöhnungsmaßnahmen

Sollen Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. eine Anschlussheilbehandlung nach einer Akutversorgung) erstattet werden? Soll das auch für entstehende Kosten im Rahmen einer Entwöhnungsmaßnahme gelten?

◯ wichtig ◯ unwichtig

07 Gemischte Anstalten

Möchten Sie, dass auch anfallende Kosten für Behandlungen in Krankenhäusern, in denen z. B. auch Kuren oder Reha-Maßnahmen durchgeführt werden, auch ohne vorherige Genehmigung des Versicherers erstattet werden?

◯ wichtig ◯ unwichtig

08 Kosten für Hospize und Palliativ-Medizin

Ist es Ihnen wichtig, dass Kosten dieser Einrichtungen erstattet werden?

◯ wichtig ◯ unwichtig

09 Heilpraktiker / Naturheilverfahren

Ist es Ihnen wichtig, dass auch Kosten für diese Behandler und Verfahren erstattet werden?

◯ wichtig ◯ unwichtig



10 Hilfsmittel

Sollen alle notwendigen Hilfsmittel möglichst ohne Einschränkungen bezahlt werden?

○ wichtig ○ unwichtig

11 Heilmittel

Möchten Sie neben Leistungen wie Physiotherapie zusätzlich Leistungen von weiteren staatlich anerkannten Angehörigen von Gesundheitsberufen/medizinischen Assistenzberufen (z. B. Ergotherapeut/Logopäde) mitversichert wissen?

○ wichtig ○ unwichtig

12 Ambulante Psychotherapie

Ist Ihnen eine umfangreiche und möglichst nicht begrenzte Kostenerstattung wichtig?

○ wichtig ○ unwichtig

13 Vorsorgeuntersuchungen

Sollen auch sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen gezahlt werden, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur teilweise erstattet werden?

○ wichtig ○ unwichtig

14 Zahnersatz

Wünschen Sie eine umfangreiche Kostenerstattung bei hochwertigem Zahnersatz (z. B. für Implantate, Kronen, Funktionsanalyse, Knochenaufbau im Kiefer)?

○ wichtig ○ unwichtig

15 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Sollen auch Kosten für aufwendige Maßnahmen oder Spezialisten, die über den Höchstsätzen abrechnen (z. B. Implantatversorgung, Chirurgie), erstattet werden? („Behandlungskosten im Ausland“ werden gesondert unter Punkt 5 behandelt.) (z. B. für Implantate, Kronen, Funktionsanalyse, Knochenaufbau im Kiefer)?

○ wichtig ○ unwichtig

16 Krankenversicherungsschutz auch im Ausland – auch dauerhaft

Ist Ihnen ein umfassender Krankenversicherungsschutz auch bei längeren Auslandsaufenthalten (beruflich, privat oder bei Wohnsitzverlegung) wichtig?

○ wichtig ○ unwichtig

17 Umwandlungsrechte

Wünschen Sie eine Umwandlungsmöglichkeit in eine Zusatzversicherung, wenn Sie den PKV-Schutz aufgeben müssen?

○ wichtig ○ unwichtig

18 Krankentransporte (ambulant und stationär)

Wünschen Sie eine Umwandlungsmöglichkeit in eine Zusatzversicherung, wenn Sie den PKV-Schutz aufgeben müssen? Sollen notwendige Transportkosten (z. B. eine Verlegung in eine Spezialklinik) bezahlt werden?

○ wichtig ○ unwichtig

19 Optionsrechte

Sind Ihnen Anpassungsmöglichkeiten (z. B. bei Änderungen des Einkommens durch veränderte Lebensumstände) wichtig?

○ wichtig ○ unwichtig

20 Stabile Kalkulation und Beiträge

Ist es Ihnen wichtig, die Grundlagen für einen stabilen Beitrag zu kennen (z. B. angemessener Rechnungszins, Bildung von Alterungsrückstellungen)?

○ wichtig ○ unwichtig

21 Zusatzleistungen

Legen Sie Wert auf versicherte Zusatzleistungen (z. B. zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, zusätzliche Prävention, Kinderbetreuung im Krankheitsfall)?

○ wichtig ○ unwichtig

Fragen oder Unklarheiten?

Hier finden Sie wichtige Erläuterungen zu den Inhalten bei der Auswahl Ihrer ganz persönlichen privaten Krankenversicherung.

Nicht jeder Auswahlpunkt ist sofort klar oder transparent.
Was kosten einzelne Behandlungen? Welches Risiko geht man ein, wenn bestimmte Punkte gar nicht oder nur unzureichend abgesichert werden? Es gibt viel zu beachten, was auf den ersten Blick nicht immer sofort erkennbar ist. Mit der nachfolgenden Übersicht geben wir Ihnen Beispiele und Hinweise zu jedem einzelnen Punkt. So können Sie Ihre Auswahl noch sicherer und transparenter machen.

01 Gebührenordnung für Ärzte / Zahnärzte (GOÄ / GOZ) in Deutschland

Das Honorar für Ärzte wird bei der Behandlung von Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte / Zahnärzte (GOÄ / GOZ) berechnet. Grundsätzlich kann man die Varianten der Honorarsätze in 3 Stufen unterteilen:



1. Behandlungen ohne erhöhten Aufwand
Hier rechnet der Arzt einen festgelegten Basiswert mit einem von ihm frei wählbaren Faktor bis max. 2,3 ab.

2. Behandlungen mit erhöhtem Aufwand / Besonderheiten
Hier darf der Arzt (mit Begründung) bis zum 3,5-fachen Satz abrechnen – ohne Rücksprachen und in der Regel ohne Zustimmung des Patienten.

3. Behandlung durch Spezialisten
Gerade bei komplizierten Behandlungen oder Behandlungen mit besonders aufwendigen Methoden durch Spezialisten entsteht manchmal ein so großer Aufwand, dass normale Abrechnungen den entstehenden Kosten nicht gerecht werden. Hier kann ein Arzt auch über dem „normalen Höchstwert“ berechnen. Das kann unter Umständen sogar bis über den 10-fachen Satz der Gebührenordnung hinausgehen, z. B. bei Neuro-Chirurgen oder Orthopäden. Hierzu ist allerdings eine gesonderte Vereinbarung mit dem Patienten notwendig.

○ **JA, mir ist wichtig, im Bedarfsfall den besten Arzt wählen zu können.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**
Die den Höchstsatz (3,5-fach) übersteigenden Kosten kann ich selbst zahlen. Mir ist bewusst, dass es im Einzelfall mehrere zehntausend Euro sein können. Im Zweifel verzichte ich auf Hightechmedizin.

Weitere Infos zu den **Arztkosten in Deutschland** erhalten Sie im Beraterclip.

Bitte einfach den QR-Code scannen.

02 Wahlärztliche Behandlung (Spezialist) im Krankenhaus

JA, mir ist wichtig, im Bedarfsfall den besten Arzt wählen zu können.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Mir ist bewusst, dass es im Einzelfall mehrere zehntausend Euro sein können. Im Zweifel verzichte ich auf Hightechmedizin oder die Behandlung durch einen Arzt mit besonderer Kompetenz und Erfahrung.



Grundsätzlich besteht ein Unterschied zwischen wahlärztlicher Leistung und allgemeinen Krankenhausleistungen. Die **allgemeinen Krankenhausleistungen** beinhalten das Leistungsspektrum, das auch gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht. Hier entscheidet das Krankenhaus je nach Schwere und Art der Erkrankung über die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung. Natürlich gilt grundsätzlich: Jeder Patient wird behandelt. Haben Sie sich für **wahlärztliche Leistungen** entschieden, entscheiden Sie selbst, ob sie lieber von einem Spezialisten behandelt werden.

Hier ein klassisches Beispiel:
Der Patient erleidet einen Herzinfarkt und es stehen im Krankenhaus zwei Ärzte vor ihm. Der Spezialist, der die jetzt notwendige OP bereits 500mal erfolgreich durchgeführt hat und der Assistenzarzt. Mit wahlärztlichen Leistungen kann der Patient bestimmen, dass der Spezialist die Behandlung durchführt. Mit allgemeinen Krankenhausleistungen kann der Assistenzarzt mit deutlich geringerer Erfahrung die Operation durchführen.

Wichtig zu wissen:
Der Spezialist rechnet häufig wegen aufwendiger Behandlungen oder auch nur wegen seiner besonderen Kompetenz und Erfahrung nicht innerhalb der Gebührenordnung ab – er berechnet oft mehr als den Höchstsatz (3,5-fach).

03 Unterbringung – was ist, wenn der Wahlarzt in einer Privatklinik arbeitet?

JA, das ist mir wichtig, weil gerade Spezialisten oft in Privatkliniken arbeiten.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Die Kosten von bis zu mehreren tausend Euro werde ich im Fall der Fälle selbst tragen.

Neben der bekannten Unterbringungsalternative im 1-, 2- oder Mehrbettzimmer taucht immer häufiger das Thema der reinen oder mit öffentlichen Krankenhäusern verbundenen Privatkliniken auf. Viele Spezialisten arbeiten genau dort! Sie sind nicht in der Krankenhausbedarfsplanung, also nicht für die Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten zuständig, und dürfen unter Umständen frei vereinbarte Entgelte abrechnen. In diesen Privatkliniken kann die Art der Unterbringung und der Behandlung oftmals frei gewählt werden. Es können so deutlich höhere Kosten entstehen als in Krankenhäusern, die auch gesetzlich Versicherte behandeln.

04 Freie Arztwahl ohne Einschränkungen durch Haus-/Primärarzttarife

JA, mir ist wichtig, dass mir nicht vorgeschrieben wird, zu welchem Arzt ich gehen darf/muss.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Das Risiko von Eigenbeteiligungen bis zu mehreren tausend Euro durch Besuche des „falschen“ Arztes, die ggf. dauerhaft sind, ist mir bekannt.

Haus-/Primärarzttarife fordern vom Versicherungsnehmer eine hohe Disziplin. Suchen Sie auf Grund eigener Entscheidung einen Facharzt (z. B. Urologe, Orthopäde) ohne Überweisung Ihres Hausarztes auf, müssen Sie mit Leistungseinschränkungen (z. B. nur 80 % Erstattung) rechnen. Mindestens bei Notfall- und Bereitschaftsärzten sollte Ihr Versicherer das sogenannte Hausarztmodell außer Kraft gesetzt haben. Zudem ist eine regionale Begrenzung auf Deutschland notwendig.

05 Besonderheit: Gebührenordnung im Ausland (GOÄ/GOZ)

Hier sollten Sie mindestens auf zwei Situationen achten:

1. Akute Erkrankung und Behandlung im Ausland
Selbst eine „normale“ akute Erkrankung im Ausland kann teuer werden, da die Ärzte im Ausland nicht nach der GOÄ/GOZ abrechnen. Es kann sein, dass der deutsche Krankenversicherer keine oder nur eine Teilerstattung leistet.

2. Gezielte Behandlung im Ausland
Wenn der beste Arzt im Ausland arbeitet, ist es erforderlich, dass auch dessen Rechnungen akzeptiert und in vollem Umfang bezahlt werden – auch dann, wenn sie nicht im Rahmen der GOÄ/GOZ erstellt worden sind. Die Kosten können ein Vielfaches des in Deutschland üblichen Satzes betragen (z. B. in den USA). Eine Krankenversicherung, die dies auch der Höhe nach abdeckt, kann sinnvoll sein.

Diese Fragestellungen gelten sowohl für die Bereiche ambulante Versorgung (niedergelassene Ärzte) und stationäre Versorgung (Kliniken) als auch für Zahnärzte.



◯ **JA, es ist mir wichtig, dass auch Rechnungen, die im Ausland entstehen, vollständig bezahlt werden.**

◯ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**
Mir ist bewusst, dass im Einzelfall Kosten von mehreren zehntausend Euro entstehen können. Ich möchte mich aber in keinem Fall im Ausland behandeln lassen.

Weitere Infos zu den **Arztkosten im Ausland** erhalten Sie im Beraterclip.

Bitte einfach den QR-Code scannen.

06 Reha/Anschlussheilbehandlung (AHB) und Entwöhnungsmaßnahmen

Die Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche:

- **die Primärversorgung** (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte)
- **die Akutversorgung** (stationäre Versorgung im Krankenhaus)
- **die Rehabilitation**

Rehabilitationsmaßnahmen sind Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (§ 6 SGB IX). Das gilt sinngemäß auch für Entwöhnungsmaßnahmen.

Wichtig zu wissen:
Reha-Leistungen sind nach § 6 SGB IX Aufgabe der Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenversicherung, Unfall- und Rentenversicherung). Sie müssen nicht zum Leistungsumfang einer privaten Krankenversicherung gehören und sind nach den Musterbedingungen ausdrücklich ausgeschlossen. Bleiben also – wenn keine verbesserten Regelungen im PKV-Tarif vereinbart sind – nur die Rentenversicherung und die Unfallversicherung. Diese sind aber in vielen Fällen, unter anderem auch bei Selbstständigen und Rentnern, nicht zuständig. Häufig sind in der privaten Krankenversicherung entweder gar keine oder nur Teilregelungen vereinbart. So kann eine Anschlussheilbehandlung versichert sein, die restliche Reha aber nicht – z. B. geriatrische Maßnahmen.

◯ **JA, die Kosten für Rehamaßnahmen (z. B. Anschlussheilbehandlung nach Akutversorgungen) sollten, analog zur GKV, übernommen werden, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.**

◯ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**
Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen bis zu mehreren zehntausend Euro.

Weitere Infos zu **AHB** und **Reha** erhalten Sie im Beraterclip.

Bitte einfach den QR-Code scannen.

07 Gemischte Anstalten

○ **JA, mir ist wichtig, dass eine Behandlung in jedem Krankenhaus auch ohne Zustimmung des Versicherers erstattet wird.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Mögliche Kosten von mehreren tausend Euro zahle ich gegebenenfalls selbst.

Hierunter versteht man Krankenhäuser, die neben stationären medizinisch notwendigen Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, Reha-Maßnahmen usw. durchführen. Sofern nichts anderes geregelt ist, leistet der Versicherer hier nur nach vorheriger, schriftlicher Zusage.

Eine gemischte Anstalt lässt sich auf den ersten Blick leider nicht von einem „normalen“ Krankenhaus unterscheiden. Deswegen ist eine Regelung zu bevorzugen, bei der der Versicherte grundsätzlich die Kosten einer Behandlung im Krankenhaus erstattet bekommt, das dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegt. Und das ohne eine direkte Einzelfallzustimmung des Versicherers.

08 Kosten für Hospize und Palliativ-Medizin

○ **JA, das ist mir wichtig.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen.

Obwohl es seit 1997 in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Standard gehört, ist eine Hospizunterbringung im engen Sinne in der privaten Krankenversicherung grundsätzlich nicht versichert, da es sich nicht um eine medizinisch notwendige „Heilbehandlung“ handelt. Gleiches gilt auch für Teile der Palliativ-Medizin.

09 Heilpraktiker / Naturheilverfahren

○ **JA, ich möchte, dass auch Kosten für Heilpraktiker und Ärzte bei Einsatz von Naturheilverfahren erstattet werden.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Ich kenne das Risiko von Eigenbeteiligungen bis zu mehreren tausend Euro.

Bei alternativmedizinischen Behandlungsmethoden können schnell hohe Kosten entstehen – neben den Behandlungskosten z. B. Kosten für Akupunktur, homöopathische Arzneimittel etc.

Auch Heilpraktiker arbeiten nach einer Gebührenordnung. Hier ist es wichtig, dass eine Kostenübernahme mindestens bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) gewährleistet ist.



10 Hilfsmittel

○ **JA, mir ist wichtig, dass im Bedarfsfall alle notwendigen Hilfsmittel möglichst ohne Einschränkungen bezahlt werden.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.** Ich kenne das Risiko, dass im Einzelfall Kosten in Höhe von bis zu mehreren zehntausend Euro entstehen können.

Hilfsmittel dienen vor allem dazu, körperliche Beeinträchtigungen zu mildern oder auszugleichen. Jede Begrenzung oder Einschränkung, die es selbst bei lebenserhaltenden Hilfsmitteln gibt, kann ein hohes, existenzbedrohendes Risiko sein. Hier ist die beste Wahl ein offener Hilfsmittelkatalog ohne Beschränkung auf die Ausführung, so dass nicht zwingend das „günstigste“ Hilfsmittel gewählt werden muss.

Beispiele möglicher Kosten für

- **Hör- / Sprechgeräte (z. B. künstlicher Kehlkopf / Hörgerät):** Hörgeräte können bis zu 5.000 Euro pro Ohr kosten
- **Prothesen / Körperersatzstücke (z. B. nach einem Unfall):** Kosten für eine Beinprothese bis zu 40.000 Euro
- **Cochlea-Implantat-Versorgung einschließlich Rehabilitations-Maßnahmen:** Kosten rund 40.000 Euro
- **Heimdialysegeräte:** Kosten der Geräte bis zu 150.000 Euro p. a.
- **Lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgerät):** Kosten bis zu 10.000 Euro je Hilfsmittel

Weitere Infos zu **Hilfsmitteln** erhalten Sie im Beraterclip.

Bitte einfach den QR-Code scannen.

11 Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören z. B. physikalische Anwendungen (z. B. Krankengymnastik, Massagen) sowie Ergotherapie und Logopädie. Diese von staatlich anerkannten Angehörigen von Gesundheitsberufen oder medizinischen Assistenzberufen (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut oder Logopäde) erbrachten Leistungen sollten möglichst umfassend und ohne Begrenzung oder Einschränkung versichert sein.

Hier einige Beispiele für entstehende Kosten:

- **Logopädie, Ergotherapie und Krankengymnastik nach Schlaganfall:**
  Behandlungsdauer von über 10 Jahren bei schweren Schlaganfällen,
  Kosten von bis zu 15.000 Euro p. a.
- **Schulterbruch nach Unfall:**
  6 Wochen Massagen, Ergotherapie und Krankengymnastik,
  Kosten von ca. 3.000 Euro



○ **JA, mir ist wichtig, dass neben der Leistungen für Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden auch die Kosten anderer staatlich anerkannter Gesundheitsberufe/medizinischer Assistenzberufe übernommen werden.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**
Mir ist das Risiko, dass im Einzelfall Kosten in Höhe von bis zu mehreren zehntausend Euro entstehen können, bekannt.

Weitere Infos zu **Heilmitteln** erhalten Sie im Beraterclip.

Bitte einfach den QR-Code scannen.

12 Ambulante Psychotherapie

Es sollte ausdrücklich die Behandlung durch Psychotherapeuten versichert sein, nicht nur die Behandlung durch einen Arzt. Das ist wichtig, weil die Mehrheit der notwendigen Therapien (z. B. bei Schlafstörungen, Überlastungssyndrom) durch nichtärztliche Behandler erbracht wird. Eine Begrenzung der versicherten Anzahl kann aus Gründen der Beitragsstabilität aber sinnvoll sein.



○ **JA, im Falle einer Traumatisierung oder bei psychosomatischer Erkrankung ist mir eine umfangreiche und möglichst unbegrenzte Kostenübernahme wichtig.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**

13 Vorsorgeuntersuchungen

Es gibt große Unterschiede zwischen gesetzlich eingeführten Programmen und höherwertiger Versorgung.

Einige Beispiele der Einschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung finden Sie hier:

- Darmkrebsvorsorge erst ab 50 Jahren
- Nur bestimmte Vorsorgemaßnahmen in der Schwangerschaft
- Hautkrebsvorsorge erst ab 35 Jahren
- Einschränkungen bei der Häufigkeit der Maßnahmen

○ **JA, umfassende Vorsorge ist mir sehr wichtig.**

○ **NEIN, das ist mir nicht so wichtig.**
Ich kenne das Risiko, bestimmte Vorsorgemaßnahmen selbst zahlen zu müssen.

14 Zahnersatz

JA, mir ist eine möglichst hohe Kostenübernahme für die bestmögliche Behandlung meiner Zähne wichtig.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen bis zu mehreren tausend Euro.

Die Kosten für hochwertigen Zahnersatz erreichen schnell hohe vier- bis fünfstellige Beträge. Allein ein einziger durch ein Implantat ersetzter Zahn kostet schnell 3.000 Euro und mehr. Ihre private Krankenversicherung (PKV) sollte daher im Gegensatz zur Grundversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung oder PKV-Billigtarifen Aufwendungen für hochwertigen, optisch ansprechenden und langlebigen Zahnersatz vorsehen.

Worauf Sie achten sollten:

- angemessene Leistungen schon in den ersten Versicherungsjahren
- keine Begrenzungen bei Implantaten, Inlays
- Altersgrenzen bei Kieferorthopädie
- Einschränkungen durch Preis-/Leistungsverzeichnisse
- Höhe des Erstattungssatzes für Zahnersatz



15 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

JA, das ist mir wichtig.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.

Auch hier gilt (analog der GOÄ) wieder: Gerade bei hochwertigem Zahnersatz oder aufwendigen Behandlungen (z. B. bei Implantatversorgung) rechnen Zahnärzte oft höher als 3,5-fach ab. Und: Bei weltweit gewünschtem Versicherungsschutz ist daher ein Schutz ohne Begrenzung auf die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) notwendig.

16 Krankenversicherungsschutz auch im Ausland – auch dauerhaft (Wohnsitzverlegung)

JA, mir ist in einer globalisierten Welt ein umfassender Krankenversicherungsschutz auch bei längeren Auslandsaufenthalten (privat, beruflich oder Wohnsitzverlegung) wichtig.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Soll der Versicherungsschutz zeitlich unbegrenzt weltweit gelten, bedarf es vertraglicher Sonderregelungen. Das ist insbesondere bei einer Wohnsitzverlegung ins Ausland (innerhalb oder außerhalb der EU) wichtig. Darüber hinaus sind die Regelungen zum vorübergehenden Auslandsaufenthalt (z. B. im Urlaub) und dem Rücktransport aus dem Ausland wichtige Punkte.

Meist gilt bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt, dass der Versicherungsschutz für einen Monat gilt. Bei Erkrankung innerhalb dieses Monats kann auf 2 Monate verlängert werden, wenn der Patient transportunfähig ist. Erkrankt der Kunde nach dem ersten Monat, ist der Versicherer grundsätzlich von der Leistung frei.

Wichtig zu wissen:
Es gibt Tarife, in denen ein Rücktransport, der weit über 10.000 Euro kosten kann, nicht versichert ist!

Wird der Wohnsitz innerhalb der EU dauerhaft verlegt, kann der Kunde seinen Versicherungsschutz beibehalten – allerdings gibt es Tarife, bei denen der Versicherer nur die im Inland fälligen Leistungen erbringen muss. Diese unterliegen der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und können erheblich geringer sein als die Behandlungskosten, die im europäischen Ausland entstehen. Eine Wohnsitzverlegung außerhalb der EU bedeutet häufig das Ende des Schutzes. Hier sind Regelungen wichtig, die dem Kunden Sicherheit geben, ob und in welchem Umfang er seinen Schutz aufrecht erhalten kann.



17 Umwandlungsrechte in eine Zusatzkrankenversicherung – wenn Sie das System wechseln (müssen)

Es kann Gründe geben, durch die die Versicherungspflicht wieder einsetzt, und der Privatversicherte seinen Vertrag beenden kann oder muss. Damit verliert er sein Privileg als Privatpatient. Positive Regelungen in den Bedingungen ermöglichen den Wechsel in einen vergleichbaren Ergänzungsversicherungsschutz – ohne Gesundheitsprüfung und auch bei laufenden Behandlungen.

Hierzu sind einige Rahmenbedingungen beim jeweiligen Versicherer zu beachten:

- Selbst wenn der Versicherer vertraglich ein „Umwandlungsrecht“ garantiert, ist dieses nur dann inhaltlich etwas wert, wenn der Versicherer auch Tarife anbietet, die den gewünschten Ergänzungsversicherungsschutz bieten. Das gilt für stationäre, zahnmedizinische und ambulante Privatbehandlungen. Was ist, wenn der Versicherer in bestimmten Segmenten überhaupt keine oder nur eine leistungsschwache Zusatzversicherung anbietet?
- Einige Versicherer behalten sich ein Kündigungsrecht vor. Das ist immer dann kritisch, wenn der Kunde in einer laufenden Behandlung von einer Vollkostenversicherung in einen Ergänzungsschutz wechselt – der dann gekündigt werden kann.

JA,mir ist wichtig, dass ich meine private Krankenversicherung (PKV) ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine leistungsstarke Zusatzversicherung (analog Privatpatientenniveau) umwandeln kann, wenn der PKV-Schutz aufgegeben werden muss.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Im Krankheitsfall ist mir eine weitere Privatbehandlung nicht so wichtig.



18 Krankentransporte – ambulant und stationär

Kosten für Transporte können sowohl im Rahmen ambulanter als auch bei stationärer Behandlung entstehen. Zwingend im ambulanten Bereich ist die Kostenübernahme bei Gehunfähigkeit zum nächsten geeigneten Arzt. Dies ist z. B. auch wichtig für Transporte bei Chemotherapie und Dialyse. Im stationären Bereich wird unterschieden zwischen Primärversorgung (Notfalleinlieferung) und Sekundärversorgung (Verlegung z. B. in eine Spezialklinik). Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, sollte es hier keine Einschränkungen geben (z. B. „in das nächste Krankenhaus“ oder „bis zu 50 km“).

JA, mir ist wichtig, dass die Kosten für Transporte erstattet werden.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Ich kenne das Risiko von hohen Eigenbeteiligungen bis zu mehreren tausend Euro.

19 Optionsrechte – wenn sich das Leben ändert

Hier geht es um Anpassungsmöglichkeiten des bestehenden Vertrages an veränderte Lebensumstände und die Zahlungsfähigkeiten des Kunden. Je mehr Möglichkeiten Sie haben, umso besser, denn dann bleiben Sie immer flexibel. Neben der Option, den Versicherungsschutz zu bestimmten Zeiten qualitativ ohne Gesundheitsprüfung aufzuwerten, gibt es in einigen Tarifen weitere Möglichkeiten.

Hier einige Beispiele:

- Anpassungsmöglichkeiten bei beruflichen Veränderungen, z. B. Änderung des Einkommens, Auslandsaufenthalt, Wechsel in die Selbstständigkeit
- Absenkung und spätere Wiederherstellung des Beitrags, z. B. bei Pflege- oder Elterzeit, Arbeitslosigkeit
- Optionsrechte bei privaten Veränderungen, z. B. bei Eheschließung oder Scheidung

JA, solche Anpassungsmöglichkeiten sind mir wichtig.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Ich nehme das Risiko, im Fall der Fälle getroffene Vereinbarungen und Verpflichtungen nicht anpassen zu können, in Kauf.

20 Stabile Kalkulation und Beiträge

JA, mir ist wichtig, die Grundlagen für langfristig stabile Beiträge zu kennen.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Mich interessiert nur die heutige Möglichkeit zu sparen – Beiträge im Alter sind mir egal.

Natürlich kann niemand seriös vorhersagen, wie sich die Branche im Ganzen oder die Beiträge für Tarife einzelner Versicherer entwickeln werden. Aber es gibt einige Punkte, die darauf hindeuten, dass sich ein Tarif beitragsstabiler entwickelt als ein anderer Tarif.

Beispiel Rechnungszins:
Das ist der Prozentsatz, mit dem der Versicherer die gebildeten Alterungsrückstellungen kalkulatorisch verzinst. Bei einer Entwicklung wie dem gegenwärtigen Niedrigzinsumfeld kann es erforderlich werden, den Rechnungszins abzusenken. Ein dadurch entstehender Kapitalbedarf muss durch höhere Beiträge der Versicherten ausgeglichen werden.

Beispiel Rückstellungen:
Je mehr Beitragsteile heute zurück gestellt werden, desto mehr Geld steht im Alter für die Stabilität der Beiträge zur Verfügung.

Worauf Sie achten sollten:
Die jeweilige langfristige Entwicklung der Versicherungsbeiträge kann ein guter Indikator sein, ob ein Versicherer dauerhaft stabil kalkuliert.

21 Zusatzleistungen

JA, Zusatzleistungen sind mir wichtig.

NEIN, das ist mir nicht so wichtig.
Ich kenne das Risiko, die Kosten unter Umständen regelmäßig selbst tragen zu müssen.

Es gibt in einigen Tarifen Leistungen, die viele Krankenversicherer nicht haben.

Das sind zum Beispiel:

- Kinderbetreuungspauschalen
- Haushaltshilfen
- Präventionspauschalen
- Häusliche Krankenpflege



Dieser Leitfaden hilft dabei, wesentliche Kriterien und häufig gestellte Fragen in Zusammenhang mit einer privaten Krankenversicherung transparent zu machen, ersetzt aber nicht die individuelle Beratung und das ggf. erforderliche Herausarbeiten individueller Anforderungen. Zu diesem Zweck sollte nachfolgend festgehalten werden, welche weiteren Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf die private Krankenversicherung bestehen.

Was ist Ihnen bei der richtigen Auswahl Ihrer privaten Krankenversicherung außerdem wichtig?



Dokumentation

Die im Rahmen des dokumentierten Gesprächs festgelegten Leistungsinhalte wurden gemeinsam erarbeitet und besprochen.

Dabei handelt es sich um die gewünschten Mindestanforderungen bei der individuellen Auswahl einer privaten Krankenversicherung



für

Name, Vorname

aus

PLZ, Ort

Ort/Datum, Unterschrift des Vermittlers

Ort/Datum, Unterschrift des Kunden



Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie vom beratenden Vertriebspartner.

Sie wurden beraten von:

Stand 09.22