

# Spezialist notwendig?

Vorsorgen | Vorbeugen | Absichern |

## Sorgen Sie vor!

Sichern sie sich mit einer privaten Zusatzversicherung ab!



Wer sich als Kassenpatient im Krankenhaus von einem Spezialisten behandeln lassen will, benötigt eine private Zusatzversicherung. **Wir helfen Ihnen**, das Beste für Sie aus den Angeboten der Versicherer herauszufinden.

### **Kassenpatienten haben kein Wahlrecht**

Bei komplizierten, teilweise lebensbedrohlichen Operationen kommt es auf das Fachwissen und die Routine des Arztes an. Der Patient möchte sich in diesen Fällen in sicheren Händen wissen und wählen, wem er sich anvertraut. Das jedoch ist ein Luxus, der für gesetzlich Krankenversicherte heutzutage nicht mehr vorgesehen ist. Deren Versorgung soll nach dem Gesetzgeber **ausreichend, zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein.

**Denken Sie über eine Zusatzversicherung nach?** Wer umfassend versorgt sein möchte, sollte sich Gedanken über eine Zusatzversicherung im stationären Bereich machen. Auch hier gibt es allerdings kein allumfassendes Paket. Es empfiehlt sich, die Versicherungsbedingungen zu prüfen und die Zusatzversicherung an den eigenen Bedarf anzupassen.

### **Der Teufel liegt im Detail**

Ist eine Operation beispielsweise besonders kompliziert, kann der Arzt die Gebühr auf den 3,5-fachen Satz und auch weit darüber hinaus erhöhen. Das kann teuer werden. Es ist daher ratsam, dass sich Patienten vor einer Behandlung von ihrer Versicherung schriftlich bestätigen lassen, dass die Kosten übernommen werden.

Zu empfehlen ist auf jeden Fall ein Tarif, der die Leistungen **nicht** auf die Gebührenordnung begrenzt.

Vorsicht ist ebenfalls bei **Privatkliniken** geboten. Falls kein Versorgungsvertrag mit der Krankenkasse besteht, können erhebliche Kosten auf den Patienten zukommen.

Einer der wichtigsten Gründe, eine Zusatzversicherung abzuschließen ist die **Behandlung durch Chefärzte**. Bei gesetzlich Versicherten werden leitende Ärzte nur dann hinzugezogen, wenn ihr besonderes Wissen erforderlich ist. Damit ein Chefarzt seine Leistung privat abrechnen kann, muss er sie persönlich erbringen.

Da heute immer mehr **Operationen** auch **ambulant** durchgeführt werden, leisten gute Policen auch in diesem Fall. So muss ein Kassenpatient nicht auf seinen gewählten Operateur verzichten.

# Wichtig:

## Substanz entscheidet - Qualität setzt sich durch!



### Substanz entscheidet!

Sie sollten heute Wert auf hochwertigen, individuell passenden Versicherungsschutz legen bei dauerhaft stabilen Beiträgen. Der Preis der Versicherung kann und sollte heute nicht mehr das Entscheidungskriterium für eine private Krankenzusatzversicherung sein. Vielmehr sind hier eine Reihe anderer Parameter von Bedeutung.

### Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ

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 2,3-fachen 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 3,5-fachen 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.

Will der Arzt oder Zahnarzt auch darüber hinaus liquidieren, muss er dies vor Erbringung der

Leistung mit dem Patienten schriftlich vereinbaren und eine Kopie der Vereinbarung aushändigen (§2 GOÄ/GOZ) (Honorarvereinbarung / Abdingung).

### Erstattung über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ

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 treffen. 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** abschließen möchten, sollten nur einen 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.

- 1,0fach = 4,66 EUR 2,3fach = 10,72 EUR  
3,5fach = 16,32 EUR  
=> **GOÄ 1: Beratung, auch telefonisch**
- 1,0fach = 26,23 EUR 2,3fach = 60,33 EUR  
3,5fach = 91,80 EUR  
=> **GOÄ 26: Früherkennungsuntersuchung beim Kind**
- 1,0fach = 86,27 EUR 2,3fach = 198,41 EUR  
3,5fach = 301,93 EUR  
=> **GOÄ 3200: Appendektomie (Entfernung des Blinddarms)**

### Erstattung ohne Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ - Unsere Empfehlung!

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.

### Stationäre Versorgung

Die Leistungen von Kliniken werden in zwei wesentliche Teile gegliedert.

Der 1. Teil besteht aus den **allgemeinen Krankenhausleistungen**, die im Krankenhaus-entgeltgesetz sowie in der Bundespflegesatzverordnung definiert sind. Vereinfacht dargestellt sind dies die medizinische Behandlung auf GKV-Niveau (**ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung des Patienten**) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Zugrunde gelegt wird die reguläre Leistungsfähigkeit des Krankenhauses, also der "diensthabende Arzt" und die verfügbaren Betten.

Dieses Leistungspaket steht dem gesetzlich Versicherten zu. Es kann vom privat Versicherten unter dem Begriff "allgemeine Krankenhausleistungen" erworben werden. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt für beide Versichertengruppen gleich.

Der 2. Teil besteht aus den **Wahlleistungen** nach Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegesatzverordnung.

Hier **erwirbt** der Patient das Recht einer **höherwertigen Unterkunft** und/oder der wahlärztlichen Behandlung. Hiermit sind medizinische Leistungen und/oder **medizinische Spezialisten** gemeint, die zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen abgerechnet werden können. Diese Zusatzleistungen werden nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und somit nach den "Regeln der ärztlichen Kunst" erbracht und abgerechnet.

**Achtung: Bei schlechteren GKV-Zusatztarifen kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens nach Ablauf einer Mindestvertragslaufzeit, mit einer Frist von drei Monaten kündigen!**



# Nicht vergessen:

Substanz entscheidet - Qualität setzt sich durch!



## Gemischte Anstalten

Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Nach §4 Abs. 5 der Musterbedingungen besteht ein Leistungsanspruch in diesen Krankenanstalten **nur**, wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn **schriftlich** seine Leistung **zugesagt hat**.

Daraus folgt für planbare Krankenhausaufenthalte die Notwendigkeit einer Prüfung des Krankenhauses.

Entweder über eine Anfrage beim Versicherer oder über:

<http://www.derprivatpatient.de/der-direkteweg/dokumentedownloads.html>

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.

## Kurleistungen

Kurleistungen fallen in der Regel nicht in den Versicherungsschutz einer privaten Krankenversicherung, da es sich nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, sondern vielmehr um das "Lindern einer bestehenden Erkrankung" handelt.

Einige Versicherer erstatten im Rahmen von Kuren jedoch die Kosten für die medizinisch notwendigen Maßnahmen, wie z.B. die ärztlichen Leistungen, Arzneimittel und Heilmittelanwendungen.

Für die Fahrtkosten, Unterbringung und Verpflegung werden keine Leistungen zur Verfügung gestellt. Hier empfiehlt sich ggf. der Abschluss einer Kurtagegeldversicherung.

## Optionsrecht

**Wichtig: Wer plant, später in die private Krankenvollversicherung zu wechseln, sollte dafür sorgen, dass er diese Option schon in der Zusatzversicherung mit vereinbart in einer sogenannten Anwartschaft. Dann werden beim Wechsel in die Vollversicherung keine erneuten Gesundheitsfragen gestellt.**

Art der Leistung	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Zusatzversicherung
<b>Auswahl des Krankenhauses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung im nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus</li> <li>• Gehen Versicherte in ein teureres Krankenhaus, müssen sie die Mehrkosten selbst zahlen</li> <li>• Reine Privatkliniken ohne Vertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse nur im Notfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die meisten Tarife erstatten Mehrkosten, wenn Versicherte ein anderes als das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus aufsuchen. Einige übernehmen auch die zusätzlichen Transportkosten.</li> <li>• Einige Tarife tragen auch für Privatkliniken die zusätzlichen Kosten für Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer. Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen zahlen Versicherte dort aber selbst.</li> </ul>
<b>Unterbringung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meistens im Mehrbettzimmer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je nach Tarif Einbettzimmer oder Zweibettzimmer – bei Nichtinanspruchnahme meistens Ersatzkrankenhaustagegeld.</li> <li>• In manchen Tarifen werden zusätzlich die von vielen Krankenhäusern gesondert berechneten Kosten für Telefon-, Rundfunk- und Fernsehanschluss übernommen.</li> </ul>
<b>Behandelnder Arzt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diensthabender Krankenhausarzt (zum Beispiel Stationsarzt).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitende Krankenhausärzte (Chefärzte).</li> <li>• Manche Tarife erstatten auch die Kosten für eine vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulante Operationen</li> </ul>
<b>Arzthonorare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzthonorare sind in der diagnoseabhängigen Vergütung enthalten, die die Kasse dem Krankenhaus pauschal für die gesamte Behandlung zahlt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenübernahme für die Behandlung durch Chefärzte je nach Tarif bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (3,5-fach) oder auch für Honorarvereinbarungen darüber hinaus.</li> </ul>

