

PKV-Info

**Aktiv gegen
die Kostenspirale**



Tipps für Privatversicherte

Von steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind alle in der Bevölkerung betroffen. Natürlich werden auch andere Güter und Dienstleistungen teurer. Aber die Kosten im Gesundheitswesen steigen etwa zwei- bis dreimal so schnell wie die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Dafür gibt es viele Gründe. So ist der medizinische Fortschritt zu nennen. Neue Behandlungsmethoden kommen hinzu. Operationen am offenen Herzen, die in den siebziger Jahren noch Ausnahmefälle waren, sind heute schon fast zur Routine geworden. Neue diagnostische Verfahren, wie z.B. die Kernspintomographie, verbessern wesentlich die Voraussetzungen für eine erfolgreiche medizinische Behandlung. Aber sie sind auch teuer.

Viel muss getan werden, damit sich die Kostenspirale nicht unaufhaltsam immer schneller und weiter nach oben dreht. Gesetzgeber, Leistungsanbieter und die Versicherungen sind gefordert, ihren Teil der Verantwortung zu übernehmen. Aber auch Sie als Versicherter und Patient haben Möglichkeiten, den Kostenanstieg zu bremsen. Mit dieser Broschüre wollen wir Ihnen einige Tipps und Hinweise geben.

Ärztliche Behandlung

Als Privatversicherter können Sie frei entscheiden, von welchem

niedergelassenen Arzt Sie sich behandeln lassen. Mit dem Arzt Ihrer Wahl schließen Sie einen Behandlungsvertrag. Gemeinsam mit ihm bestimmen Sie den Untersuchungs- und Behandlungsumfang. Für die erbrachten Leistungen erhalten Sie dann direkt eine Rechnung von Ihrem Arzt. Grundlage dafür ist die Gebührenordnung für ärztliche Leistungen (GOÄ), die Sie kostenlos zusammen mit einem kurzen Leitfaden bei Ihrem PKV-Unternehmen oder auch beim PKV-Verband (Postfach 51 10 40, 50946 Köln) anfordern können.

Wie trifft man die richtige Wahl für einen Arzt seines Vertrauens? Die Antwort ist alles andere als einfach und hängt sehr von persönlichen Überlegungen ab. Viele Patienten entscheiden sich aus gutem Grund für die Betreuung durch einen Hausarzt (in der Regel ein Allgemeinarzt, Internist oder Kinderarzt). Er kennt seine Patienten oft über viele Jahre hinweg und kann weitreichende Koordinationsaufgaben übernehmen. Durch seine Erfahrung weiß er nicht nur am besten, wann eine fachärztliche oder möglicherweise auch eine stationäre Behandlung notwendig wird. Darüber hinaus kann er auch mit dazu beitragen, unnötige Doppeluntersuchungen und -behandlungen, die dem Patienten nicht nutzen, ihn oft sogar belasten, zu vermeiden.

Das Gespräch mit dem Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Leistung. Auch deshalb sind bei der letzten GOÄ-Novelle die Leistungen der „sprechenden Medizin“ deutlich höher bewertet worden. Nutzen Sie also die Möglichkeit des Gesprächs mit Ihrem Arzt, um alle wichtigen Fragen der Behandlung und Untersuchung, aber auch zur ärztlichen Honorargestaltung zu klären.

Die Rechnung, die Sie vom Arzt erhalten, beinhaltet die erbrachten Leistungen mit einer Gebühr und einem Steigerungssatz. Bei persönlich ärztlichen Leistungen darf ein Steigerungssatz bis zum 2,3fachen verwendet werden (= Regelhöchstsatz). Welchen Steigerungssatz der Arzt nimmt, hängt nach der GOÄ von der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand im individuellen Fall ab. Steigerungssätze über dem 2,3fachen, und zwar begrenzt bis zum 3,5fachen, sind nur in Ausnahmefällen möglich und müssen auf jeden Fall schriftlich und für jede einzelne Leistung begründet werden.

Den meisten Arztrechnungen liegen die jeweiligen Regelhöchstsätze zugrunde. Mit der Absicht des Verordnungsgebers deckt sich diese Praxis nicht. Im Durchschnitt bedeutet das, dass der Arzt Gebühren in Rechnung stellt, die mehr als doppelt so hoch sind wie die Gebühren zur Behandlung von Kassenpatienten. Dies sollte

dann aber auch seinen Niederschlag darin finden, wie Sie von Ihrem Arzt betreut werden: zum Beispiel welche Zeit für Gespräche zur Verfügung steht oder dass ein bestimmter Service wie z.B. bei der Vergabe von Behandlungsterminen gewährt wird.

Es gibt auch Tarife, die für die Erstattung den 1,7fachen Gebührensatz zugrunde legen und sich damit am Mittelwert zwischen dem 1,0fachen und dem 2,3fachen orientieren. Dies gilt insbesondere für den Standardtarif, der unter bestimmten Voraussetzungen über 55-jährigen Personen, in Ausnahmefällen auch schon früher, offen steht. (Nähere Informationen zu diesem Thema bietet die PKV-Info „Der Standardtarif“.) Dieser Tarif entspricht dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen und sein Beitrag darf den Höchstbeitrag zur GKV nicht überschreiten. Wenn Sie in einem solchen Tarif versichert sind, weisen sie Ihren Arzt vor Behandlungsbeginn darauf hin. Ihr PKV-Unternehmen stellt Ihnen kostenlos gerne eine Liste derjenigen Ärzte zur Verfügung, die ausdrücklich erklärt haben, bei Standardtarifversicherten den 1,7fachen Steigerungssatz nicht zu überschreiten.

Eine Arztrechnung sollten Sie genau wie jede andere Rechnung prüfen:

- Wurden alle berechneten Leistungen auch erbracht?

- Sind die verwendeten Steigerungssätze nachvollziehbar?

Offene Fragen sollten Sie zunächst unmittelbar mit Ihrem Arzt zu klären versuchen. Bezahlen müssen Sie eine Rechnung auf jeden Fall erst dann, wenn sie sachlich und rechnerisch in Ordnung ist. Im Zweifelsfall sollten Sie die Rechnung unbezahlt mit Ihren Anmerkungen versehen Ihrem PKV-Unternehmen vorlegen. Dort werden sich die Gebührenexperten ausführlich mit Ihren Fragen auseinandersetzen und sich erforderlichenfalls unmittelbar mit Ihrem Arzt in Verbindung setzen. Voraussetzung dafür ist selbstverständlich Ihr Einverständnis.

Arzneimittel

Kaum ein Patient verlässt die ärztliche Sprechstunde ohne Rezept. Rund 50.000 Arzneimittel sind in Deutschland in den Apotheken erhältlich. Worauf können Sie als Patient achten?

- Muss es immer ein Medikament sein?

Gerade bei geringfügigen Erkrankungen oder bei Befindlichkeitsstörungen ist die Einnahme eines Medikamentes nicht immer die beste Entscheidung. Jedes Medikament hat neben der – beabsichtigten – Wirkung oft mehr als eine – unbeabsichtigte – Nebenwirkung. In manchen Fällen kann der

Griff zum Hausmittel die bessere Entscheidung sein.

- Medikamente nie ohne Rat des Arztes und/oder Apothekers einnehmen.

Auch rezeptfreie Medikamente sollten nicht ohne Rat des Fachmanns genommen werden. Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker! Harmlos erscheinende Befindlichkeitsstörungen können auch einen ernsten Hintergrund haben.

- Nehmen Sie Medikamente nicht nach dem Grundsatz „viel hilft viel“.

Entscheidend ist nicht die Menge, sondern nur die richtige und von Ihrem Arzt verordnete Anwendung führt zur gewünschten Wirkung. Wer „viel“ nimmt, riskiert auch „viele“ Nebenwirkungen. Für den Behandlungserfolg kann das durchaus von Nachteil sein.

- Was ist besser, große oder kleine Packungen?

Medikamente erhalten Sie in der Regel in drei unterschiedlichen Packungsgrößen. Überlegen Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt, welche die für Sie geeignete Packungsgröße ist. Zu kleine Packungen machen häufig eine Wiederholungsverordnung durch den Arzt erforderlich. Zu große Packungen kosten nicht nur mehr Geld: Da die Lagerfähigkeit von

Arzneimitteln regelmäßig begrenzt ist, führen „gut gefüllte“ Arzneimittelschränke oft nur zu entsprechendem Sondermüll. Schätzungen gehen dahin, dass in Deutschland Jahr für Jahr Arzneimittel im Wert von bis zu 0,51 Mrd. Euro auf dem (Sonder-)Müll landen.

Auf dem Arzneimittelmarkt gibt es Preiswettbewerb. Vergleichbare Arzneimittel sind deshalb oft zu ganz verschiedenen Preisen erhältlich. Es muss nicht immer das (teure) Originalmedikament sein. Gleichwirksame sog. Generika sind in der Regel deutlich preiswerter. Die jeweils aktuellen Arzneimittelpreise kennen der Apotheker und der behandelnde Arzt. Der Arzt hat im Übrigen bei der Verordnung mehrere Möglichkeiten:

- Er nennt auf dem Rezept das konkrete Arzneimittel. Hierbei kann es sich um ein Originalpräparat oder auch um ein Generikum handeln.
- Er gibt auf dem Rezept lediglich den Wirkstoff an. In der Apotheke können sich dann Patient und Apotheker gemeinsam für ein bestimmtes Arzneimittel des betreffenden Wirkstoffes entscheiden.
- Er nennt auf dem Rezept das konkrete Arzneimittel – kreuzt aber gleichzeitig das Symbol a.s. (aut simile) an. Apotheker

und Patient haben dann die Möglichkeit, sich auch für ein anderes wirkstoffgleiches Medikament zu entscheiden.

Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

Als Privatversicherter können Sie frei entscheiden, von welchem Zahnarzt Sie sich behandeln lassen. Mit diesem Zahnarzt Ihrer Wahl schließen Sie einen Behandlungsvertrag. Gemeinsam mit ihm bestimmen Sie den Untersuchungs- und Behandlungsumfang. Für die erbrachten Leistungen erhalten Sie dann direkt eine Rechnung Ihres Zahnarztes. Grundlage dafür ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Der Text der GOZ mit dem dazugehörigen Leistungsverzeichnis ist kostenlos bei Ihrem Versicherungsunternehmen oder beim PKV-Verband (Postfach 51 10 40, 50946 Köln) erhältlich.

Wie die GOÄ kennt auch die GOZ Steigerungsfaktoren. In der Regel darf eine Gebühr bei persönlichen ärztlichen Leistungen nur zwischen dem einfachen und dem 2,3fachen Satz bemessen werden. Diesen „Regelhöchstsatz“ darf der Zahnarzt bei besonders schwierigen und zeitaufwendigen Leistungen bis zum 3,5fachen Satz überschreiten. Dies ist dann in der Rechnung schriftlich zu begründen und auf Verlangen auch näher zu erläutern.

Sowohl im Bereich der Zahnbehandlung als auch im Bereich der Zahnprothetik stehen eine Vielzahl von Alternativen zur Verfügung, wobei die Kosten der einzelnen Behandlungsarten erheblich differieren. Amalgam- oder Kunststofffüllungen sind preiswerter als Gold- oder Keramikinlays. Eine Versorgung mit Implantaten ist erheblich aufwendiger als herausnehmbarer Zahnersatz. Medizinische Verträglichkeit, Haltbarkeit, Funktionsfähigkeit, Ästhetik und natürlich der Preis sind eine Vielzahl von Kriterien, die sorgfältig überlegt werden wollen. Nicht immer ist die aufwendigere Versorgung auch die bessere. Lassen Sie sich von Ihrem Zahnarzt über die verschiedenen Behandlungsalternativen beraten.

Einige Besonderheiten gelten beim Zahnersatz. Da es sich hier um eine Leistung handelt, die sehr teuer werden kann, sollten Sie sich vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan von Ihrem Zahnarzt erstellen lassen, aus dem sich die geplanten Maßnahmen sowie der zu erwartende Kostenaufwand ersehen lassen. Bitte legen Sie diesen Heil- und Kostenplan zunächst Ihrem PKV-Unternehmen zur Prüfung vor, damit Ihnen bereits vor Beginn der Behandlung gesagt werden kann, mit welchen Erstattungsleistungen und mit welchem Eigenanteil Sie zu rechnen haben. Wollen Sie Ihre Eigenbelastung senken, dann besteht

noch genügend Zeit, z.B. nach kostengünstigeren Behandlungsalternativen zu suchen.

Eine Rechnung über Zahnersatz umfasst neben der zahnärztlichen Leistung auch die Arbeiten des zahntechnischen Labors. Die meisten Zahnärzte arbeiten mit externen zahntechnischen Labors zusammen. Hier ist bei der Rechenungskontrolle bzw. bei der Prüfung des Heil- und Kostenplans zu berücksichtigen, dass ein zahntechnisches Labor bei der Berechnung seiner Leistungen nicht an eine amtliche Gebührenordnung gebunden ist. Zwar gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung feste Preise, die auch oft bei Privatpatienten angewendet werden, aber eben nicht immer. Ein Patient ist deshalb gut beraten, bei überhöhten Preisen eines zahntechnischen Labors gemeinsam mit seinem Zahnarzt zu überlegen, ob der Zahnersatz nicht in preiswerteren Labors produziert werden soll.

Heilmittel

Unter dem Oberbegriff Heilmittel werden eine Vielzahl therapeutischer Maßnahmen zusammengefasst, z.B.

- Krankengymnastik
- Massagen (Physiotherapie)
- Sprachheiltherapie (Logopädie)
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie).

Es handelt sich in der Regel um Leistungen, die nicht vom Arzt selber erbracht, sondern von ihm verordnet und von anderen, meist selbständig tätigen Berufsgruppen (Heilhilfsberufe) ausgeführt werden. Krankengymnasten, Masseur und andere in diesen Bereichen Tätige erbringen die Leistungen dann aufgrund der vorliegenden Verordnungen und erstellen dem Patienten hierfür eine Rechnung.

Für Heilmittel gibt es keine amtliche Gebührenordnung wie für ärztliche Leistungen.

Grundsätzlich können die Heilhilfsberufe die Preise für ihre Leistungen also selber festlegen bzw. mit ihren Patienten vereinbaren.

Nach dem Dienstvertragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 611 f. BGB) ist für eine Leistung der „übliche Preis“ zu berechnen, wenn es keine tarifliche oder gebührenrechtliche Bestimmung gibt oder wenn keine entsprechende individuelle Vergütungsvereinbarung mit dem Patienten geschlossen wurde. Was aber ist der übliche Preis?

Als „üblich“ ist insbesondere der Preis anzusehen, der für die Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten in Rechnung gestellt wird. Immerhin sind rund 90 Prozent der Bevölkerung bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, so dass die ganz

überwiegende Mehrzahl der Leistungen von Heilhilfsberufen für Patienten dieser Versicherten-Gruppe erbracht werden.

Oft verlangen Heilhilfsberufe von Privatversicherten aber höhere Preise als von gesetzlich Versicherten. Dies ist dann durch einen entsprechenden Preisausgang im Wartezimmer oder im Eingangsbereich der Praxis kenntlich zu machen. Selbstverständlich gibt es keinen Grund, von jemandem nur deshalb höhere Preise zu verlangen, weil er nicht gesetzlich, sondern privat versichert ist. Höhere Preise sollten deshalb immer Ausdruck einer entsprechenden Leistung sein, indem z.B. die Behandlungsdauer für Privatpatienten länger ist als für Kassenpatienten.

Die Beihilfestellen haben für die Beamten Erstattungshöchstsätze für die Leistungen von Heilhilfsberufen vorgesehen. Diese Erstattungshöchstsätze liegen über den Kassensätzen. Viele Tarife in der PKV orientieren sich an diesen Erstattungshöchstsätzen, auch der Standardtarif. Darüber hinausgehende Preisforderungen von Heilhilfsberufen sind in aller Regel nicht durch ein entsprechend verbessertes Leistungsangebot im Vergleich zu Kassenleistungen gerechtfertigt.

Gerade im Bereich der physikalisch-medizinischen Behandlung besteht oft die Möglichkeit, nach

einer gewissen Zeit der Einübung die Behandlung in Eigenregie fortzusetzen. Viele Anwendungen z.B. bei Rückenbeschwerden führen nur dann zu einem nachhaltigen Erfolg, wenn der Patient zur aktiven Mitwirkung bereit ist. Hierzu kann dann auch gehören, gelernte Übungen über längere Zeit zu Hause oder in Selbsthilfegruppen fortzusetzen.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind z.B. Brillen, Hörgeräte, Körperersatzstücke, Gehstützen, Rollstühle und andere Gegenstände, die im Einzelfall den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen. Eine Kostenerstattung erfolgt im jeweiligen tariflichen Umfang. Ihre Versicherung informiert Sie gerne bei Fragen zu einzelnen Hilfsmitteln.

Hilfsmittel werden z.B. vom Optiker, vom Hörgeräteakustiker oder von Sanitätshäusern bezogen. Die Preise für Hilfsmittel bilden sich am Markt nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage. Deshalb kommt es oft vor, dass gleiche Hilfsmittel von unterschiedlichen Anbietern zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden. Jeder Optiker ist z.B. frei in seiner Preisgestaltung von Brillengestellen. Nicht anders ist es bei anderen Hilfsmitteln.

In den Preisvergleich der Brillen sollte immer der Preis der Gläser

einbezogen werden. Ein Angebot ist nämlich nur dann vorteilhaft, wenn nicht nur das Gestell, sondern auch die Gläser preisgünstig angeboten werden. Es lohnt deshalb, das Angebot des „Komplettpreises“ zu vergleichen. Übrigens ist die teurere Designerbrille keineswegs immer qualitativ hochwertiger als ein preiswertes Brillengestell. Bei Veränderungen der Sehschärfe besteht auch die Möglichkeit, Gläser in einem vorhandenen Gestell auszutauschen.

Einige Hilfsmittel sind sehr teuer. Das gilt z.B. für Krankenfahrstühle oder für Überwachungsmonitore für Säuglinge. Gerade bei teuren Hilfsmitteln ist es für den PKV-Versicherten stets empfehlenswert, sich vor der Beschaffung zunächst an sein PKV-Unternehmen zu wenden. Viele PKV-Unternehmen haben bei besonders teuren Hilfsmitteln ein Ausleihverfahren organisiert. Der Patient bekommt dann das Hilfsmittel so lange zur Verfügung gestellt, wie er es benötigt. Über die Ausleihfirma wird zugleich die permanente Wartung des Gerätes und ggf. ein täglich 24-stündiger Reparaturdienst sichergestellt. Für den Patienten hat dieser Service gegenüber der Anschaffung eines Hilfsmittels entscheidende Vorteile, beispielsweise ist durch den permanenten Servicedienst die jederzeitige Nutzbarkeit des Gerätes sichergestellt.

Auch einfachere Hilfsmittel – wie z.B. Gehhilfen – können im Sanitätshandel gemietet werden. Diese Möglichkeit sollte man insbesondere dann in Betracht ziehen, wenn die Gehhilfe nur vorübergehend benötigt wird. Die Kosten werden bei einer vorliegenden ärztlichen Verordnung im tariflichen Umfang von der PKV übernommen.

Krankenhaus

Die Grenze zwischen einer Krankenhausbehandlung und einer noch möglichen ambulanten Behandlung ist oft fließend. Zahlreiche Operationen können z.B. heute auch mit Erfolg ambulant vorgenommen werden. Die Entscheidung für eine Krankenhausbehandlung will also gut überlegt sein.

Sie haben als Privatversicherter die Wahl unter sämtlichen Krankenhäusern in Deutschland. In Abstimmung mit Ihrem behandelnden Arzt können Sie das für ihre Behandlung geeignete Haus nach Ihren Vorstellungen wählen. Aber bitte bedenken Sie: es gibt Krankenhäuser, in denen neben der akuten stationären Behandlung auch Kuren, Rehabilitationen oder Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt werden.

Für diese Krankenhäuser benötigen Sie vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Kostenzusage Ihrer Versicherung.

Der stationäre Bereich ist der größte Ausgabenblock im Gesundheitswesen. Hier möchten wir Ihnen nur einige grundsätzliche Hinweise geben. Das Finanzierungsrecht der Krankenhäuser und die Berechnung von Leistungen gegenüber dem Patienten sind relativ kompliziert und sprengen den Rahmen dieser Broschüre.

Ein und dieselbe Leistung kann in verschiedenen Krankenhäusern unterschiedlich teuer sein. Ein hoher Pflegesatz steht nicht zwingend für hohe Leistungsqualität. Es gibt viele Beispiele dafür, dass kostengünstige Krankenhäuser sehr leistungsfähig sind.

Sie können sich im Krankenhaus für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen entscheiden. Hierüber muss ein gesonderter Vertrag mit dem Krankenhaus geschlossen werden. Sie werden dann von den leitenden Ärzten des Krankenhauses persönlich behandelt. Diese Ärzte stellen Ihnen die erbrachten Leistungen jeweils gesondert nach der GOÄ in Rechnung.

Zusätzlich können Sie sich für die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer entscheiden. Das Krankenhaus berechnet Ihnen dann für jeden Tag einen Zuschlag. Bei der Festlegung des Zuschlages hat das Krankenhaus einen weiten Spielraum. Nach den Vorschriften des Kranken-

hausfinanzierungsrechts muss die Höhe des Zuschlags in einer angemessenen Relation zu den gebotenen Komfortleistungen stehen. Ein hoher Zuschlag ist nur bei einem hohen Komfortstandard im Zimmer gerechtfertigt. Sollte dies nicht der Fall sein, können Sie dies bei der Bezahlung der Rechnung geltend machen. Bitte informieren Sie Ihr Versicherungsunternehmen, das Sie bei allen weiteren Fragen gerne unterstützen wird.

Ein Vertrag über Wahlleistungen im Krankenhaus für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder für die wahlärztliche Behandlung kann täglich mit sofortiger Wirkung gekündigt werden. Statt im Ein- oder Zweibettzimmer würden Sie dann erneut im Mehrbettzimmer untergebracht werden und die ärztliche Behandlung erfolgt nicht mehr direkt durch die Chefarzte, sondern durch andere jeweils diensthabende Ärzte.

Wie lange muss eine Krankenhausbehandlung dauern? Viele Patienten werden heute länger im Krankenhaus gehalten, als eigentlich medizinisch notwendig ist. Sprechen Sie Ihren Arzt darauf an, wenn Sie meinen, dass für Sie eine Entlassung in Frage kommen könnte. Viele Behandlungsmaßnahmen können auch zu Hause fortgesetzt werden. Als Privatpatient haben Sie zudem die Möglichkeit, dass Ihr Chefarzt Sie auch

noch einige Zeit in der Ambulanz des Krankenhauses weiter betreuen kann. Kassenpatienten ist diese Möglichkeit in der Regel versperrt. In vielen Fällen kann ein Krankenhausaufenthalt auch durch häusliche Krankenpflege verkürzt werden.

„Alternative“ Behandlungsmethoden

Nicht immer ist die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden und Arzneimitteln erwiesen. Deshalb ist es empfehlenswert, sich vor Beginn einer Behandlung, bei der dies in Frage gestellt sein könnte, bei seinem Versicherungsunternehmen darüber zu informieren, ob und in welchem Umfang diese Leistungen im Versicherungsschutz enthalten sind. Der Arzt muss Sie auf jeden Fall vorab darüber informieren, wenn er Leistungen erbringt, deren Erstattungsfähigkeit aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises zweifelhaft ist.

Behandlung im Ausland

Ihr privater Krankenversicherungsschutz hat grundsätzlich Europageltung und – wenn der Tarif nichts anderes vorsieht – für die Dauer eines Monats sogar Weltgeltung. Bei akuten Krankheiten oder Unfällen während eines Auslandsaufenthalts haben Sie damit auch die freie Arzt- und Krankenhauswahl im Ausland.

Wie ist es allerdings, wenn Sie sich für eine Behandlung eigens ins Ausland begeben wollen, wenn Sie also anstelle der Behandlung in einem deutschen Krankenhaus die Behandlung in einem französischen oder gar amerikanischen Krankenhaus vorziehen? Sprechen Sie hierüber am besten vor Behandlungsbeginn zunächst mit Ihrer Versicherung. Denn manchmal sind die Kosten einer Auslandsbehandlung wesentlich höher als in Deutschland. Dies kann dazu führen, dass Sie auch nur die Kosten erstattet bekommen, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären.

Was tun bei Behandlungsfehlern?

Leider gibt es Fälle, in denen eine Behandlung nicht erfolgreich verläuft. Im Falle eines Behandlungsfehlers können sich Ansprüche auf Schadenersatz und Schmerzensgeld ergeben. Bitte unterrichten Sie in solchen Fällen schnellstmöglich Ihre Versicherung. Dort gibt es die Experten, die Ihnen bei allen notwendigen Schritten weiterhelfen können.

Haben Sie weitere Fragen?

Ihre Versicherung hilft Ihnen gerne weiter.