

Fragebogen und Beratungsprotokoll für Private Krankenversicherung

Beratung erfolgte durch	
Datum der Beratung	
Beratung für Name, Vorname	
Strasse, Haus-Nr.	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Berufliche Ausbildung	
Ausgeübter Beruf	
Status	
Ort der Beratung	
Weitere anwesende Personen	
Verwendete PKV-Vergleichsprogramme	
Bisherige Versicherung (bei PKV Gesellschaft und Tarife)	
Grund für den Wechsel	
Ziele und Motive	
Zukünftig mögliche Aufenthaltsländer	

www.wingerter-maikammer.de Jochen Wingerter

Folgende Gesellschaften sind nicht Gegenstand der Beratung, aber ggf. in den Ausdrucken der Vergleichssoftware enthalten:

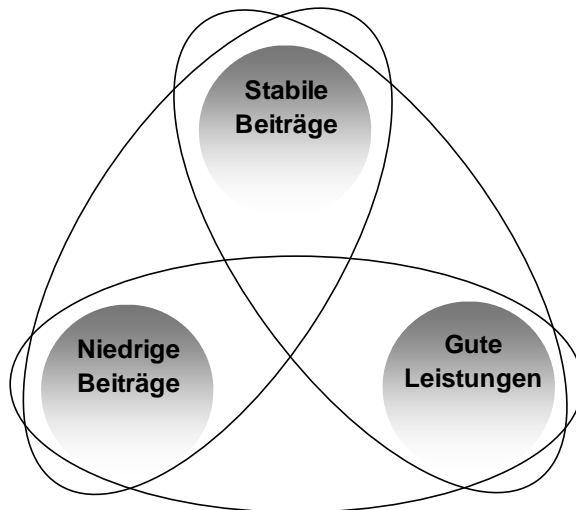
DeBeKa	
HUK-Coburg	
LVM	
Mecklenburgische	
Pax-Familienfürsorge	

Folgende Gesellschaften werden vom Berater überwiegend präferiert:

Die überwiegende Empfehlung für bestimmte Gesellschaften hat folgenden Grund:

1.1. Spannungsdreieck

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung (auch Wechsel des Systems von GKV zu PKV):



Jeder Tarif kann nur zwei Bedürfnisse befriedigen!

Spannungsdreieck © CIP-Rating GmbH und Thorulf Müller

Besonders wichtig ist mir: _____

Am ehesten verzichten kann ich auf: _____

Ich bin Existenzgründer und will zuerst nur niedrige Beiträge. Die Auswahl der Krankenversicherung bezieht sich vorerst auf mögliche Zieltarife, nicht auf die anzuwendenden Einsteigertarife

Die zukünftige Beitragsstabilität ergibt sich aus der kalkulierten Zuführung zur Alterungsrückstellung und einer auskömmlichen Prämie. Weitere Einflussfaktoren sind die wirtschaftliche Substanz und die Erträge, die ein Versicherer erwirtschaftet und zur Limitierung von Beitragsanpassungen in der Zukunft aufwenden muss oder kann. Aufwenden muss der Versicherer die Überzinsen der Alterungsrückstellung zu 90%, aufwenden kann der Versicherer das versicherungsgeschäftliche Ergebnis und 10% der Überzinsen sowie die sonstigen Erträge zu mindestens 80%, wobei er einen Teil zur Barausschüttung verwenden kann. Zusätzlich kann die zukünftige Beitragsstabilität durch Beitragsentlastungstarife, einer zusätzlichen Besparung in der PKV oder eigene Vorsorge erzeugt werden.

Niedrige Beiträge ergeben sich aus einem aktuellen Preisranking, wobei niedrige Beiträge in der Zukunft höhere Beitragsanpassungen auslösen können. Diese höheren Beitragsanpassungen werden, in Prozent gemessen, immer besonders extrem wirken. Einsteigertarife sind so kalkuliert, weil ein dauerhaftes Verbleiben in den Tarifen nicht vorgesehen und kalkuliert ist. Niedrige Beiträge können auch durch den Verzicht auf umfangreiche und umfassende Leistungen erzeugt werden.

Gute Leistungen sind relativierbar, weil das subjektive Empfinden unterschiedlich sein kann. Die Möglichkeit umfassender Leistungen führt oft auch zu einer entsprechenden Inanspruchnahme. Hohe Leistungen definieren sich nicht aus 1- oder 2-Bett-Zimmer Absicherung, niedrigen Selbstbehalten oder hohen prozentualen Erstattungen für Zahnersatz. Ein anderer Aspekt sind die existenziellen Risiken, die subjektiv nicht beeinflusst werden können und regelmäßig hohe Kosten verursachen. Beispielhaft sind hier Krebsbehandlungen, Transplantationen, lebenserhaltende Kontroll- und Behandlungsgeräte, Fahrtkosten, ärztliche Leistungen etc.

1. 2. Systemunterschied GKV - PKV

Die wesentlichen Unterschiede zwischen GKV (Gesetzliche Krankenkasse) und PKV (Private Krankenversicherung) sind in folgenden Punkten zu sehen:

Kassenpatient

Der Kassenpatient ist Teil eines geschlossenen Systems zugelassener Behandler (Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Psychotherapeuten, Heilhilfsberufe, Krankenhäuser etc). Die Behandler sind über den Leistungsumfang, den sie erbringen und abrechnen dürfen, informiert. Sie bieten dem Kassenpatienten auch Leistungen an, die nicht Teil des Versorgungssystems sind, müssen ihn aber explizit auf die fehlende Erstattungsfähigkeit durch die Kassen hinweisen. Der Leistungsumfang ist variabel und kann jederzeit vom Gesetzgeber verändert werden; dies nicht nur zum Nachteil des Kassenpatienten, aber überwiegend. Die finanziellen Belastungen durch Zuzahlungen und Gebühren sind maximiert.

Der Beitragssatz der Kassen hängt neben den Änderungen der tatsächlichen Behandlungskosten auch vom Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen, zwischen Berufstätigen und nicht Erwerbstätigen sowie vom durchschnittlichen Einkommen der Erwerbstätigen ab.

Die Beiträge steigen, wenn:

- die Kosten steigen,
- die Zahl der Kranken oder Alten steigt,
- die Zahl der Jungen oder Gesunden sinkt,
- die Lebenserwartung zunimmt,
- neue teure Behandlungsmethoden entwickelt werden,
- viele junge Versicherte mit hohen Beiträgen und niedrigen Kosten ausscheiden,
- die Zahl der sozial Bedürftigen oder der Personen mit niedrigen Einkommen steigt,
- die durchschnittlichen Löhne langsamer steigen als die durchschnittlichen Behandlungskosten,
- der Gesetzgeber eingreift,
- durch den Ausbau versicherungsfremder Leistungen,
- durch die Kürzungen von Beiträgen der Leistungsempfänger anderer Sozialversicherungszweige
- etc.

Privatpatient oder besser: Selbstzahler

Der Selbstzahler kann alle Leistungen in Anspruch nehmen, die er wünscht oder für die er einen Auftrag erteilt. Ob die dafür in Rechnung gestellten Kosten versichert sind, das ist dem Behandler letztendlich egal. Die Kosten sind - soweit sie richtig erbracht und richtig berechnet sind - vom Selbstzahler zu tragen.

Oft wird irrtümlich angenommen, dass die PKV alles bezahlt, was die Krankenkassen zahlen, oder noch mehr. Versichert ist jedoch ausschließlich, was im Vertrag steht.

Der Beitrag ist kalkuliert unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten pro Kopf zu bestimmten Altersgruppen, der durchschnittlichen Lebenserwartung und dem wahrscheinlichen Abgang von Versicherten, die ihre Alterungsrückstellungen dabei vererben. Es ist also nicht möglich, im Durchschnitt mehr aus einer Krankenversicherung an Leistung zu erhalten, als man durchschnittlich einzahlt. Je niedriger der Beitrag, desto niedriger sollte der Leistungsanspruch sein. Ist das Preis-/Leistungsverhältnis überdurchschnittlich gut, stellt sich die Frage, ob die kalkulierten Abgänge und Vererbungseffekte tatsächlich eintreten. Andernfalls müssten die Beiträge in der Zukunft steigen.

Die Beiträge steigen, wenn:

- die Verbleibenswahrscheinlichkeit steigt,
- die Abgangswahrscheinlichkeit sinkt,
- die Kosten steigen,
- die durchschnittlichen Kopfschäden steigen (z. B. durch den Abgang sehr vieler überwiegend guter Risiken – Problematik des fehlenden Neuzugangs und geschlossener Tarife),
- die Lebenserwartung steigt.

Je älter der Kunde ist, desto höher sind die Anpassungen. Das kalkulatorische Gleichgewicht muss aufgrund von Veränderungen wieder ins Gleichgewicht gebracht werden, weil die verbleibende Zeit zum Ausgleich der höheren Kosten immer kürzer wird. In diesem Fall ist es wichtig, dass der Versicherer über ausreichende wirtschaftliche Möglichkeiten verfügt, die Beitragsanpassungen zu begrenzen (zu limitieren).

1.3. Folgende Leistungsinhalte sind mir wichtig:

Selbstbehalt zwischen		Euro und		Euro
Ambulante Heilbehandlung				
Ambulante und stationäre Heilbehandlung				
Ambulante und zahnärztliche Behandlung inkl. Zahnersatz und Kieferorthopädie				
Alle Leistungsbereiche der Versicherung				

Der Selbstbehalt soll für folgende Bereiche gelten:

Zahnärztliche Leistungen				
Zahnbehandlung zwischen		% und		%
Zahnersatz zwischen		% und		%
Kieferorthopädie zwischen		% und		%

Unterbringung im Krankenhaus				
Unterbringung im Mehrbettzimmer				
Unterbringung im Zweibettzimmer				
Unterbringung im Einbettzimmer				

Belegärztliche Behandlung				
Wahlärztliche Behandlung				

Flexibilität				
Ich wünsche modulare Tarife für ein Maximum an Flexibilität				
Ich akzeptiere kompakte Tarifstrukturen, die die Flexibilität einschränken				
Ich wünsche einen Einstiegtarif mit Optionsrechten um als Existenzgründer oder in der Familiensituation Liquidität zu generieren				

Tagegeld					
Einkommen	Leistungsbeginn ab		Tag i.H.v.		Euro pro Tag
	Fortlaufende Kosten ab		Tag i.H.v.		Euro pro Tag

Kurleistungen (für Nicht-Pflichtmitglieder der GRV ist diese Position von besonderer Bedeutung)

Beitragsentlastung

Pflegergänzung:				
Kosten				
Tagegeld				
Rente				

Krankhaustagegeld (Euro pro Tag):

Sterbegeld in Höhe von (Euro):

1.4. Gesundheitsangaben

Achtung: hier sind alle Behandlungen anzugeben. Es gibt keine Bagatellen. Jeglicher Kontakt mit einem Arzt muss angegeben werden. Sehr oft werden Pilzinfektionen (Genital- oder Fußpilz) u.a. „übliche“ Beschwerden, wie z.B. Hämorrhoiden, Bronchitis, Fettstoffwechselstörungen, Magenschleimhautentzündungen, etc., vergessen. Das sind teilweise Risikoerhebliche Krankheiten, weil sie rezidivierend sind.

Es ist zu empfehlen alle Arztkontakte zu recherchieren und sich dort Kopien der Arztakten zu holen. Oft stehen in den Arztakten aus Gründen der Abrechnung Diagnosen, die Ihnen nicht bekannt sind. Der Arzt muss Ihnen gem. § 10.2 MBO –Ä- Stand 1997 (Musterberufsordnung für Ärzte und Ärztinnen) diese Akten gegen Kosten kopieren.

Körpergröße in cm ____ Körpergewicht in kg ____

Welcher Arzt ist am Besten über meinen Gesundheitszustand informiert:

Tragen Sie eine Brille – bitte Brillenpass kopieren!

Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen – auch Augenarzt) der vergangenen 5 Jahre?
Wenn ja, weshalb, wo, wann, wie lange, Ergebnis, durch wen?

Krankenhausaufenthalte (auch Kur, AHB und Sanatorium) der vergangenen 10 Jahre? Wenn ja, weshalb, wo, wann, wie lange, womit, Ergebnis, durch wen?

Wurden Sie in den vergangenen 3 Jahren von einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden untersucht bzw. behandelt? Wenn ja, weshalb, wo, wann, wie lange, womit, Ergebnis, durch wen?

Fehlen natürliche Zähne die nicht ersetzt sind (außer Weisheitszähne und Lückenschluss)? Wenn ja, welche und wo? Ein zahnärztlicher Statusbericht ist empfehlenswert?

Haben Sie Zahnersatz (Brücken, Implantate, Kronen) Wenn ja, welche und wo? Ein zahnärztlicher Statusbericht ist empfehlenswert?

Fanden in den vergangenen 10 Jahren Beratungen oder Behandlungen bei Psychologen oder Psychotherapeuten statt oder bestanden psychosomatische oder psychische Beschwerden? Wenn ja, weshalb, wo, wann, wie lange, Ergebnis, durch wen?

Fanden Behandlungen wegen Drogenmissbrauch oder –konsum statt?

Wurde eine HIV Infektion festgestellt?

Gibt es Behandlungen oder Untersuchungen, die angeraten bzw. empfohlen sind und nicht durchgeführt wurden bzw. erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden sollen

Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen angeraten oder empfohlen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche, welche Dosierung, wie oft und weshalb? (Die AntiBabyPille ist auch dann anzugeben, wenn sie zur Verhütung eingenommen wird. Zahlt die Kasse die Pille?)

Bestehen körperliche Gebrechen, Anomalien, chronische Leiden, Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Schwerbehinderung? (Achtung, eine einmal vorgefallene Bandscheibe fällt in der Regel nicht zurück!)

2. Leistungskataloge und existenzielle Risiken

2.1 Ärztliche und zahnärztliche Leistungen – Höhe der Absicherung

Ärztliche (ambulant und stationär) und zahnärztliche Leistungen stellen zurzeit 42 % aller Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung dar:

- ambulant 24,86 %,
- stationär Chefarzt 11,6 %,
- Zahnarzt ohne Zahnersatz 5,6 %.

Privatpatienten sind Selbstzahler und entscheiden selbst über die Höhe Ihrer Absicherung.

Grundlage ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). Ärzte und Zahnärzte rechnen in der Regel den Regelhöchstsatz in Höhe des 2,3-fachen für persönliche, des 1,8-fachen für technische (muss nicht der Arzt persönlich erbringen) und des 1,15-fachen für Laborleistungen ab. Mit einer Begründung können sie einzelne Positionen bei persönlichen Leistungen bis zum 3,5-fachen und bei technischen Leistungen bis zum 2,5-fachen abrechnen. Für diese Erhöhung der Abrechnung muss keine Zustimmung des Patienten erfolgen.

Bei stationären Behandlungen durch entsprechende medizinische Kapazitäten, aber auch aufgrund der besonderen Umstände, können Ärzte Honorarvereinbarungen treffen und die Höchstsätze außer Kraft setzen. Die Rechtsprechung sieht aber Einzelvereinbarungen, die das fünffache bei persönlichen Leistungen überschreiten, als kritisch an. Im Krankenhaus ist nicht nur die Behandlung durch den Chefarzt, sondern auch durch Belegärzte zu beachten.

Rechnungen	Ambulant	Stationär	Zahnärztlich
in mind. 1 Position über Höchstsatz	0,21 %	1,00 %	1,95 %
genau zum Höchstsatz	4,95 %	26,27 %	24,04 %
zwischen Regelhöchstsatz und Höchstsatz	1,89 %	3,22 %	14,59 %

Bei zahnärztlichen Behandlungen ist das Verhalten der Behandler u. U. kritischer zu betrachten, weil es hier um subjektive und weniger um lebenserhaltende Maßnahmen gehen könnte.

Mir reicht eine Absicherung bis zum Regelhöchstsatz in den nachfolgend genannten Fällen völlig aus:

Ambulante ärztliche Leistung	<input type="checkbox"/>
Zahnärztliche ambulante Leistung	<input type="checkbox"/>
Stationäre ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Mir ist bewusst, dass ich ggf. höhere Abrechnungen selbst zahlen muss und der Versicherer nur bis zum Regelhöchstsatz erstattet!

Ich wünsche die Absicherung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung in folgenden Fällen:

Ambulante ärztliche Leistung	<input type="checkbox"/>
Zahnärztliche ambulante Leistung	<input type="checkbox"/>
Stationäre ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Ich möchte, dass in folgenden Bereichen auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung hinaus geleistet wird:

Ambulante ärztliche Leistung	<input type="checkbox"/>
Zahnärztliche ambulante Leistung	<input type="checkbox"/>
Stationäre ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

--

Mir ist bewusst, dass Honorarvereinbarungen strengen rechtlichen Rahmenbedingungen unterliegen und der Versicherer trotz der Honorarvereinbarung die Kosten einer solchen Honorarvereinbarung nicht voll erstattet. In diesen Fällen bin ich auch nicht vollumfänglich zur Bezahlung der Rechnung verpflichtet. Es ist sinnvoll, die Honorarvereinbarung im Vorfeld mit dem Versicherer abzustimmen.

Folgende Aussagen wären für mich wichtig bzw. akzeptabel:

Versichert sind nur die grundsätzlich in der GOÄ/GOZ aufgeführten Positionen
Ärztliche Leistungen im Ausland sollen unabhängig von der GOÄ zu 100% erstattet werden

2.2. Primärarztmodell

In jüngerer Zeit werden Tarife immer häufiger mit so genannten Primär- oder Hausarztmodellen ausgestattet. Der Schadenverlauf soll dadurch günstiger sein, was aber bis heute nachhaltig nicht bewiesen ist.

Fakt ist, dass Kunden, die sowieso überwiegend das Primärarztprinzip einhalten würden eher solche Tarife abschließen und damit die bisherige Kostenentlastung gegenüber Dritten in herkömmlichen Tarifen entfallen. Diese werden oder wurden dementsprechend teurer.

Primär- oder Hausarztprinzip bedeuten, dass der Kunde sich verpflichtet immer erst den Haus- oder Primärarzt aufzusuchen und nur bei entsprechender Überweisung einen Facharzt zu konsultieren.

Primärarztprinzip bedeutet, dass die Erstbehandlung durch einen praktischen Arzt, einen Facharzt für Allgemeinmedizin, einen Gynäkologen, Frauen-, Kinder- oder Augenarzt oder Rettungs- bzw. Bereitschaftsärzte durchgeführt wurde.

Bei einem Hausarztprinzip gilt i.d.R. das Gleiche, wobei der Hausarzt namentlich vor der ersten Inanspruchnahme oder bei Antragstellung bekannt zu geben ist! Ein echtes Hausarztprinzip würde auf einen namentlich genannten Arzt aus einer Auswahlliste des Versicherers reflektieren.

Die Rechtsfolgen sind ebenfalls unterschiedlich. Die Kürzung beträgt zurzeit zwischen 20 und 25%. Teilweise gilt dies für die Behandlungskosten des Arztes, teilweise auch für die Verordnungen des Arztes in unterschiedlichem Umfang (Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, Psychotherapie, Fahrten, etc.)

Bei einigen Gesellschaften gilt die Kürzung für längstens 6 Monate, bei anderen für die Behandlung und Verordnung ohne Überweisung, andere sprechen jedoch auch von den Kosten der Erst- und der Folgebehandlungen, was erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen kann, wenn ein Versicherungsfall, z.B. Diabetes, bei Verletzung des Primärarztprinzips festgestellt wird. Dieser Versicherungsfall dauert i.d.R. lebenslang an; damit auch die Kürzung für alle Kosten aus der Behandlung dieser Krankheit.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Psychotherapie
Ich will Fachärzte ohne Überweisung direkt aufsuchen können
Ich akzeptiere ein Primärarztmodell
Ich akzeptiere ein Primärarztmodell mit namentlicher Nennung des Hausarztes
Eine Kürzung von 20% kann ich akzeptieren
Eine Kürzung von 25% kann ich akzeptieren
Die Kürzung darf nur für Arzt und Arznei- und Verbandmittel gelten
Die Kürzung darf auch für alle anderen Leistungsarten im ambulanten Bereich gelten
Die Folgen müssen nach spätestens 6 Monaten repariert werden können
Die Folgen dürfen sich nur auf Behandlungen und Verordnungen beziehen, die ohne Überweisung stattgefunden haben
Die Folgen dürfen unbegrenzt sein

2.3. Arznei- und Verbandmittel (A+V-M)

Kosten für Arznei- und Verbandmittel sind immer auszulegen. Die Kosten stellen über 10% der Leistungsausgaben privater Krankenversicherer im Bereich der Krankenversicherung dar. Zu den Arznei- und Verbandmitteln werden teilweise auch Inkontinenzartikel und Stomaversorgung gerechnet, obwohl beides Hilfsmittel sind.

Auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind Arzneimittel, wenn diese in der Arzneimittelverordnung aufgeführt sind. Hier hat der Gesetzgeber im Oktober 2005 in erheblichem Umfang gekürzt. Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind bei der enteralen bzw. parenteralen Ernährung wichtig:

- Die enterale Ernährung ist medizinisch notwendig, wenn ein Mensch noch verdauen, aber nicht mehr schlucken kann (Kehlkopf-, Speiseröhren-, Zungenbodenkrebs etc.).
- Die parenterale Ernährung ist medizinisch notwendig, wenn man schlucken, aber nicht verdauen kann (Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Diabetes Mellitus, Bauchspeicheldrüsenkrebs etc.).

Es können Kosten bis zu 30.000 Euro pro Monat entstehen.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Arznei- und Verbandmittel	
Mir reicht die Versicherung verschreibungspflichtiger A+V-M	<input type="checkbox"/>
Es sollen alle im AMG aufgeführten und verordneten A+V-M versichert sein	<input type="checkbox"/>
Es sollen alle verordneten A+V-M versichert sein	<input type="checkbox"/>
Mit einer Kürzung bin ich einverstanden, wenn A+V-M bei regelmäßiger Verordnung nicht bei einer vom Versicherer genannten Bezugsquelle bezogen werden	<input type="checkbox"/>
Mit einer Kürzung bin ich einverstanden, wenn trotz möglicher Generikaversorgung Originalpräparate verwendet werden	<input type="checkbox"/>
A+V-M können ausgeschlossen werden	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit einem zusätzlichen Selbstbehalt für A+V-M einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere eine prozentuale Selbstbeteiligung für A+V-M ohne Maximierung	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere eine prozentuale Selbstbeteiligung für A+V-M mit einer Maximierung	<input type="checkbox"/>
Medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden (z. B. bei Enzymmangel, Morbus-Crohn, Mukoviszidose) zu vermeiden, sollen versichert sein	<input type="checkbox"/>
Enterale Ernährung soll ausdrücklich genannt sein	<input type="checkbox"/>
Parenterale Ernährung soll ausdrücklich genannt sein	<input type="checkbox"/>
Stärkungsmittel oder erektionsfördernde Mittel dürfen nicht ausgeschlossen sein	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

2.4. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind laut §33 SGB V Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Hierbei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß §12 zu beachten.

Es gibt unterschiedlichste Kataloge. Versichert ist, was genannt ist. Einige Versicherer nennen zusätzliche Leistungen in Prospekten. Dabei ist nur zu beachten, dass die Prospekte aufgehoben werden müssen.

Versichert werden z. B. lebenserhaltende Kontroll- und Behandlungsgeräte (z. B. Ernährungspumpen, Beatmungsgeräte, nCPAP [Schlafapnoe-] Geräte, Heimdialyse etc.). Das kann offen formuliert sein, einzeln benannt werden und ggf. mit einem Hilfsmittelmanagement (Versicherer stellt Hilfsmittel zur Verfügung) verbunden sein.

Auch technische Hilfsmittel können genannt sein (z. B. Krankenfahrstühle - nicht Rollstuhl, das wäre schon eine Einschränkung -, Prothesen, Hör- und Sprechgeräte, Körperersatzstücke, orthopädische Schuhe, Blindenhilfsmittel wie Blindenstock, Lesegeräte, Blindenleitgeräte, Blindenhund sowie Inkontinenzartikel und Stomaversorgung). Hilfsmittel sind auch Gegenstand der Pflegepflichtversicherung, aber dort nur die Hilfsmittel, die dem Pfleger helfen, die versicherte Person zu pflegen.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Hilfsmittel	
Hilfsmittel müssen nicht versichert sein	<input type="checkbox"/>
Mir reicht ein ausschließlicher Hilfsmittelkatalog ohne lebenserhaltende Kontroll- und Behandlungsgeräte	<input type="checkbox"/>
Die lebenserhaltenden Kontroll- und Behandlungsgerte sollen überwiegend genannt sein	<input type="checkbox"/>
Die lebenserhaltenden Hilfsmittel sollen offen genannt sein	<input type="checkbox"/>
Die technischen Hilfsmittel sollen offen genannt sein	<input type="checkbox"/>
Körperersatzstücke sollen genannt sein	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere grundsätzlich Summenbegrenzungen	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere Summenbegrenzungen für Hörgeräte	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere Summenbegrenzungen für Prothesen	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere Summenbegrenzungen für Krankenfahrstühle	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere andere Einschränkungen für Krankenfahrstühle	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit einem zusätzlichen Selbstbehalt für Hilfsmittel einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere prozentuale Selbstbeteiligungen ohne Maximierung	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere prozentuale Selbstbeteiligungen mit Maximierungen	<input type="checkbox"/>
Stomaartikel sollen ausdrücklich genannt sein	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel sollen ausdrücklich genannt sein	<input type="checkbox"/>
Ich will kein Hilfsmittelmanagement	<input type="checkbox"/>
Orthopädische Schuhe sollen umfassend versichert sein	<input type="checkbox"/>
Bei orthopädischen Schuhen kann ich Maximierungen akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Blindenhilfsmittel sollen genannt sein	<input type="checkbox"/>
Bei Blindenhilfsmitteln kann ich Einschränkungen akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel können auch nur alle drei Jahre oder seltener erstattungsfähig sein	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

2.6. Fahrten – ambulant und stationär

Das Thema Fahrten im Bereich der ambulanten Versorgung ist ein sehr oft unterschätztes Risiko. Bei Dialysebehandlungen, Chemotherapie und Tiefenbestrahlung kommen sehr oft hohe Fahrtkosten auf die versicherte Person zu, die bis zu 15.000 Euro pro Jahr betragen können. Insbesondere bei Dialysepatienten entstehen diese Kosten teilweise über mehr als 10 Jahre. Wohnt die versicherte Person in einer Stadt, können die Kosten deutlich geringer sein, als wenn man weit von entsprechenden medizinischen Zentren entfernt wohnt. Aber auch in diesem Fall können die Fahrten bis zu dreimal wöchentlich und in 52 Wochen des Jahres erhebliche finanzielle Belastungen darstellen.

Einige Versicherer leisten darüber hinaus oder anstatt dessen für die Fahrtkosten bei ärztlich festgestellter Gehunfähigkeit. Diese Leistung gibt es auch im Bereich der zahnärztlichen Heilbehandlung. Einige Versicherer zahlen nur für die Fahrt in Notfällen oder bei Unfällen, teilweise auch nur zur Erstbehandlung oder bei ambulanten Operationen. Es kann „zum“ oder „zum und vom“ genannt sein oder Transporte (setzen ein Transportfahrzeug und die medizinische Notwendigkeit dafür voraus) statt Fahrten.

Auch im stationären Bereich sind Fahrtkosten von Bedeutung. Es gibt Fälle, in denen die Kosten abgelehnt wurden, nachdem keine stationäre Aufnahme nach Notfalleinweisung ins Krankenhaus erfolgte, weil die Kosten ambulanter Fahrten und Notfalltransporte nicht versichert waren. Selbst wenn es zu einer stationären Aufnahme kommt, gibt es Einschränkungen:

- zum Krankenhaus,
- zum und vom Krankenhaus,
- im Rettungswagen,
- im Rettungswagen und im Rettungshubschrauber.

Medizinisch notwendige Transporte zum und vom

- nächst erreichbaren,
- geeigneten,
- grundsätzlich geeigneten,
- erforderlichen,
- behandlungsfähigen Krankenhaus.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Fahrten im Bereich ambulanter und stationärer Versorgung	
Fahrten bei ärztlich festgestellter Gehunfähigkeit zum und vom Arzt	<input type="checkbox"/>
Fahrten zum und vom Arzt bei Dialyse, Chemotherapie und Tiefenbestrahlung	<input type="checkbox"/>
Fahrten bei Unfall und Notfall zur Erstversorgung	<input type="checkbox"/>
Fahrten zur ambulanten Operation	<input type="checkbox"/>
Zum und vom Krankenhaus bis zu 100 km	<input type="checkbox"/>
Zum und vom nächst erreichbaren behandlungsfähigen Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Zum und vom nächst erreichbaren grundsätzlich geeigneten Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Zum und vom nächst erreichbaren erforderlichen Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Zum und vom nächst erreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Rettungswagen reicht	<input type="checkbox"/>
Rettungshubschrauber soll genannt sein	<input type="checkbox"/>
Medizinisch notwendige Transporte zum und vom Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Fahrten zum und vom Zahnarzt bei ärztlich festgestellter Gehunfähigkeit	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

2.7. Psychotherapie

Ein hochgradig subjektives Risiko, das aber in vielen Fällen ein existenzielles Risiko absichert. Viele Menschen schieben den Gedanken weit von sich, was falsch ist, weil jeder in Situationen geraten kann, in denen er professionelle Hilfe benötigt.

Im Bereich der ambulanten Psychotherapie sind die unterschiedlichen Therapien und die vorherige schriftliche Leistungszusage zu beachten. Auch bei den möglichen Therapeuten gibt es Einschränkungen: versichert ist i.d.R. immer die Behandlung durch Ärzte und Fachärzte. Die Behandlung durch approbierte psychologische Psychotherapeuten, Jugend- und Kinderpsychotherapeuten, Psychosomatiker etc. ist nur dann versichert, wenn es ausdrücklich im Vertrag genannt ist.

Teilweise werden Sitzungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage versprochen. Das ist irreführend, weil dann die medizinische Notwendigkeit nachträglich in Frage gestellt werden kann. Die Behandlung und der Behandler sollten im Vorfeld mit der Versicherung abgestimmt werden. Wichtig ist auch, dass das diagnostische Verfahren, die probatorischen Sitzungen, Tests, Anamnesestunden und die Gutachtenerstellung unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit der Psychotherapie erstattungsfähig sind, solange die ambulante Psychotherapie nicht ausgeschlossen ist.

Neben der ambulanten ist auch die stationäre Psychotherapie zu beachten. Im Jahr 2004 wurde fast 1 Million Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen stationär eingewiesen. Nicht bei allen wurde eine stationäre Psychotherapie durchgeführt (notwendig z. B. bei Bulimie, Magersucht, Depressionen, drogenindizierten Wahrnehmungsstörungen etc.). Bei der stationären Psychotherapie sprechen wir von ca. 25.000 Euro Kosten pro Monat. Die Behandlung Erwachsener dauert im Durchschnitt 6, die der Kinder und Jugendlichen 3 Monate.

Neben der akzeptablen vorherigen schriftlichen Zusage, gibt es auch Einschränkungen für maximale Leistungstage pro Jahr (zwischen 20 und 30) oder prozentuale Selbstbehalte, was angesichts der Kosten eine existenzgefährdende Entscheidung sein kann. Zu beachten ist, dass psychische Kliniken sehr oft so genannte gemischte Anstalten sein können. Hier ist vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erforderlich. Bitte klären Sie diese Behandlungen immer ab, wenn die stationäre Aufnahme planbar ist.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Psychotherapie	
Die ambulante Psychotherapie kann ausgeschlossen sein	<input type="checkbox"/>
Mir reichen 20-30 Sitzungen pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Mir reichen 50 Sitzungen pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere eine vorherige schriftliche Leistungszusage	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere steigende prozentuale Selbstbeteiligungen zur Senkung des subjektiven Risikos	<input type="checkbox"/>
Die stationäre Psychotherapie soll vollumfänglich versichert sein	<input type="checkbox"/>
Bei einer stationären Psychotherapie in gemischten Anstalten ist die vorherige schriftliche Leistungszusage kein Hindernis	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere eine Einschränkung bis maximal 30 Tage für stationäre Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere eine prozentuale Selbstbeteiligung bei stationärer Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

2.8 Stationäre Heilbehandlung – Krankenhaus

Oft wird angenommen, dass die PKV die Behandlungskosten aller Krankenhäuser erstattet. Das ist nicht richtig. Die PKV erstattet nur, soweit das Krankenhaus bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Darüber hinaus wird für Krankenhäuser, die auch Kuren, Sanatoriumsbehandlungen durchführen und Rekonvaleszente aufnehmen (gemischte Anstalten) nur dann geleistet, wenn vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt wurde. Es gibt über 600 gemischte Anstalten bei 2.500 Krankenhäusern in Deutschland. Die Zahl der gemischten Anstalten wird laut McKinsey-Krankenhausreport steigen, die Zahl der Krankenhäuser gleichzeitig aber sinken.

Auch bei Entwöhnungs-, Entzugs- und Suchtbehandlungen kann ein Leistungsausschluss bestehen. Anschlussheilbehandlungen (AHB) sind nicht zwangsläufig medizinisch notwendige Heilbehandlungen. Es gibt einen nicht verbindlichen Empfehlungskatalog des PKV Verbandes. Einige Versicherer regeln den Leistungsfall AHB in den Bedingungen. Zu beachten ist, dass ggf. Rentenversicherungsträger vorleistungspflichtig sein können.

Ein weiterer Aspekt sind Privatkliniken, die weder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV), dem Krankenhausentgeltgesetz (KEG) noch dem Fallpauschalengesetz (FPG) unterliegen. Hier werden teilweise höhere Kosten abgerechnet. Einige Versicherer erstatten nur das, was nach BpflV, KEG oder FPG abrechnungsfähig gewesen wäre.

Krankenhausaufenthalte sind gemäß § 9.1 innerhalb von 10 Tagen dem Versicherer anzuzeigen. Einige Versicherer verzichten ganz oder teilweise (außer bei gemischten Anstalten) auf diese Pflicht der versicherten Person.

Darüber hinaus ist das Clinic Card Verfahren zu beachten, an dem nicht alle Versicherer teilnehmen. Durch die Clinic Card werden einerseits die Kosten direkt zwischen Versicherer und Krankenhaus abgerechnet, andererseits wird sichergestellt, dass dieses Krankenhaus unter die erstattungsfähigen Krankenhäuser fällt. Die Pflicht zur Meldung gem. § 9.1 wird dadurch erfüllt.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Stationäre Heilbehandlung – Krankenhaus	
Ich kann einen Leistungsausschluss bei Entwöhnung, Entzug und Sucht akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Ich kann eine vorherige schriftliche Leistungszusage bei gemischten Anstalten akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass der Versicherer bei Notfalleinweisungen auf die vorherige schriftliche Leistungszusage verzichtet	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass der Versicherer für das einzige Versorgungskrankenhaus am Wohnort des Versicherten auf die vorherige schriftliche Leistungszusage verzichtet	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass der Versicherer bei medizinisch notwendigen Heilbehandlungen die während eines Kur- oder Sanatoriumsaufenthaltes notwendig werden auf die vorherige schriftliche Leistungszusage verzichtet	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass der Versicherer grundsätzlich auf die vorherige schriftliche Leistungszusage verzichtet, wenn nur medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass der Versicherer bei Behandlungen von Rheuma in Rheumakliniken auf die vorherige schriftliche Leistungszusage verzichtet	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass die Leistungspflicht für Anschlussheilbehandlungen ausdrücklich genannt ist	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass auch Privatkliniken Gegenstand des Versicherungsschutzes sind.	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll auf die Anzeigepflicht gem. § 9.1 (10 Tage) teilweise verzichten	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll auf die Anzeigepflicht gemäß § 9.1 (10 Tage) grundsätzlich verzichten	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll seinen Kunden eine Clinic Card ausstellen, soweit kein Leistungsausschluss vereinbart wird	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Unabhängig vom Inhalt der Bedingungen weist der Berater darauf hin, dass alle planbaren Krankenhausaufenthalte frühzeitig im Vorfeld dem Krankenversicherer angezeigt werden sollten.

3. Risiken, die nicht existenziell sind, aber zu hohen Kosten führen können

3.1 Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Diese Leistungsarten stellen weder bezüglich Umfang noch Höhe existenzielle Risiken dar. Es ist aber sinnvoll, für Kinder auf die Kieferorthopädie und für Erwachsene auf den Bereich Zahnersatz zu achten, weil es hier zu hohen Kosten und Belastungen kommen kann. Es sollte darauf geachtet werden, dass der Prozentsatz für Zahnersatz nicht gleichbedeutend ist mit einer hohen Erstattung, und hinterfragt werden, wovon der Prozentsatz erstattet wird. Folgende Punkte sollten beachtet werden:

- Sind Implantate genannt, wenn andere Zahnersatzarten (Kronen, Brücken, Stiftzähne) explizit genannt sind? Ist nur allgemein Zahnersatz ohne weitere Erläuterungen genannt, sollten Implantate Gegenstand des Versicherungsschutzes sein. Die Zahl der Implantate sowie die Voraussetzungen und der Kiefer, in dem sie erstattungsfähig eingebracht werden dürfen, sind oft eingeschränkt.
- Sind funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen genannt oder ausgeschlossen?
- Sind funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen nur für Zahnersatzmaßnahmen gültig? Es können hier auch andere Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen) ursächlich sein.

Viele Versicherer vereinbaren heute Preisverzeichnisse für Material- und Laborkosten. Das begrenzt Inanspruchnahme und fördert die Beitragsstabilität. Zu beachten ist, dass dies nicht nur eine Begrenzung der erstattungsfähigen Kosten ist, sondern auch eine Begrenzung auf die genannten Behandlungsformen und –arten. Letztendlich kann man die Preise beim Zahnarzt aber verhandeln und einen anderen Behandler suchen oder eine zweite Meinung einholen. Teilweise werden auch nur übliche Preise als versichert genannt, was die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Innungen der Zahntechniker verhandelten Preise meint.

Ein weiterer Aspekt sind die Jahreshöchstsätze, die teilweise nur für Zahnersatz, teilweise auch für Kieferorthopädie und teilweise auch für Zahnbehandlung gelten. Jahreshöchstsätze können für eine bestimmte Dauer von Jahren, dauerhaft oder für wiederkehrende Zeiträume gelten, und sie können bei Unfall entfallen. Bei der Kieferorthopädie gibt es sehr oft die Einschränkung, dass nur für Behandlungen geleistet wird, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurden und / oder unfallbedingte Kieferorthopädie bei Erwachsenen.

Die Höhe der Erstattung kann von der Vorlage eines Heil- und Kostenplans abhängig gemacht sein. Dies kann ab einer bestimmten Kostenhöhe, jedoch auch ab dem ersten Euro gelten. Der Leistungsanspruch kann durch die fehlende Vorlage eines Heil- und Kostenplans vollständig verwirkt werden. Einige Versicherer leisten den vereinbarten Prozentsatz grundsätzlich nur bis zu einem bestimmten Betrag und reduzieren dann den Erstattungssatz. Inlays, Onlays und Overlays sind ein häufig genannter Aspekt. Inlays werden von einigen Versicherern als Zahnbehandlung, von anderen als Zahnersatz abgerechnet.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie	
Ich kann Preisverzeichnisse für Material- und Laborkosten akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Ich kann übliche Preise akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Ich kann auf Leistungen für Implantate verzichten	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit Begrenzungen für bis zu 4 Implantate im zahnlosen Unterkiefer einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit Begrenzungen für bis zu 6 Implantate einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich kann auf Kieferorthopädie für Erwachsene verzichten	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch auf Kieferorthopädie für Kinder verzichten	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit dauerhaften Jahreshöchstsätzen einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich bin Jahreshöchstsätzen bis zu 11 Jahren einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit Jahreshöchstsätzen bis zu 7 Jahren einverstanden	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit Jahreshöchstsätzen bis zu 3 Jahren einverstanden	<input type="checkbox"/>
Jahreshöchstsätze sollen bei Unfall entfallen	<input type="checkbox"/>
Es sollen keine Jahreshöchstsätze vereinbart sein	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen sollen eingeschlossen sein	<input type="checkbox"/>
Außer Vorsorge soll auch professionelle Zahnreinigung versichert sein	<input type="checkbox"/>
Inlays sollen als Zahnbehandlung erstattungsfähig sein	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Unabhängig von vertraglichen Vereinbarungen sollte grundsätzlich ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn eingereicht werden und die Antwort des Versicherers abgewartet werden. Bei Zahnersatzmaßnahmen sind Preisverhandlungen mit den Behandlern und das Einholen einer zweiten oder gar dritten Meinung angeraten.

4. Sonstiges

Bitte bedenken Sie bei Ihrer Wahl, dass alle ausdrücklich genannten Einschlüsse oder nicht vorhandenen Ausschlüsse zu Kosten führen, die kalkuliert sind, die Kalkulation beeinflussen, zu Beitragserhöhungen führen können und den Beitrag an sich im Vergleich zu anderen Produkten grundsätzlich ab Beginn erhöhen müssten.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Vorsorge und Schutzimpfung	
Vorsorge soll auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus versichert sein	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll auf die Altersgrenzen bei gesetzlich eingeführten Programmen verzichten	<input type="checkbox"/>
Es sollten alle gezielten Untersuchungen zur Früherkennung schwerer Krankheiten ohne Einschränkungen versichert sein	<input type="checkbox"/>
Check-Ups sollen nach vorheriger schriftlicher Zusage versichert sein	<input type="checkbox"/>
Check-Ups in diagnostischen Kliniken sollen nach vorheriger schriftlicher Zusage versichert sein	<input type="checkbox"/>
Prävention soll versichert sein	<input type="checkbox"/>
Schutzimpfungen sollen gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommision des RKI (Robert-Koch-Institut) versichert sein	<input type="checkbox"/>
Es sollen zusätzliche Schutzimpfungen versichert sein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>
Es sollen auch Impfungen im Zusammenhang mit Auslandsreisen versichert sein	<input type="checkbox"/>
Vorsorge muss außerhalb einer Selbstbeteiligung gezahlt werden	<input type="checkbox"/>
Vorsorge muss unabhängig von Bar BRE erstattet werden	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Naturheilverfahren	
Behandlungen durch einen Heilpraktiker sollen versichert sein	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker Behandlungen sollen bis zum Höchstsatz der GeBüH versichert sein	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker Behandlungen sollen bis zum Höchstsatz der GOÄ versichert sein	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker Behandlungen sollen bis zum einfachen Satz der GeBüH versichert sein	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker Behandlungen sollen bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ versichert sein	<input type="checkbox"/>
Naturheilverfahren sollen ausdrücklich versichert sein	<input type="checkbox"/>
Das Hufelandverzeichnis, das Veränderungen unterliegt, soll genannt sein	<input type="checkbox"/>
Ein festgelegter Katalog ausgewählter Naturheilverfahren ist mir wichtiger	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll auf die Anwendung des § 4.2. bei Naturheilverfahren verzichten	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll auf die Anwendung des § 4.6 bei Naturheilverfahren verzichten	<input type="checkbox"/>
Mir reicht eine unverbindliche Erklärung des Versicherers, dass er zurzeit Naturheilverfahren erstattet	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Familienplanung	
Beitragsfreiheit während der Elternzeit sollte für sechs Monate vereinbart sein	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit während der Elternzeit sollte für zwölf Monate vereinbart sein	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreiheit während der Elternzeit sollte auch für Männer gelten	<input type="checkbox"/>
Eine Entbindungspauschale bei Verzicht auf Kostenerstattung sollte vereinbart sein	<input type="checkbox"/>
Eine Entbindungspauschale sollte unabhängig von Kostenerstattungen vereinbart sein	<input type="checkbox"/>
Hebamme und Entbindungspfleger sollten genannt sein	<input type="checkbox"/>
Entbindungsheime sollten ausdrücklich versichert sein	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsrückbildung sollte nicht ausgeschlossen sein	<input type="checkbox"/>
Die Kosten für künstliche Befruchtung können maximiert sein	<input type="checkbox"/>
Die Kosten für künstliche Befruchtung dürfen nicht maximiert sein	<input type="checkbox"/>
Die Kosten für Schwangerschaftsabbruch sollten nicht nur bei medizinischer Indikation versichert sein	<input type="checkbox"/>
Die Kosten einer Sterilisation sollten versichert sein	<input type="checkbox"/>
Für die Kindernachversicherung soll freie Wahl unter allen Tarifen bestehen	<input type="checkbox"/>
Für den Fall der Kindernachversicherung sollen Erbkrankheiten, Gebrechen, Anomalien und Geburtsschäden ausdrücklich eingeschlossen sein	<input type="checkbox"/>
Für den Fall der Kindernachversicherung soll die Höhe der Selbstbeteiligung frei gewählt werden können	<input type="checkbox"/>
Für den Fall der Kindernachversicherung reicht ein Zugangsrecht zu den dann für das Neugeschäft geöffneten Tarifen mit ähnlichem Leistungsumfang	<input type="checkbox"/>

4.1 Geltungsbereich und Beendigung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes

Der Versicherungsschutz in Europa gilt unbefristet. Außerhalb Europas gilt er einen Monat für vorübergehende Aufenthalte. Ist ein Rücktransport aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz um zwei Monate. Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn der gewöhnliche Aufenthalt oder der Wohnsitz (Achtung – ab VVG-Reform) aus der EU verlegt wird. Bei Verlegung aus Deutschland innerhalb der EU muss der Versicherer nur innerhalb von zwei Monaten in Kenntnis gesetzt werden.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Geltungsbereich und Beendigung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes	
Der Versicherungsschutz soll zeitlich unbefristet für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland gelten	<input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz soll für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland weltweit gelten, wenn der Versicherer über Ort und Dauer informiert wurde	<input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz für vorübergehende Auslandsaufenthalte im außereuropäischen Ausland soll unbefristet sein und kann eine niedrigere Erstattung vorsehen, wenn vorher keine Vereinbarung getroffen wurde	<input type="checkbox"/>
Der Versicherer soll bei fehlender Transportmöglichkeit aus gesundheitlichen Gründen auf die Zwei-Monats-Regelung verzichten und unbegrenzt leisten, bis eine Transportmöglichkeit gegeben ist	<input type="checkbox"/>
Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes oder des Wohnsitzes in ein Land außerhalb der EU will ich einen rechtlich verbindlichen Anspruch auf Fortführung des Vertrages haben	<input type="checkbox"/>
Mir reicht ein verbindlicher Anspruch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes oder des Wohnsitzes innerhalb der EU	<input type="checkbox"/>
Mir reicht ein verbindlicher Anspruch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes oder des Wohnsitzes innerhalb des EWR	<input type="checkbox"/>
Mir reicht die allgemeine Kriegsklausel	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass bei plötzlichem und überraschendem Eintritt von kriegerischen Handlungen oder einem kriegsähnlichen Zustand, inneren Unruhen oder Krieg im Ausland der Versicherer die Leistung bis zur möglichen Ausreise garantiert	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

4.2 Tarifwechselrecht

Lebensträume ändern sich genauso wie Lebenssituationen. Heute wollten Sie keine Kinder, morgen fahren Sie mit der Großfamilie in den Urlaub. Heute sind Sie selbstständig, morgen Arbeitnehmer und übermorgen wieder selbstständig. Auch über wirtschaftlich angespannte Zeiten sollte man sich heute als Unternehmer Gedanken machen. Der §178f VVG und der §1.5 MBKK sichern Ihnen zwar das Recht auf Umwandlung in gleichartige Versicherungstarife, was vor allem bei Veränderungen im Gesundheitswesen und dadurch veränderten Tarifwelten der Versicherer wichtig ist. Bei höheren Leistungen, niedrigeren Selbstbeteiligungen und zusätzlichen Leistungsarten kann der Versicherer aber Alterstattung vereinbaren oder Risikozuschläge erheben.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Tarifwechselrecht	
Ja, ich möchte im Rahmen eines garantierten Tarifwechselrechts meinen Vertrag flexibel und situativ den Gegebenheiten anpassen können	<input type="checkbox"/>
Mir reicht eine zusätzliche Option für einen überschaubaren definierten Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Mir ist die Anpassung des Versicherungsschutzes zu vereinfachten Konditionen oder ohne Gesundheitsfragen nicht wichtig	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

4.3 Pauschalleistung und Beitragsrückerstattung

Beitragsrückerstattungen (BRE) sind erfolgsabhängige Rückerstattungen von Erträgen, die der Versicherer jederzeit ändern oder auch einstellen kann. Die Alternative einer Verwendung bestimmter Erträge für die Bar-BRE ist die Limitierung. Jeder Euro, der bar ausgeschüttet wird, kann nicht für die Begrenzung der Beitragsanpassungen verwendet werden. Die Pauschalleistung ist eine garantierte Leistung, die auch als Bonus, Schadenfreiheitsrabatt etc. bezeichnet wird. Die Aufwendungen sind als Schaden einkalkuliert. Diese Leistung wird also durch höhere Beiträge finanziert. Das kann für Arbeitnehmer, die einen Arbeitgeberzuschuss erhalten und diesen noch nicht ausgeschöpft haben, interessant sein.

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Pauschalleistung und Beitragsrückerstattung	
Erfolgsabhängige Bar BRE ist mir wichtig, auch wenn der Versicherer die Höhe jederzeit ändern kann	<input type="checkbox"/>
Die erfolgsabhängige Bar BRE soll möglichst hoch sein	<input type="checkbox"/>
Ich will eine garantierte Pauschalleistung	<input type="checkbox"/>
Die Pauschalleistung soll sofort ab Beginn greifen	<input type="checkbox"/>
Die Pauschalleistung soll im Folgejahr ausgezahlt werden	<input type="checkbox"/>
Es reicht mir ein kleiner Bonus zu Abgeltung kleinerer Bagatellkosten	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass zusätzlich regelmäßig eine umfassende Vorsorgeuntersuchung erstattet wird	<input type="checkbox"/>
Ich will, dass mir ein Budget für Vorsorge zur Verfügung gestellt wird	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

4.4 Optionsrechte – existenziell für Einsteigertarife

Ein Einsteigertarif heißt Einsteigertarif, weil man nicht drin bleiben sollte. Dafür sind diese Produkte nicht kalkuliert. Sie dienen dem kostengünstigen Einstieg in die PKV bei gleichzeitig niedriger Belastung und niedrigem Liquiditätsabfluss. Geeignet sind die Tarife neben den Existenzgründern auch für Familien, wenn der Partner z. B. wegen Kindern eine Zeitlang nicht berufstätig ist. Neben reduzierten oder gestrichenen Leistungen sind vor allem die Zuführungen zur Alterungsrückstellung oft geringer kalkuliert!

Sie müssen entscheiden, was versichert sein soll:

Optionsrechte	
Ich will einen fest definierten Optionstermin	<input type="checkbox"/>
Ich will einen fest definierten Optionstermin. Für weitere Optionstermine können Zuschläge vereinbart sein	<input type="checkbox"/>
Ich will drei fest definierte Optionstermine ohne Folgen aus einer Risikoprüfung	<input type="checkbox"/>
Ich will mehr als drei Optionstermine	<input type="checkbox"/>
Ich will umfassende Optionstermine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Die Nachleistung bei BU beträgt 6 Monate	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Die Leistung kann bei rückwirkender BU-Anerkennung und Leistung zurückgefordert werden	<input type="checkbox"/>
Der Leistungsausschluss für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages begonnen haben, ist für im Antrag genannte Behandlungen aufgehoben (Definition Versicherungsfall ist zu beachten – beginnt nicht mit Feststellung der AU, sondern mit Beginn der Heilbehandlung, in deren Verlauf AU festgestellt wird)	<input type="checkbox"/>
Das Krankengeld wird bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung bereits vor dem vereinbarten Leistungsbeginn als Krankenhaustagegeld gezahlt	<input type="checkbox"/>
Bei Eintritt der BU soll der Versicherer einen nahtlosen Übergang zu einer BU-Rente gewährleisten, die gleichzeitig bei diesem Versicherer vereinbart wird	<input type="checkbox"/>
Die Garantie soll Bestandteil der Police sein	<input type="checkbox"/>
Es reicht eine Prospekthaftung	<input type="checkbox"/>
Eine umfassende vertragliche Regelung ist akzeptabel	<input type="checkbox"/>
Umfassende Spielregeln (z. B. Kapitalversicherung, Karenzzeiten, Höhe der BU-Rente etc.) sind akzeptabel	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Für Selbstständige besonders wichtige Punkte	
Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen gleicher Krankheit soll die bisherige Dauer der AU auf die Karenzzeit bis zum Leistungsbeginn angerechnet werden	<input type="checkbox"/>
Das Krankengeld soll auch während eines Aufenthaltes in einer Kurklinik gezahlt werden, wenn kein anderer Leistungsträger vorhanden ist	<input type="checkbox"/>
Es sollen auch fortlaufende Kosten im Krankengeld versichert sein	<input type="checkbox"/>
Fortlaufende Kosten sollen über einen Einkommenssicherung versichert werden	<input type="checkbox"/>
Das Nettoeinkommen soll als Gewinn vor Steuern definiert sein	<input type="checkbox"/>
Für die Dauer der Existenzgründung soll unabhängig vom Nettoeinkommen ein fester Betrag garantiert sein	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Für Frauen wichtige Punkte	
Das Krankengeld wird auch bei Fehlgeburt gezahlt	<input type="checkbox"/>
Das Krankengeld wird auch bei medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch gezahlt	<input type="checkbox"/>
Das Krankengeld wird auch bei Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation gezahlt	<input type="checkbox"/>
Das Krankengeld wird auch bei schwangerschaftsbedingter AU außerhalb der Zeiten der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gezahlt	<input type="checkbox"/>
Das Krankengeld sieht eine Einmalleistung bei Entbindung vor	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Für Arbeitnehmer wichtige Punkte	
Bei einer Wiedereingliederungsmaßnahme soll ein Teil-Krankentagegeld für die Teil-Arbeitsunfähigkeit vorgesehen sein	<input type="checkbox"/>
Das versicherbare Nettoeinkommen ist das Nettoeinkommen vor Übertritt	<input type="checkbox"/>
Das versicherbare Nettoeinkommen ist das Nettoeinkommen nach Übertritt	<input type="checkbox"/>
Das versicherbare Nettoeinkommen ist das Nettoeinkommen nach Übertritt plus Rentenversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/>
Das versicherbare Nettoeinkommen sind 75-80% des Bruttoeinkommens	<input type="checkbox"/>
Endet das Krankengeld wegen Arbeitslosigkeit, soll eine Anwartschaft vereinbart werden	<input type="checkbox"/>
Die Nachleistungsdauer bei Arbeitslosigkeit beträgt 3 Monate	<input type="checkbox"/>
Die Nachleistungsdauer bei Arbeitslosigkeit beträgt 6 Monate	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Für Prokuristen, Schlüsselpositionen, Entscheider und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH wichtige Punkte	
Das Entgeltfortzahlungsrisiko des Arbeitgebers soll versichert werden	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

6. Abschließende Hinweise – Wichtig!

Die Kündigung einer bestehenden PKV zum Zwecke des Abschlusses einer anderen PKV kann nachteilig sein. Neben den erneut laufenden Fristen für Rücktritt wegen schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (3 Jahre) und Rücktritt oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung (10 Jahre) verliert man in der Regel seine bisher aufgebaute Alterungsrückstellung. Ab dem 01.01.2009 können PKV Versicherte innerhalb von 6 Monaten (bis zum 30.06.2009) in den Basistarif eines jeden anderen PKV Unternehmens wechseln und nehmen dann einen Teil ihrer Alterungsrückstellungen mit – soviel, wie sie im Basistarif gebildet hätten, wenn sie ihn von Anfang an abgeschlossen hätten, aber nicht mehr, als sie bisher tatsächlich gebildet haben.

Vorsichtig sollte man immer dann sein, wenn der neue Tarif bei gleichen oder besseren Leistungen preiswerter ist. Es ist davon auszugehen, dass man nicht nur seine bisherige Alterungsrückstellung verliert, sondern auch zukünftig weniger anspart.

Wenn man elementare Leistungen, die existenziell sind, aber nicht versichert sind, bei seinem bisherigen Versicherer nicht absichern kann, dann ist der Verlust der Alterungsrückstellung in der Regel geringer zu bewerten als der dauerhaft fehlende Schutz für bestimmte Risiken.

Die Gesundheitsfragen sollten sehr sorgfältig und umfassend beantwortet werden. Es ist unter Umständen sinnvoll, sich bei den Ärzten Akteneinsicht zu verschaffen, wie die Ärzte oft zusätzliche Diagnosen vermerkt haben, um gegenüber der Krankenkasse Leistungen abzurechnen. Ärzte sind gemäß der Musterberufsordnung verpflichtet, Ihnen Auszüge der Akten zur Verfügung zu stellen. Lassen Sie sich nicht von Ärzten verunsichern, die ihnen sagen, dass die PKV-Unternehmen nachfragen. Das tun die Versicherer nicht. Für die korrekte Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen sind Sie als Kunde ausschließlich und vollumfänglich alleine verantwortlich.

Beachten Sie bitte, dass ein Mehrfachagent „Auge und Ohr“ des Versicherers ist. Alles was gesagt wurde, ist beim Versicherer angekommen, solange dies auch schriftlich festgehalten wurde und damit für Sie beweisbar ist. Ein Versicherungsmakler ist Ihr Interessenvertreter.

Versicherer können ganz aus dem Wettbewerb ausscheiden, weil ein Teil der Gesundheitsfragen für sie problematisch sind. Einige Versicherer sind aufgrund der gestellten Gesundheitsfragen – teilweise ohne zeitliche Einschränkungen – ganz oder teilweise unberücksichtigt zu lassen. Einige Versicherer Fragen zu große Zeiträume ab, so dass Ihre Krankengeschichte dazu nicht passt oder das Risiko des Vergessens und Verdrängens zu groß wird.

Selbstständige sollten dringend auf die Absicherung eines Teils der Kurkosten achten, weil hier oft ein Leistungsträger fehlt. Für Arbeitnehmer kann es als Ergänzung sinnvoll sein, ist aber in der Regel durch den Rentenversicherungsträger abgesichert.

Mitglieder der freien Berufe sollten nach speziellen Tagegeldtarifen und auch auf Gruppen-Versicherungsverträge (GVV) ihrer berufsständischen Vertretungen achten. Dies ist kein Kriterium für einen Abschluss bei der Gesellschaft, die den GVV trägt; die Gesellschaft sollte aber im Vergleich gewürdigt werden. Dies gilt auch für Arbeitnehmer in großen Unternehmen, die sehr oft Firmen GVV abgeschlossen haben.

Beratung erfolgte am:

durch (vollständige Nennung aller relevanten Daten):

Mir als Kunden wurden alle aufgeführten Punkte vollständig erläutert. Ich hatte die Möglichkeit, alle Punkte zu hinterfragen. Ich erhalte auf der Basis der Vorgaben alle relevanten Unterlagen der Unternehmen, die aufgrund der Kriterien in Frage kommen und von mir ausgewählt wurden:

Gesellschaft/Tarif 1	

Gesellschaft/Tarif 2	

Gesellschaft/Tarif 3	

Abweichende Empfehlung des Vermittlers/Maklers Gesellschaft/Tarif:

Gesellschaft/Tarif 1	

Gesellschaft/Tarif 2	

Gesellschaft/Tarif 3	

7. Glossar

AHB	Anschlußheilbehandlungen
AMG	Arzneimittelgesetz
A+V-M	Arznei- und Verbandmittel
AU	Arbeitsunfähigkeit
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BRE	Beitragsrückerstattung
BU	Berufsunfähigkeit
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FPG	Fallpauschalengesetz
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GVV	Gruppenversicherungsverträge
KEG	Krankenhausentgeltgesetz
KTG	Krankentagegeld
MBKK	Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch, fünftes Buch
VVG	Versicherungsvertragsgesetz