

**Ihr Berater / Vermittler:**  
**GL Versicherungsmakler GmbH**  
Kuhredder 32  
22397 Hamburg  
Telefon: 040 - 85402850  
Fax: 040 - 85402855

Email: [goetz.lebuhn@gl-versicherungsmakler.de](mailto:goetz.lebuhn@gl-versicherungsmakler.de)

# Erfassungsformular

*Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung*

1. Kundendaten
2. Bedarfsanalyse

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Statusangaben

### Status

Versicherungsmakler mit einer Erlaubnis nach §34d Abs. 1 der Gewerbeordnung.

### Registrierung

Der Vermittler ist im Vermittlerregister unter folgender Registernummer eingetragen:

**D-566A-KSCD4-03**

zu überprüfen unter: [www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info)

### Gemeinsame Registerstelle im Sinne von § 11 Abs. 1 Nr. 4 VersVermV

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.  
Breite Straße 29  
10178 Berlin

Telefon: 0-180-500 585-0  
(14 Cent/Minute aus dem dt. Festnetz der Deutschen Telekom)

### Angaben zur zuständigen IHK

IHK-Name: Industrie und Handelskammer Hamburg  
Anschrift: Adolphsplatz 1  
20457 Hamburg  
Telefon: 040-36138-0  
Telefax: 040-36138-61649  
Internetadresse: [www.hk24.de](http://www.hk24.de)

### Beteiligung an Versicherungsunternehmen:

Der Vermittler hält keine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung von mehr als 10% der Stimmrechte oder des Kapitals an Versicherungsunternehmen.

### Beteiligte Versicherungsunternehmen:

Kein Versicherungsunternehmen hält mittelbare oder unmittelbare Beteiligung von mehr als 10% der Stimmrechte oder des Kapitals am Versicherungsvermittler.

### Vermögenshaftpflicht

Versicherungsnummer: 440-25-510188870  
Versicherungssumme: 2.000.000  
Versicherungssumme pro Jahr: 4.000.000  
Stand: 5-2007  
Versicherungsgesellschaft: R & V Versicherung  
Versicherungsnehmer: GL Versicherungsmakler GmbH

### Beschwerdestelle für die Versicherungsvermittlung »außergerichtliche Streitbeilegung«

#### Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin. Weitere Informationen unter: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

#### Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Weitere Informationen unter: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

## ■ Kundenangaben

Anrede:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ: Ort:

Beruf für Prämienvergleich:

Berufsstatus:

Bemerkung:

## ■ Kundenwünsche

### Vom Kunden geäußerte Wünsche und Bedürfnisse, die bei der Beratung berücksichtigt werden sollen:

1. Wünsche (subjektive Merkmale):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Vorsorgelücke: .....

- Die Vorsorgelücke wurde  ermittelt  
 geschätzt  
 vom Kunden vorgegeben

3. Die wichtigsten Produktmerkmale des Kunden:

a. ....  
b. ....  
c. ....

4. Produkte, die auf Wunsch des Kunden bei der Analyse berücksichtigt werden sollen:

a. ....  
b. ....  
c. ....

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

Es existieren erhebliche Leistungsunterschiede zwischen den am Markt vorhandenen Tarifen. Mit FB-Xpert werden die Produkte ermittelt, die den spezifischen Kundenbedürfnissen entsprechen.

### Kundendaten

Kundendaten, die für diese Analyse notwendig sind:

**Berufsart:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Geschlecht:** .....

**Beruf:** .....

### Produktauswahl

Die Krankenversicherung ist kein Einheitsprodukt. Die Angebote des Versicherers unterscheiden sich in Ihrer Leistungsausstattung zum Teil erheblich.

In der Krankenvollversicherung besteht grundsätzlich die Auswahl zwischen Kompaktтарifen und Modultarifen. Modultarife beinhalten die Bausteine ambulant, stationär und Zahn.

In der Krankentagegeldversicherung gibt es Tarife für Arbeitnehmer und Selbständige, die sich hauptsächlich in der Karenzzeit unterscheiden.

### Auswahl der Produkte

Legen Sie bitte fest, welche Produktbereiche in der Analyse berücksichtigt werden sollen.

#### Frage: Produkte KV Kompakt

Mögliche Antwort/en:

Kompaktтарife Normal

Kompaktтарife beinhalten in der Regel Versicherungsleistungen in den Bereichen ambulant, stationär und Zahn in einem Tarif. Eine vereinbarte Selbstbeteiligung greift dabei oft unabhängig von der Leistungsart ein.

Mögliche Antwort/en:

Kompakte Normal- und Arzt- / Zahnarztтарife

Kompaktтарife beinhalten in der Regel Versicherungsleistungen in den Bereichen ambulant, stationär und Zahn in einem Tarif. Eine vereinbarte Selbstbeteiligung greift dabei oft unabhängig von der Leistungsart ein. Diese Tarife sind speziell für die Berufsgruppe Arzt / Zahnarzt.

Mögliche Antwort/en:

Kompakte Normal- und Ostтарife

Kompaktтарife beinhalten in der Regel Versicherungsleistungen in den Bereichen ambulant, stationär und Zahn in einem Tarif. Eine vereinbarte Selbstbeteiligung greift dabei oft unabhängig von der Leistungsart ein. Diese Tarife sind speziell für Personen mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern.

#### Frage: Produkte KV Modular

Mögliche Antwort/en:

Modulare Tarife Normal

Bei Modultarifen handelt es sich um Tarifbausteine aus dem ambulanten, stationären und dem Zahnbereich, die miteinander kombiniert werden können.

Mögliche Antwort/en:

Modulare Normal- und Arzt-/Zahnarztтарife

Bei Modultarifen handelt es sich um Tarifbausteine aus dem ambulanten, stationären und dem Zahnbereich, die miteinander kombiniert werden können. Diese Tarife sind speziell für die Berufsgruppe Arzt / Zahnarzt.

### Frage: Produktkonfiguration

#### Karenz und Selbstbehalt

Legen Sie bitte die Höhe des gewünschten Krankenhaustagegeldes bzw. Krankentagegeldes mit Angabe der Karenzzeit sowie den maximalen Selbstbehalt für die Bereiche ambulant, stationär und Zahn fest.

#### Krankenhaustagegeld

Hier können Sie die Höhe des gewünschten Krankenhaustagegeldes festlegen. In der Analyse wird nur die entsprechende Prämie berücksichtigt, Kriterien sind für diesen Bereich nicht hinterlegt.

Wird hier keine Eingabe vorgenommen, werden die Krankenvollprodukte ohne Krankenhaustagegeldprämie berechnet.

**Krankenhaustagegeld:** .....

#### Krankentagegeld - Höhe und Karenzzeit

Die Karenzzeit ist eine Wartezeit, nach deren Ablauf die Leistung des Krankentagegeldes beginnt. Hier können Sie die Dauer der Karenzzeit und die Höhe des zu versichernden Tagessatzes eingeben. Sind diese Werte erfasst, werden die jeweiligen Krankentagegeldtarife der Gesellschaften mit den hinterlegten Kriterien in der Analyse berücksichtigt. Wird hier keine Eingabe vorgenommen, werden die Krankenvollprodukte ohne Krankentagegeld analysiert.

**Krankentagegeld:** .....

**Karenzzeit:** .....

#### Selbstbehaltstufen Krankenversicherung

Hier können Sie die Höhe des gewünschten Selbstbehalts festlegen. Für die Analyse der Kompaktтарife ist es wichtig, dass hier in allen Bereichen ein Wert eingetragen wird, da sich der Selbstbehalt ansonsten auf die einzelnen Bereiche aufteilt. Bitte beachten Sie: Bietet die Gesellschaft die von Ihnen angegebene Höhe nicht an, wird der nächst kleinere Wert bei der Analyse berücksichtigt. Wird nur eine höhere Selbstbehaltstufe angeboten, erfüllt der Tarif nicht alle von Ihnen gewünschten Vorgaben.

#### SB Ambulant:

-- egal --

bis 250 Euro

bis 750 Euro

bis 1250 Euro

bis 1750 Euro

bis 2250 Euro

auch über 2500 Euro

kein Selbstbehalt

bis 500 Euro

bis 1000 Euro

bis 1500 Euro

bis 2000 Euro

bis 2500 Euro

#### SB Stationär:

-- egal --

bis 250 Euro

bis 750 Euro

bis 1250 Euro

bis 1750 Euro

bis 2250 Euro

auch über 2500 Euro

kein Selbstbehalt

bis 500 Euro

bis 1000 Euro

bis 1500 Euro

bis 2000 Euro

bis 2500 Euro

#### SB Zahn:

-- egal --

bis 250 Euro

bis 750 Euro

bis 1250 Euro

bis 1750 Euro

bis 2250 Euro

auch über 2500 Euro

kein Selbstbehalt

bis 500 Euro

bis 1000 Euro

bis 1500 Euro

bis 2000 Euro

bis 2500 Euro

#### Kinderalleinversicherung

Einige Gesellschaften bieten unabhängig von der Kindernachversicherung auch die Möglichkeit an, ein Kind alleine, d.h. ohne dass ein Elternteil bereits beim Anbieter versichert ist, zu versichern. Hier können Sie festlegen, ob eine solche Alleinversicherung gewünscht ist.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Frage: Kinderalleinversicherung

#### Mögliche Antwort/en:

- Nur Tarife berücksichtigen, in denen Kinder allein versicherbar sind

Hier können Sie festlegen, ob nur Tarife gewünscht werden, die Kinder allein versichern. Achtung: Dieses Kriterium hat eine Filterfunktion, Tarife, die keine Alleinversicherung anbieten, werden nicht in der Analyse berücksichtigt.

### ■ Ambulant

Die Leistungen aus dem ambulanten Bereich können hier festgelegt werden.

### ■ Freie Arztwahl oder Primärarztprinzip

Üblicherweise besteht in der privaten Krankenversicherung freie Arztwahl. Das Primärarztprinzip oder Hausarztprinzip legt als erste Anlaufstelle den Hausarzt fest, der, falls nötig, an den Facharzt überweist. Dieses Verfahren soll unnötige Kosten sparen.

Wichtig: Nimmt der Patient bei Tarifen mit Primärarztprinzip ohne Überweisung den Facharzt in Anspruch, erfolgt eine Reduktion des Erstattungsbetrags.

- Schwerpunkt

#### Frage: Wünschen Sie freie Arztwahl oder die Erstattung nach Primärarztprinzip?

#### Mögliche Antwort/en:

- Generell freie Arztwahl gewünscht

Es werden Tarife berücksichtigt, welche die Arztwahl nicht vorab einschränken.

#### Mögliche Antwort/en:

- Auch Tarife mit Primärarztprinzip sollen berücksichtigt werden.

Diese Auswahl schränkt die verfügbaren Tarife nicht ein.

### ■ Vorsorgeuntersuchungen

In der Regel leistet der Versicherer für notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, sogenannte gezielte Vorsorgeuntersuchungen.

- Schwerpunkt

#### Frage: Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen

Lt. MB/KK werden alle gezielten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen erstattet. Einige Tarife sehen darüber hinaus noch Leistungen vor.

#### Mögliche Antwort/en:

- Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Maß hinaus

Laut MB/KK sind alle gezielten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig. Hier können Sie festlegen, ob noch weitere Untersuchungen gewünscht werden oder ob beispielsweise auf Alterseinschränkungen verzichtet werden soll.

#### Mögliche Antwort/en:

- Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen reichen aus

Der Inhalt dieser Leistungsaussage deckt sich in etwa mit dem Programm der gesetzlichen Krankenkassen.

### ■ Heilmittel

Unter Heilmitteln versteht man Mittel, die erforderlich sind, um eine Krankheit zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Sie sollen eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenwirken und/oder eine Pflegebedürftigkeit vermeiden oder vermindern.

- Schwerpunkt

#### Frage: Art der Heilmitteldefinition

Einige Anbieter bieten eine detaillierte Auflistung aller erstattungsfähigen Heilmittel, andere sprechen beispielsweise von „notwendigen“ Heilmitteln. Legen Sie fest, ob Sie eine vollständige Auflistung wünschen.

#### Mögliche Antwort/en:

- Abschließende Aufzählung der Heilmittel gewünscht

Eine vollständige Auflistung der Heilmittel schafft größere Sicherheit im Leistungsfall. Allerdings besteht auch bei der Definition „notwendig“ in vielen Fällen die Wahrscheinlichkeit der Erstattungsfähigkeit des Heilmittels.

#### Mögliche Antwort/en:

- offene Aufzählung der Heilmittel gewünscht

Diese Option schränkt die Produktauswahl ein.

- Schwerpunkt

#### Frage: Welche speziellen Heilmittel sollen versichert sein?

Hier können Sie festlegen, für welche speziellen Heilmittel geleistet werden soll.

#### Mögliche Antwort/en:

- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (= Logopädie) ist die Untersuchung und Behandlung von Menschen jeden Alters mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, die organisch oder funktionell verursacht werden, aber auch Maßnahmen zur Prävention.

#### Mögliche Antwort/en:

- Ergotherapie

Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen und psychischen Funktionen und Fähigkeiten.

#### Mögliche Antwort/en:

- Podologie

Die Podologie beschreibt die nichtärztliche Heilkunde am Fuß. Die Maßnahmen eines Podologen dienen unter anderem der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus.

### ■ Psychotherapie

In vielen Tarifen ist die Leistung für Psychotherapie ausgeschlossen oder es ist nur eine begrenzte Anzahl an psychotherapeutischen Sitzungen erstattungsfähig. Auch gibt es Einschränkungen der erstattungsfähigen Heilbehandler.

- Schwerpunkt

#### Frage: Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie

Hier können Sie die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen festlegen.

#### Mögliche Antwort/en:

- Mindestens 40 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers

Oft wird nur eine begrenzte Anzahl an psychotherapeutischen Sitzungen erstattet, obwohl der therapeutische Prozess noch läuft. Wird die Therapie dann zu früh abgebrochen, weil die anfallenden Kosten nicht mehr durch den Versicherer gedeckt werden, kann der erarbeitete Teilerfolg der Therapie zunichte gemacht werden. Insofern kann eine Begrenzung auf eine bestimmte Stundenzahl auch unwirtschaftlich sein. Die Auswahl wird hier auf Tarife eingeschränkt, die mindestens 40 Sitzungen erstatten.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Mögliche Antwort/en:

- Auch Tarife mit weniger als 40 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers

Oft wird nur eine begrenzte Anzahl an psychotherapeutischen Sitzungen erstattet, obwohl der therapeutische Prozess noch läuft. Wird die Therapie dann zu früh abgebrochen, weil die anfallenden Kosten nicht mehr durch den Versicherer gedeckt werden, kann der erarbeitete Teilerfolg der Therapie zunichte gemacht werden. Insofern kann eine Begrenzung auf eine bestimmte Stundenzahl auch unwirtschaftlich sein.

- Schwerpunkt

### Frage: Welche Heilbehandler sollen bei ambulante Psychotherapie erstattungsfähig sein?

Eine Psychotherapie kann durch Psychologen, Ärzte oder Sozialpädagogen mit entsprechender Zusatzausbildung (diese dürfen nur Kinder- und Jugendtherapie durchführen), sowie von Heilpraktikern für Psychotherapie durchgeführt werden.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung auch für andere Heilbehandler, wie psychologische Psychotherapeuten etc. gewünscht

Psychologische Psychotherapeuten sind Therapeuten, die sich nach abgeschlossenem Psychologiestudium als Diplom-Psychologe auf dem Gebiet der Psychotherapie mit den Verfahren der Psychoanalyse/Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie spezialisiert haben. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben sich nach einem abgeschlossenen Studium der Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik weitergebildet. In manchen Bundesländern reicht als Voraussetzung auch die Sozialarbeit oder ein Lehramt. Heilpraktiker mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie dürfen körperliche und seelische Leiden feststellen und eine eigene Therapie auch mit körperlichen Behandlungen durchführen. Allerdings dürfen sie keine verschreibungspflichtigen Medikamente und Betäubungsmittel verordnen. Heilpraktiker für Psychotherapie dürfen generell keine Verordnung von Medikamenten und keine körperlichen Behandlungen vornehmen, sie dürfen nur psychotherapeutisch wirken.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für Ärzte reicht aus

Psychologische Psychotherapeuten sind Therapeuten, die sich nach abgeschlossenem Psychologiestudium als Diplom-Psychologe auf dem Gebiet der Psychotherapie mit den Verfahren der Psychoanalyse/Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie spezialisiert haben. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben sich nach einem abgeschlossenen Studium der Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik weitergebildet. In manchen Bundesländern reicht als Voraussetzung auch die Sozialarbeit oder ein Lehramt. Heilpraktiker mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie dürfen körperliche und seelische Leiden feststellen und eine eigene Therapie auch mit körperlichen Behandlungen durchführen. Allerdings dürfen sie keine verschreibungspflichtigen Medikamente und Betäubungsmittel verordnen. Heilpraktiker für Psychotherapie dürfen generell keine Verordnung von Medikamenten und keine körperlichen Behandlungen vornehmen, sie dürfen nur psychotherapeutisch wirken. Diese Auswahl schränkt die verfügbaren Tarife nicht ein.

## ■ Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

- Schwerpunkt

### Frage: Art des Hilfsmittelkataloges

In der Regel wird zwischen dem abgeschlossenen und dem offenen Hilfsmittelkatalog unterschieden. Der abgeschlossene Katalog leistet nur für die Hilfsmittel, die auch in den Bedingungen genannt sind. Der offene Hilfsmittelkatalog nimmt keine Einschränkung auf bestimmte Hilfsmittel vor, allerdings ist hier dann auch keine Transparenz gegeben.

### Mögliche Antwort/en:

- geschlossener Hilfsmittelkatalog

Der geschlossene Hilfsmittelkatalog ist die am meist verwendete Form der Aufzählung in den Bedingungen. Sie hat keinen abschließenden Charakter, allerdings wird auch nicht unbegrenzt für alle Hilfsmittel geleistet.

### Mögliche Antwort/en:

- offener Hilfsmittelkatalog gewünscht

Der offene Hilfsmittelkatalog nimmt keine Einschränkung auf bestimmte, also in der Bedingung genannte, Hilfsmittel vor. Hier wird im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit geleistet.

- Schwerpunkt

### Frage: Umfang der Hilfsmittel

Hier können Sie festlegen, für welche Hilfsmittel geleistet werden soll.

### Mögliche Antwort/en:

- Orthopädische Hilfsmittel

Unter den Bereich der orthopädische Hilfsmittel fallen Geh- und Stützapparate sowie orthopädische Schuhe und Einlagen. Orthopädische Schuhe bzw. Einlagen werden einzeln nach Maß und Modell hergestellt, um den kranken oder fehlerhaften Fuß einschließlich Sprunggelenk zu betten, zu entlasten, zu stützen, zu korrigieren oder um Fußdefekte und Beinlängenunterschiede auszugleichen. Ein Stützapparat (=Orthese) ist ein Hilfsmittel, dass zur Unterstützung von eingeschränkt funktionstüchtigen Körperteilen eingesetzt wird. (z. B. Korsett, Halskrausen). Ein Gehapparat (=Gehhilfe) ist ein Hilfsmittel für dauernd oder vorübergehend gehbehinderte Personen zur Unterstützung der eigenständigen Fortbewegung durch Gehen.

### Mögliche Antwort/en:

- Prothesen, Körperersatzstücke

Ein Körperersatzstück (=Prothese) ist der künstliche, aus körperfremden Material hergestellte Ersatz eines fehlenden Körperteils z. B. eine Arm- oder Beinprothese.

### Mögliche Antwort/en:

- Krankenfahrstühle, Rollatoren

Unter den Bereich der technischen Hilfsmittel fallen Krankenfahrstühle sowie Rollatoren. Der Krankenfahrstuhl (Rollstuhl) ist ein Fahrzeug für Menschen, die aufgrund körperlicher Behinderung in der Fähigkeit zum Gehen beeinträchtigt sind. Der Rollstuhl ermöglicht es diesen Menschen, weiterhin mobil zu sein. Der Rollator ist die Bezeichnung für eine fahrbare Gehilfe.

### Mögliche Antwort/en:

- lebenserhaltende Hilfsmittel

Unter den Bereich der lebenserhaltenden Hilfsmittel fällt die künstliche Ernährung sowie Heimdialysegeräte, Atemüberwachungsmonitore, Sauerstoffgeräte, Infusions-, Insulinpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Herzüberwachungsmonitore, Pulsoximeter.

### Mögliche Antwort/en:

- sonstige Hilfsmittel

Unter den Bereich der sonstigen Hilfsmittel fallen beispielsweise Hörgeräte, Sprechhilfen, Inkontinenzartikel, Bandagen, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, Blindenhunde, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte und Wechseldruckmatratzen.

- Schwerpunkt

### Frage: Erstattung für Sehhilfen

Hier können Sie festlegen, ob sowohl für Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen geleistet werden soll oder ob eine eingeschränkte Leistung ausreichend ist.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen

Eine Sehhilfe ist ein zum Ausgleich von Fehlsichtigkeit eingesetztes optisches Gerät.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für Brillengestelle und Gläser reicht aus

Eine Sehhilfe ist ein zum Ausgleich von Fehlsichtigkeit eingesetztes optisches Gerät. Wichtig: bei dieser Auswahlmöglichkeit wird auf die Erstattungsfähigkeit von Kontaktlinsen verzichtet.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für Brillengestelle reicht aus  
Eine Sehhilfe ist ein zum Ausgleich von Fehlsichtigkeit eingesetztes optisches Gerät.  
Wichtig: diese Auswahlmöglichkeit ist auf die Erstattungsfähigkeit von Brillenfassungen beschränkt.

### ■ Heilpraktiker und alternative Heilmethoden

Lt. MB/KK werden Leistungen von Heilpraktikern im Sinne des Heilpraktikergesetzes erstattet, wenn tariflich zugesagt. Bei alternativen Heilmethoden besteht Erstattungspflicht für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinische Methode zur Verfügung steht.

- Schwerpunkt

### Frage: Sollen Heilpraktiker und alternative Heilmethoden erstattungsfähig sein?

Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung von Heilpraktikerleistungen gewünscht ist und ob darüber hinaus noch für zusätzliche alternative Heilmethoden geleistet werden soll.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für Heilpraktiker-Leistungen gewünscht  
Heilpraktiker sind Heilkundige, die ohne ärztliche Approbation die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen) haben.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für zusätzliche alternative Heilmethoden gewünscht

Bei der Behandlung unheilbarer Krankheiten (Krankheiten, für die es kein schulmedizinisches Mittel zur Linderung oder kein Mittel zur Verhinderung der Verschlimmerung gibt) müssen die Versicherer gleichermaßen für schul- wie auch für alternativmedizinische Methoden und Arzneimittel leisten, auch wenn ein Behandlungserfolg nicht garantiert ist. Wählen Sie diese Option, wenn darüber hinaus generell für alternative Heilmethoden geleistet werden soll.

### ■ Ambulanter Transport

Es gibt tariflich große Unterschiede, welche Transportkosten erstattungsfähig sind. So schließen beispielsweise Notfall-Rettungsdienste die Transporte bei Krankheit ohne Vorliegen des Notfalls aus. Leistet der Versicherer nur für Unfalltransporte, ist der Leistungsumfang sehr eingeschränkt, da weder der Transport bei Notfall noch der Krankentransport erstattet wird.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie die Erstattung von ambulanten Transportkosten?

Hier können Sie festlegen, wie umfangreich die Leistung bei ambulanten Transporten sein soll.

### Mögliche Antwort/en:

- Ambulante Transporte sollen möglichst umfangreich abgesichert sein  
Hier werden sowohl die Art der Transportkosten als auch der Umfang der Leistungen berücksichtigt.

### Mögliche Antwort/en:

- Auch eingeschränkte Absicherung ambulanter Transporte reicht aus  
Hier werden sowohl die Art der Transportkosten als auch der Umfang der Leistungen berücksichtigt. Diese Auswahl berücksichtigt alle Tarife, die Leistungen bei ambulantem Transport vorsehen.

### ■ Künstliche Befruchtung

Es gibt bedingungsseitig große Unterschiede bei der Erstattungsfähigkeit von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. So wird beispielsweise für unterschiedlich viele Versuche oder bis zu einem bestimmten Maximalalter geleistet.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie Leistung für künstliche Befruchtung?

Hier können Sie festlegen, ob Leistungen für künstliche Befruchtung gewünscht sind.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für künstliche Befruchtung gewünscht  
Künstliche Befruchtung ist der medizinische Eingriff zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Bei verheirateten Versicherungsnehmern ist die künstliche Befruchtung eine Heilbehandlung, auch wenn die Ursache nicht beseitigt wird. Die extrakorporale Befruchtung ist medizinisch notwendig, wenn andere Verfahren nicht möglich sind. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

### ■ Ambulante Entbindung

Einige Versicherer honorieren die durch eine ambulante Entbindung angefallene Kostenersparnis mit der Zahlung einer sogenannten Entbindungspauschale. Diese fällt je nach Tarif und Gesellschaft unterschiedlich hoch aus.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie die Zahlung einer Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung?

Hier können Sie festlegen, ob eine Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung gewünscht wird.

### Mögliche Antwort/en:

- Zahlung einer Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung gewünscht  
Einige Versicherer honorieren die ambulante Entbindung bzw. die Hausentbindung und die damit verbundene Kostenersparnis der stationären Behandlung mit der Zahlung einer Pauschalleistung. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

### ■ Gebührenordnung (GOÄ)

Die Gebührenordnung für Ärzte ist die amtliche Grundlage für die Privatliquidation des Arztes soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung zu bemessen.

- Schwerpunkt

### Frage: Welche Abrechnung nach GOÄ soll erstattungsfähig sein?

Hier können sie festlegen, ob eine Abrechnung des Arztes über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus erstattungsfähig sein soll oder ob eine Erstattung nach den Höchst- bzw. Regelsätzen ausreichend ist.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung soll auch über Höchstsätze hinaus erfolgen  
Die Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.  
Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.  
Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.  
Bei besonders umfangreichen Behandlungen hat der Arzt die Möglichkeit, die Höchstsätze zu überschreiten, was allerdings eine Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient voraussetzt. Dies wird aber nicht von allen Versicherern erstattet. Diese Option schränkt die Tarifausswahl deutlich ein.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis zu den Höchstsätzen gewünscht

Die Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.  
Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.  
Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.  
In besonders schwierigen und zeitaufwendigen Fällen dürfen Ärzte den Regelsatz überschreiten.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung soll mindestens nach Regelsätzen erfolgen

Die Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.  
Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.  
Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.

## ■ Stationär

Die Leistungen aus dem stationären Bereich können hier festgelegt werden.

### ■ stationäre Leistungen

Unter den Begriff Wahlleistungen fallen sowohl die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer als auch die Behandlung durch einen Privatarzt. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen die Unterbringung im Mehr- oder Dreibettzimmer bzw. die Behandlung durch den Stationsarzt.

- Schwerpunkt

### Frage: Welche Krankenhausleistungen sollen erstattet werden?

Hier können Sie festlegen, ob der Versicherungsschutz die Unterbringung in einem Zwei- und/oder Einbettzimmer bzw. die Behandlung durch einen Chefarzt beinhalten soll oder eine Absicherung von allgemeinen Krankenhausleistungen ausreichend ist.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarzt gewünscht

Mit dem Krankenhaus kann die Unterbringung in einem Einbettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) vereinbart werden. Die Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) abhängig gemacht werden. Für die besondere Unterbringung berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag. Die Höhe dieses Zuschlags muss in einem angemessenen Verhältnis zur gebotenen Leistung stehen. Allerdings muss diese Leistung zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen versichert werden.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Zweibettzimmer und Chefarzt gewünscht

Mit dem Krankenhaus kann die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) vereinbart werden. Die Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) abhängig gemacht werden. Für die besondere Unterbringung berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag. Die Höhe dieses Zuschlags muss in einem angemessenen Verhältnis zur gebotenen Leistung stehen. Allerdings muss diese Leistung zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen versichert werden.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen reichen aus

Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife auf die ein, die weder Leistung für Ein- oder Zweibettzimmer als auch für Chefarzt vorsehen.

### ■ Belegarzt

Hier kann festgelegt werden, ob eine Erstattung von Belegarztkosten gewünscht ist.

- Schwerpunkt

### Frage: Sollen die Kosten eines Belegarztes erstattet werden?

Der Belegarzt ist ein nicht im Krankenhaus angestellter Arzt. Er ist jedoch berechtigt, seine Patienten im Krankenhaus bei Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln. Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung für Belegarztkosten gewünscht wird.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für Belegarztkosten gewünscht

Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

### ■ Zahlung von Ersatz-KHT und Rooming-In

Ist die Erstattung eines Ein- oder Zweibettzimmers bzw. die privatärztliche Behandlung im Versicherungsschutz mit inbegriffen, zahlen einige Versicherer bei Nichtinanspruchnahme dieser Leistungen ein Ersatzkrankenhaustagegeld. Einige Tarife sehen auch Leistungen für Rooming-In vor.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie die Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegeldes?

Hier können Sie festlegen, ob Sie eine hohe bzw. niedrige Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld wünschen.

### Mögliche Antwort/en:

- Hohe Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld gewünscht

Die Höhe des Ersatzkrankenhaustagegeldes ist tarifabhängig und kann sehr unterschiedlich ausfallen. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

### Mögliche Antwort/en:

- Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld gewünscht

Die Höhe des Ersatzkrankenhaustagegeldes ist tarifabhängig und kann sehr unterschiedlich ausfallen. Bei dieser Auswahlmöglichkeit fließen alle Tarife mit ein, die unabhängig von der Höhe eine Zahlung von Ersatzkrankenhaustagegeld vorsehen.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Rooming-In-Leistungen?

Wenn ein Kind stationär behandelt werden muss, ist es in vielen Krankenhäusern möglich, ein Bett für ein Elternteil bereit zu stellen. Hier können Sie festlegen, ob diese Leistung im Versicherungsschutz enthalten sein soll.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Rooming-In gewünscht

Diese Auswahlmöglichkeit schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine Leistung bei Rooming-In vorsehen.

### ■ Stationärer Transport

Der Umfang von Leistungen bei Transportfahrten und Rettungseinsätzen zu stationären Krankenhausbehandlungen ist je nach Tarif unterschiedlich hoch. Es existieren unterschiedliche Voraussetzungen und Einschränkungen im Versicherungsschutz.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Schwerpunkt

#### Frage: Umfang der stationären Transportkosten

Beim Umfang der erstattungsfähigen Transportkosten gibt es verschiedene Einschränkungen und Voraussetzungen, so werden beispielsweise Kilometerbegrenzungen vorgenommen. Hier können Sie festlegen, wie umfangreich die Erstattung von stationären Transportkosten ausfallen soll.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Stationäre Transporte sollen möglichst umfangreich abgesichert sein

Beim Umfang der erstattungsfähigen Transportkosten gibt es verschiedene Einschränkungen und Voraussetzungen, so werden beispielsweise Kilometerbegrenzungen vorgenommen oder es ist nur der Transport ins nächst erreichbare Krankenhaus erstattungsfähig.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Auch eingeschränkte Absicherung stationärer Transporte reicht aus

Beim Umfang der erstattungsfähigen Transportkosten gibt es verschiedene Einschränkungen und Voraussetzungen, so werden beispielsweise Kilometerbegrenzungen vorgenommen oder es ist nur der Transport ins nächst erreichbare Krankenhaus erstattungsfähig. Die Auswahl berücksichtigt alle Tarife, die eine Erstattung von Transportkosten vorsehen.

### ■ Gemischte Anstalten

Lt. MB/KK wird für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, die tariflichen Leistungen dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

### Schwerpunkt

#### Frage: In welcher Form sollen Leistungen für gemischte Anstalten erbracht werden?

Hier können Sie festlegen, ob eine Leistung für gemischte Anstalten nach vorheriger schriftlicher Zusage ausreichend ist oder ob Tarife mit umfangreicheren Regelungen gewünscht werden.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Umfangreiche Erstattung für gemischte Anstalten und Leistung für medizinisch notwendige Heilbehandlung eines Rheumaleidens in spezialisierten Heilstätten gewünscht

Eine Erstattungsfähigkeit bei gemischten Anstalten ist nur gegeben, wenn der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat, der Versicherer kann sich aber nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn eine med. notwendige Heilbehandlung durchgeführt wurde, die eine stationäre Behandlung erforderte; bei Notfallweisung; wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung ist oder wenn während des Aufenthaltes in einer gemischten Anstalt eine akute Erkrankung eintrat. Leistet der Versicherer außerdem noch für medizinisch notwendige Heilbehandlung bei Rheumaleiden, wird dies hier berücksichtigt. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife allerdings stark ein.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Umfangreiche Erstattung für gemischte Anstalten gewünscht

Eine Erstattungsfähigkeit bei gemischten Anstalten ist nur gegeben, wenn der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich aber nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn eine med. notwendige Heilbehandlung durchgeführt wurde, die eine stationäre Behandlung erforderte; bei Notfallweisung; wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung ist oder wenn während des Aufenthaltes in einer gemischten Anstalt eine akute Erkrankung eintrat.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Leistung nur nach vorheriger schriftlicher Zusage reicht aus

Eine Erstattungsfähigkeit bei gemischten Anstalten ist nur gegeben, wenn der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat.

### ■ Stationäre Psychotherapie

Oft wird für eine stationäre Psychotherapie gar nicht oder nur bedingt geleistet. Dann begrenzt der Versicherer die Behandlung beispielsweise auf eine bestimmte Anzahl an Tagen.

### Schwerpunkt

#### Frage: Wünschen Sie Leistung bei stationärer Psychotherapie?

Hier können Sie festlegen, ob und mit welcher Anzahl eine stationäre Psychotherapie erstattet werden soll.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Leistung bei stationärer Psychotherapie für eine unbegrenzte Dauer

Oft wird nur eine begrenzte Anzahl an psychotherapeutischen Sitzungen erstattet, obwohl der therapeutische Prozess noch läuft. Wird die Therapie dann zu früh abgebrochen, weil die anfallenden Kosten nicht mehr durch den Versicherer gedeckt werden, kann der erarbeitete Teilerfolg der Therapie zunichte gemacht werden. Insofern kann eine Begrenzung auf eine bestimmte Stundenzahl auch unwirtschaftlich sein. Die Auswahl wird hier auf Tarife eingeschränkt, die für eine unbegrenzte Dauer leisten.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Leistung bei stationärer Psychotherapie für max. 20 Tage reicht aus

Oft wird nur eine begrenzte Anzahl an psychotherapeutischen Sitzungen erstattet, obwohl der therapeutische Prozess noch läuft. Wird die Therapie dann zu früh abgebrochen, weil die anfallenden Kosten nicht mehr durch den Versicherer gedeckt werden, kann der erarbeitete Teilerfolg der Therapie zunichte gemacht werden. Insofern kann eine Begrenzung auf eine bestimmte Stundenzahl auch unwirtschaftlich sein. Die Auswahl wird hier auf Tarife eingeschränkt, die für stationäre Psychotherapie leisten, dies aber nicht unbegrenzt tun.

### ■ Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

Lt. MB/KK sind Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren ausgeschlossen, alle unmittelbaren Krankheits- und Unfallfolgen einer Sucht im Rahmen der Musterbedingung mitversichert. Dennoch leisten einige Versicherer für die Durchführung einer stationären Entziehungs- bzw. Entwöhnungsmaßnahme.

### Schwerpunkt

#### Frage: Wünschen Sie Leistung für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen?

Hier können Sie festlegen, ob Leistungen für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen gewünscht sind.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Leistung für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen gewünscht

Lt. MB/KK sind Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren ausgeschlossen, alle unmittelbaren Krankheits- und Unfallfolgen einer Sucht im Rahmen der Musterbedingung mitversichert. Eine Entgiftung zählt als lebenserhaltende Maßnahme und ist somit durch medizinische Notwendigkeit erstattungsfähig. Diese Option schränkt die Auswahl auf die Tarife ein, die eine bedingungsseitige Regelung für stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen vorsehen.

### ■ Gebührenordnung (GOÄ)

Die Gebührenordnung für Ärzte ist die amtliche Grundlage für die Privatliquidation des Arztes soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung zu bemessen.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Schwerpunkt

#### Frage: Welche Abrechnung nach GOÄ soll erstattungsfähig sein?

Hier können sie festlegen, ob eine Abrechnung des Beleg- oder evtl. Chefarztes über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus erstattungsfähig sein soll oder ob eine Erstattung nach den Höchst- bzw. Regelsätzen ausreichend ist.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Erstattung soll auch über Höchstsätze hinaus erfolgen

Die Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.

Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.

Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.

Bei besonders umfangreichen Behandlungen hat der Arzt die Möglichkeit, die Höchstsätze zu überschreiten, was allerdings eine Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient voraussetzt. Dies wird aber nicht von allen Versicherern erstattet. Diese Option schränkt die Tarifauswahl deutlich ein.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Erstattung bis zu den Höchstsätzen gewünscht

Die Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.

Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.

Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.

In besonders schwierigen und zeitaufwendigen Fällen, dürfen Ärzte den Regelsatz überschreiten.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Erstattung soll mindestens nach Regelsätzen erfolgen

Die Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.

Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.

Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.

## ■ Zahn

Die Leistungen aus dem Bereich "Zahn" können hier festgelegt werden.

### ■ Allgemeine Zahnbehandlung

Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Unter dem Begriff Zahnbehandlung werden allgemeine zahnärztliche, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen zusammengefasst.

### Schwerpunkt

#### Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Zahnbehandlung?

Hier kann festgelegt werden, wie hoch die gewünschte Erstattung von zahnärztlichen Leistungen im Allgemeinen sein soll.

Wichtig: Tarife außerhalb des genannten Erstattungsbereichs werden in der Analyse nicht berücksichtigt!

#### Mögliche Antwort/en:

##### 100 % für Zahnbehandlung gewünscht

Hier werden sowohl die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen als auch der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen berücksichtigt und nur die Tarife in die Auswahl genommen, die eine hohe Erstattung erbringen.

#### Mögliche Antwort/en:

##### 80% - 90% für Zahnbehandlung gewünscht

Hier werden sowohl die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen als auch der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen berücksichtigt und nur die Tarife in die Auswahl genommen, die mindestens eine mittlere Erstattung erbringen.

#### Mögliche Antwort/en:

##### 80% oder weniger für Zahnbehandlung gewünscht

Hier werden sowohl die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen als auch der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen berücksichtigt und alle Tarife in die Auswahl genommen, die eine Erstattung von Zahnleistungen vorsehen.

### ■ Zahnersatz

Als Zahnersatz bezeichnet man alle Formen von Materialien zur Wiederherstellung des Gebisses nach Verlust von Zahnteilen bzw. einem oder mehrerer Zähne. Die Gründe dafür können in der Schädigung von Zahn und Zahnhalteapparat durch Karies und Parodontitis liegen oder in dem Verlust durch einen Unfall.

### Schwerpunkt

#### Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Zahnersatz?

Hier kann festgelegt werden, wie hoch die gewünschte Erstattung von Zahnersatz im Allgemeinen sein soll.

Wichtig: Tarife außerhalb des genannten Erstattungsbereichs werden in der Analyse nicht berücksichtigt!

#### Mögliche Antwort/en:

##### 80% - 100% für Zahnersatz gewünscht

Hier werden sowohl die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen als auch der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen berücksichtigt und nur die Tarife in die Auswahl genommen, die eine hohe Erstattung erbringen.

#### Mögliche Antwort/en:

##### 60% - 80% für Zahnersatz gewünscht

Hier werden sowohl die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen als auch der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen berücksichtigt und nur die Tarife in die Auswahl genommen, die mindestens eine mittlere Erstattung erbringen.

#### Mögliche Antwort/en:

##### 60% oder weniger für Zahnersatz gewünscht

Hier werden sowohl die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen als auch der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen berücksichtigt und alle Tarife in die Auswahl genommen, die eine Erstattung von Zahnleistungen vorsehen.

### Schwerpunkt

#### Frage: Welche Leistungen bei Zahnersatz sollen erbracht werden?

Hier können Sie festlegen, für welche Bereiche des Zahnersatzes der Tarif Leistung vorsehen soll.

#### Mögliche Antwort/en:

##### Leistung für Prothetik gewünscht

Als prothetische Leistungen gelten Kronen/Teilkronen, gehämmerte Füllungen, Onlays, Brücken und Stützpfähle. Die Krone ist ein Oberbegriff für den sichtbaren Teil eines Zahns - unabhängig davon, ob es sich um einen natürlichen Zahn oder Zahnersatz handelt. Die Krone als Bezeichnung für Zahnersatz gibt es in unterschiedlich Formen und aus verschiedenen Materialien. Die ästhetisch hochwertigste Möglichkeit ist die Vollkeramikkrone. Eine Teilkrone ersetzt entsprechend nur einen Teil des natürlichen Zahns.

Die Brücke schließt eine Lücke von fehlenden Zähnen. Die "klassische" Brücke kann nur dann eingesetzt werden, wenn sie an beiden Seiten von Zähnen umrahmt ist, da diese als Stützpfähle benötigt werden. Gehämmerte Füllung: wird vom Arzt selber durchgeführt, besteht aus ganz weichem Gold, welches durch Fräsen als Füllung angearbeitet wird.

Ein Onlay ist eine im Dentallabor gefertigte, passgenaue Zahnfüllung, die die gesamte Kaufläche inklusive der Höcker bedeckt. Als Material wird meist Keramik oder Gold eingesetzt. Gelegentlich ist auch die Sprache vom "Overlay". Der Stützzahn wird auch Stützkronen genannt und ist eine dauerhafte Befestigung einer Krone in einer natürlichen Zahnwurzel.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Implantate gewünscht

Das Implantat ist ein im Kieferknochen verankerter Stützpfiler. Dieser Stützpfiler wird anstelle eines verlorenen Zahnes in den Knochen eingeschraubt und wächst dann fest. Er dient als Träger von Brücken oder Einzelkronen. Die Kosten für ein Zahnimplantat hängen von Aufwand und Schwierigkeit der Operation, den Materialien und der prothetischen, zahntechnischen Leistung ab.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Inlays gewünscht

Ein Inlay auch Einlagefüllung, ist eine Gussfüllung, die in der Zahnmedizin eingesetzt wird, um Kariesfolgen zu behandeln. Das laborgefertigte Inlay kann aus verschiedenen Materialien, wie Gold, Keramik, galvanische Keramik, Titan und Kunststoff hergestellt werden.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Verblendungen gewünscht

Verblendungen sind zahnfarbene Deckschichten auf Metallkronen zur sichtbaren Zahnaußenseite und evtl. zur Kaufläche und den Zahnseitenflächen hin. Das Verblendungsmaterial kann aus aufgebrannter Keramik oder Kunststoff bestehen.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie die Erstattung von Kieferorthopädie?

Die Kieferorthopädie befasst sich mit der Erkennung, Verhütung und Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen und den damit in Zusammenhang stehenden funktionellen Störungen. Hier können hohe Kosten auf den Patienten zu kommen.

### Mögliche Antwort/en:

- 80% - 100% für Kieferorthopädie gewünscht

Hier können Sie festlegen, ob Kieferorthopädische Leistungen sowohl für Kinder als auch für Erwachsene gewünscht sind.

### Mögliche Antwort/en:

- 70% - 80% für Kieferorthopädie gewünscht

Hier können Sie festlegen, ob und in welcher Höhe eine Absicherung von kieferorthopädischen Leistungen sowohl für Kinder als auch für Erwachsene gewünscht ist.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung auch unter 70% gewünscht

Hier können Sie festlegen, ob eine Absicherung von kieferorthopädischen Leistungen sowohl für Kinder als auch für Erwachsene gewünscht ist. Die Höhe der Absicherung wird hierbei nicht berücksichtigt.

## ■ Heil- und Kostenplan

Der Heil- und Kostenplan ist eine Art Kostenvoranschlag für die geplante zahnmedizinische beziehungsweise kieferorthopädische Behandlung. Der Heil- und Kostenplan ist bei vielen Versicherern zwingend zur Kostenübernahme erforderlich.

- Schwerpunkt

### Frage: Soll der Versicherer auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans verzichten?

Hier können Sie festlegen, ob Sie einen generellen Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans wünschen.

### Mögliche Antwort/en:

- Nur Tarife mit Verzicht auf Heil- und Kostenplan gewünscht

Da fast alle Tarife die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vorsehen, schränkt diese Auswahl die Möglichkeit der Tarife stark ein.

### Mögliche Antwort/en:

- Verzicht auf Heil- und Kostenplan ist nicht erforderlich

Diese Auswahl schränkt die Möglichkeit der Tarife nicht ein.

## ■ Staffelregelung

Die Zahnstaffel /-begrenzung bedeutet, dass die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten Versicherungsjahren begrenzt sind. Die Höhe der Begrenzung und die Dauer ist je nach Gesellschaft und Tarif ganz unterschiedlich. Einige Gesellschaften haben überhaupt keine Zahnstaffel /-begrenzung und andere Gesellschaften verzichten nach Vorlage eines positiven zahnärztlichen Befundberichtes auf eine Begrenzung.

- Schwerpunkt

### Frage: Wünschen Sie den Verzicht auf eine Zahnstaffel?

Hier können Sie festlegen, ob Tarife mit Zahnstaffel bei der Auswahl berücksichtigt werden sollen und falls ja, wie hoch diese sein soll.

### Mögliche Antwort/en:

- Tarife ohne oder mit hoher Zahnstaffel gewünscht

Hier werden nur Tarife berücksichtigt, die entweder hohe Leistungen in den ersten Jahren vorsehen oder ganz auf die Einschränkung verzichten und schon ab dem ersten Versicherungsjahr unbegrenzt leisten. Daher schränkt diese Option die Auswahl der Tarife ein.

### Mögliche Antwort/en:

- Tarife mit mittlerer Zahnstaffel gewünscht

Hier werden Tarife mit durchschnittlicher Zahnstaffel berücksichtigt.

### Mögliche Antwort/en:

- Auch Tarife mit geringer Zahnstaffel berücksichtigen

Bei dieser Auswahl werden auch die Tarife berücksichtigt, die eine niedrige Leistung in den ersten Jahren vorsehen und damit stark in der Erstattung eingeschränkt sind. Die Auswahl der Tarife wird dadurch nicht eingeschränkt.

## ■ Gebührenordnung (GOZ)

Die Gebührenordnung für Zahnärzte ist die amtliche Grundlage für die Privatliquidation des Zahnarztes soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung zu bemessen.

- Schwerpunkt

### Frage: Welche Abrechnung nach GOZ soll erstattungsfähig sein?

Hier können sie festlegen, ob eine Abrechnung des Zahnarztes über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus erstattungsfähig sein soll oder ob eine Erstattung nach den Höchst- bzw. Regelsätzen ausreichend ist.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung soll auch über Höchstsätze hinaus erfolgen

Die Regelhöchstsätze der GOZ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.

Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.

Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.

Bei besonders umfangreichen Behandlungen hat der Zahnarzt die Möglichkeit, die Höchstsätze zu überschreiten, was allerdings eine Honorarvereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient voraussetzt. Dies wird aber nicht von allen Versicherern erstattet. Diese Option schränkt die Tarifausswahl deutlich ein.

# Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

## ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung bis zu den Höchstsätzen gewünscht

Die Regelhöchstsätze der GOZ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.  
Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.  
Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.  
In besonders schwierigen und zeitaufwendigen Fällen dürfen Zahnärzte den Regelsatz überschreiten.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung soll mindestens nach Regelsätzen erfolgen

Die Regelhöchstsätze der GOZ sind der 3,5fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 2,5fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,3fache Satz für Laborleistungen.  
Die Regelsätze sind der 2,3fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,8fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15fache Satz für Laborleistungen.  
Die Sätze für den Standardtarif sind der 1,7fache Satz für persönliche ärztliche Leistungen, der 1,35fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1fache Satz für Laborleistungen.

## ■ Kur

Die Leistungen aus dem Bereich ambulante und stationäre Kur können hier festgelegt werden.

### ■ Ambulante Kur aus dem Krankheitskostenvolltarif

Lt. MB/KK § 5 Abs. 1d ist die Kur- und Sanatoriumsbehandlung ausgeschlossen. Des weiteren ist den MB/KK § 5 Absatz 1e die ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort ausgeschlossen. Diese Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort Ihren ständigen Wohnsitz hat.

Wichtig: Einige Gesellschaften bieten im Bereich Kur separate Tarife an, die nicht in die Analyse mit einfließen.

- Schwerpunkt

**Frage: Sollen Leistungen bei ambulanter Kur bzw. ambulanter Heilbehandlung in einem Kurort erstattet werden?**

Hier können Sie festlegen, ob Leistungen für ambulante Heilbehandlung in einem Kurort / Heilbad erbracht werden sollen bzw. ob eine Kostenübernahme für ambulante Kuren gewünscht wird.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für ambulante Heilbehandlung in einem Kurort / Heilbad gewünscht

Lt. MB/KK § 5 Absatz 1e ist die ambulante Heilbehandlung in einem Kurort / Heilbad ausgeschlossen. Wird dennoch Leistung hierfür gewünscht, muss dies tariflich vereinbart sein. Da die Versicherer aber größtenteils auf diese Einschränkung verzichten, schränkt diese Option die Auswahl der Tarife kaum ein.

### Mögliche Antwort/en:

- Erstattung für ambulante Kur gewünscht

An Hand folgender Kriterien ist eine reine Kurbehandlung zu erkennen:  
- klimatisch günstig gelegene Einrichtung  
- für spezielle Zielrichtung ausgestattet  
- Aufnahme Genesender und chronisch Kranker  
- Vorwiegend natürliche Heilanwendungen  
- Herauslösen aus der gewohnten Umgebung  
- Krankenhausbehandlung nicht notwendig

Das typische Beispiel für eine ambulante Kur ist eine Badekur mit Massagen, Fangopackungen usw. Die Kosten für die Unterbringung in Hotel oder Pension während der Kurmaßnahme bezahlt der Versicherte selbst. Viele Versicherungen bieten einen zeitlich begrenzten Zuschuss für diese Maßnahmen an. Die Behandlungen werden, soweit medizinisch notwendig und vom Arzt verordnet, übernommen. Folgende Einschränkungen sind dabei denkbar:

- Leistung bei medizinischer Notwendigkeit
  - Leistung für max. 4 Wochen, erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 3 Jahren
  - Leistung bis max. 50 Euro pro Tag, max. 28 Tage, alle 24 Monate.
- Da lt. MB/KK die Leistung bei Kur ausgeschlossen ist, muss diese tariflich vereinbart sein. Daher schränkt diese Option die Auswahl der Tarife ein.

### ■ Stationäre Kur / Anschlussheilbehandlung / Reha aus dem Krankheitskostenvolltarif

Die stationäre Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung unterscheidet sich von der ambulanten Kur vor allem dadurch, dass man sich ständig unter ärztlicher Leitung befindet. Ärztliche Leitung bezieht sich auf den gesamten Kuraufenthalt, also auch die Unterbringung, Verpflegung und Lebensgestaltung.

Wichtig: Einige Gesellschaften bieten im Bereich Kur separate Tarife an, die nicht in die Analyse mit einfließen.

- Schwerpunkt

**Frage: Wünschen Sie Leistung bei stationärer Kur / AHB / Reha?**

Hier können Sie festlegen, wie umfangreich die Erstattung im Bereich der stationären Kur ausfallen soll.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung bei Kur, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation gewünscht

Die stationäre Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung unterscheidet sich von der ambulanten Kur vor allem dadurch, dass man sich ständig unter ärztlicher Leitung befindet. Ärztliche Leitung bezieht sich auf den gesamten Kuraufenthalt, also auch die Unterbringung, Verpflegung und Lebensgestaltung.  
Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Sie kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. Ziel ist eine bessere Ausheilung der Erkrankung und eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen- und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation gewünscht

Die stationäre Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung unterscheidet sich von der ambulanten Kur vor allem dadurch, dass man sich ständig unter ärztlicher Leitung befindet. Ärztliche Leitung bezieht sich auf den gesamten Kuraufenthalt, also auch die Unterbringung, Verpflegung und Lebensgestaltung.  
Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Sie kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. Ziel ist eine bessere Ausheilung der Erkrankung und eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen- und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung.

### Mögliche Antwort/en:

- Leistung für Anschlussheilbehandlung gewünscht

Die stationäre Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung unterscheidet sich von der ambulanten Kur vor allem dadurch, dass man sich ständig unter ärztlicher Leitung befindet. Ärztliche Leitung bezieht sich auf den gesamten Kuraufenthalt, also auch die Unterbringung, Verpflegung und Lebensgestaltung.  
Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Sie kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. Ziel ist eine bessere Ausheilung der Erkrankung und eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen- und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung.

## ■ Allgemeine Regelungen

Die Leistungen bei Auslandsaufenthalten, sowie die Regelungen zu Wartezeiten und Umstellungsoptionen können hier festgelegt werden.

### ■ Auslandsaufenthalte aus dem Krankheitskostenvolltarif

Lt. MB/KK erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz auch ohne besondere Vereinbarung.

Wichtig: Wichtig: Einige Gesellschaften bieten für den Bereich Ausland separate Tarife an, die nicht in die Analyse mit einfließen.

## Bedarfsanalyse zur Krankenversicherung

### ■ Die Bedarfsanalyse »Produktspezifische Anforderungen«

Schwerpunkt

**Frage: Welchen Geltungsbereich wünschen Sie?**

Hier können Sie den Geltungsbereich festlegen.

**Mögliche Antwort/en:**

- Weltweiter Versicherungsschutz gewünscht  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

**Mögliche Antwort/en:**

- Schutz in Europa und Übersee reicht aus  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

**Mögliche Antwort/en:**

- Schutz in Europa reicht aus  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife nicht ein.

Schwerpunkt

**Frage: Wie lange soll Versicherungsschutz im Ausland gewährt werden?**

Lt. MB/KK besteht Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats. Tariflich gibt es hier große Unterschiede bis hin zum unbefristeten Auslandsaufenthalt. Hier können Sie festlegen, innerhalb welchen Zeitraums Sie unbefristeten weltweiten Versicherungsschutz wünschen.

**Mögliche Antwort/en:**

- Unbefristeter Versicherungsschutz, mindestens 12 Monate gewünscht  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

**Mögliche Antwort/en:**

- Mindestens sechs Monate gewünscht  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

**Mögliche Antwort/en:**

- Auch weniger als sechs Monate reichen aus  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife nicht ein.

Schwerpunkt

**Frage: Soll Versicherungsschutz für Rücktransport und Überführung bestehen?**

In den MB/KK wird für die Kostenübernahme bei Rücktransport bzw. Überführung keine Regelung getroffen, diese beiden Leistungen sind tarifabhängig. Hier können Sie festlegen, ob eine Erstattung bei Rücktransport aus dem Ausland bzw. bei Überführung im Todesfall gewünscht wird.

**Mögliche Antwort/en:**

- Leistung für Rücktransport und Überführung gewünscht  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife auf die Tarife ein, die sowohl für den Rücktransport als auch für die Überführung aus dem Ausland Leistungen erbringen. Der Umfang der Leistungen wird hierbei nicht berücksichtigt.

**Mögliche Antwort/en:**

- Leistung für Rücktransport reicht aus  
Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife auf die Tarife ein, die Leistungen für den Rücktransport aus dem Ausland erbringen. Der Umfang der Leistungen wird hierbei nicht berücksichtigt.

■ **Wartezeiten**

Bei Neuabschluss einer Krankenversicherung bzw. bei Erhöhung des Versicherungsschutzes sind allgemeine und besondere Wartezeiten einzuhalten. Lt. MB/KK beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate und die besonderen Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

Schwerpunkt

**Frage: Wünschen Sie den Verzicht auf Wartezeiten?**

Hier können Sie festlegen, ob der Versicherer generell auf die Einhaltung von Wartezeiten verzichten soll, ob ein Wartezeitverzicht bei Erhöhung ausreichend ist oder ob auch Tarife mit allgemeinen und besonderen Wartezeiten lt. MB/KK in die Auswahl mit einfließen sollen.

**Mögliche Antwort/en:**

- Tarife mit Verzicht auf Wartezeiten gewünscht  
Tariflich kann der Verzicht der allgemeinen und besonderen Wartezeiten vereinbart werden. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

**Mögliche Antwort/en:**

- Tarife mit Verzicht auf Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes reichen aus  
Wird nicht generell auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten verzichtet, kann tariflich vereinbart werden, dass zumindest bei Erhöhung des Versicherungsschutzes auf die Einhaltung von Wartezeiten verzichtet wird. Diese Option schränkt die Auswahl der Tarife ein.

**Mögliche Antwort/en:**

- Tarife mit Wartezeiten reichen aus  
Da hier alle Tarife berücksichtigt werden, schränkt diese Option die Auswahl der Tarife nicht ein.

■ **Umstellungsoption**

Gerade bei Abschluss eines Tarifes mit geringem Versicherungsschutz (um evtl. eine geringe Einstiegsprämie zu haben) ist es wichtig für den Versicherungsnehmer, dass der Versicherer ihm eine Umstellungsoption in Tarife mit höherwertigem Versicherungsschutz anbietet. Achtung: diese Option macht nur bei Einsteigertarifen Sinn.

Schwerpunkt

**Frage: Wünschen Sie das Angebot einer Umstellungsoption?**

Hier können Sie festlegen, ob sowohl eine Umstellungsoption in höherwertige Tarife als auch auf geringere SB-Stufen gewünscht wird oder ob eine Umstellung in eine der beiden Möglichkeiten ausreichend ist.

**Mögliche Antwort/en:**

- Umstellungsoption in höherwertige Tarife und geringere SB-Stufen gewünscht  
Bei dieser Auswahl werden nur Tarife berücksichtigt, die sowohl eine Umstellungsoption in höherwertige Tarife als auch auf geringere SB-Stufen anbieten.

**Mögliche Antwort/en:**

- Umstellungsoption in höherwertige Tarife reicht aus  
Bei dieser Auswahl werden Tarife berücksichtigt, die eine Umstellungsoption in höherwertige Tarife, aber nicht zwingend auch auf geringere SB-Stufen anbieten.

**Mögliche Antwort/en:**

- Umstellungsoption in andere SB-Stufen reicht aus  
Bei dieser Auswahl werden Tarife berücksichtigt, die eine Umstellungsoption auf geringere SB-Stufen anbieten.



GL Versicherungsmakler GmbH  
Götz Lebuhn

Kuhredder 32  
22397 Hamburg

040 - 85402850  
040 - 85402855

[goetz.lebuhn@gl-versicherungsmakler.de](mailto:goetz.lebuhn@gl-versicherungsmakler.de)