Ohne Gesundheit ist alles nichts !

Frank Dietrich (Dipl.-Kfm.)
Große Weinmeisterstraße 63 f
14469 Potsdam

Tel.: 033237 85027
Fax: 033237 85029
office@frank-dietrich-fachmakler.de

Die Private Krankenversicherung.

(Extrateil für Beihilfeberechtigte und inklusive Beratungsleitfaden)

Welche Unterschiede gibt es zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung? Eine einfache Frage, die kaum jemand der Interessenten bisher sicher beantworten konnte. Man hört etwas von Chefarzt-Zweibettzimmer, hoher Absicherung für die Zähne und kürzeren Wartezeiten, unbezahlbare Beiträge im Alter und dass es schlecht ist, in die private Krankenversicherung zu wechseln, wenn man mit der Familienplanung noch nicht durch ist. Zeit für Informationen!

Zeit aufzuklären.

Der wesentliche Unterschied zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung liegt im Vertragsrecht, welches Leistungen garantiert und die Versorgung planbar werden lässt. Das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Kasse begründet Einzelfallentscheidungen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das notwendige Maß nicht überschreiten. Was d.h., bleibt in jedem Fall abzuwarten. Die Versorgung ist eine Grundversorgung, die nicht individuell gestaltet werden kann. Eine Vielzahl von Leistungen der privaten Krankenversicherung sind dort nicht enthalten. Bezahlt wird, was ein Gutachterausschuss beschlossen hat. Wenn empfohlene Leistungen nicht ausreichend sind, muss das Mitglied der Kasse die notwendigen selbst finanzieren.

Das System ist von Beginn an Steuer finanziert. Zuzahlungen steigen und Leistungen werden gemindert. Was morgen noch versichert sein wird, kann niemand sagen. Die Beiträge steigen durchschnittlich, gemessen am Höchstbetrag, schneller und stärker als im Durchschnitt der privaten Krankenversicherungen. Die Zahlen sind über Jahrzehnte dokumentiert.

In der privaten Krankenversicherung kann der Versicherungsschutz individuell gewählt werden. Die Leistungen sind garantiert. Nur ca. 10 % der Anbieter des Marktes sind eine Beratung wert.

FRANK DIETRICH FACHMA

Der größte Teil bildet nicht einmal die Mindestkriterien ab.

Die Auswahl des persönlich richtigen Versicherungsschutzes benötigt Zeit und fachliche Kompetenz. Zu unterscheiden ist, welche Formulierungen am Markt im Leistungsfall tatsächlich Leistungen begründen und welche sich nur gut anhören. Ein Versicherer kann in einem Teil der Verträge Leistungen versprechen, die er durch Begrenzungen oder Fristen einem anderen Teil wieder herausnehmen. Man nennt das in der Rechtsprechung einen Regel Zusammenhang, aus dem das hervorgeht.

Beratungsphilosophie/Vorstellung.

Meine Beratung unterscheidet sich von den meisten meiner Kollegen. Warum? Statt Sie von einem Produkt überzeugen zu wollen, werden Sie „mündig“ gemacht, die Entscheidung selbst treffen zu können.

Über 30 Jahre bin ich auf die Private Krankenversicherung, die Absicherung der Arbeitskraft und seit 2005 auch auf die private Pflegezusatzversicherung spezialisiert. Ein Jurastudium bis zum ersten Staatsexamen, ein abgeschlossenes Wirtschaftsstudium und umfangreiche Kenntnisse in der Medizin, mir selbst ein Bild von Diagnosen, ärztlichen Beurteilungen und aus bildgebender Technik zu machen, definieren meine Alleinstellungsmerkmale.

Wenn es um andere Themen geht, wenden Sie sich bitte an einen Kollegen.

Seit 15 Jahren gehöre ich dem PremiumCircle Deutschland (PCD) an. Der Inhaber begründete ihn, dem schlechten Ruf der Branche zu begegnen. In einer Branche, in der der Verbraucher betrogen wird, wollte er nicht tätig sein.

PremiumCircle®
Offizielles Mitglied im PremiumCircle

Seit 20 Jahren werden Anbieter bei den Formulierungen der Vertragsbestimmungen beraten. Diese wurden verständlicher und leistungsstarker. Der dadurch ausgelöste Wettbewerb am Markt bewegte diesen und führte /führt zu mehr Qualität.

Vermittler werden im Rahmen einer Mitgliedschaft ausgebildet, sofern sie bereit sind, sich zu spezialisieren und den Qualitätsgedanken umzusetzen. Die hauseigene Software analysiert, sie vergleicht nicht. Bei Gericht dient sie zur Erstellung von Gutachten. Mehr Details und Transparenz finden Sie an keiner anderen Stelle im Markt.

In den letzten Jahren kamen wissenschaftliche Arbeiten, zum Teil im Auftrag des Bundestages, hinzu. Bevor Sie weitere Details und Informationen zum Thema lesen können, möchte ich auf die Beratung und deren besondere Form hinweisen.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Vorbereitung zur Beratung:

Könnten Sie mir vor der Beratung eine Nachricht senden, welche Themen für Sie von besonderem Interesse sind, würde ich mich sehr freuen. Ich möchte diese gesondert und der Tiefe behandeln.

Liegen Angebote vor, bitte bereithalten. Diese werden Sie später selbst analysieren, wenn die Beratung hinter uns liegt. Ich möchte nicht zuvor wissen, wer ihnen welches Angebot gemacht hat.

Bitte berücksichtigen Sie, dass der Gesetzgeber bereits beim ersten Kontakt eine unterschriebene Datenschutzerklärung verlangt. Zur Abgrenzung meiner Tätigkeiten, also vor der Beratung, benötige ich einen Maklervertrag / Vollmacht, die ausschließlich auf Krankenversicherung und Tagegeld beschränkt sind. Andere Bereiche der Versicherungswirtschaft decke ich nicht ab und das wird in diesen Verträgen konkretisiert. Auch verstehe ich mich als Dienstleister und nutze die vom Gesetzgeber verlangte Vollmacht dazu, ihre Wünsche gegenüber den Anbietern/Ärzten/Behandlern zu vertreten.

Die Beratung:

Bevor wir die Beratung starten können, sollten wir prüfen, ob sie versicherbar sind. Aus diesem Grunde werde ich Ihnen nach unserem ersten Telefonat Fragebögen, die sich digital bearbeiten lassen, mit der Bitte um Bearbeitung übersenden.

Die Daten werden nicht weitergeleitet und dienen ausschließlich der Prüfung und Vorbereitung der Beratung.

Der Gesetzgeber verlangt zusätzlich eine Datenschutzerklärung, einen Maklervertrag und eine Vollmacht. Diese werden ausschließlich für die Beratung der Berufsunfähigkeit vereinbart.

Zusätzlich erhalten Sie:

- diesen Leitfaden,
- sofern Sie gesetzlich versichert sind, ein Formular zur Beantragung einer Kopie der gelisteten Behandlungsdaten. Privat Versicherte beantragen diese Daten bitte selbst. Je nach Kasse sind die Aufbewahrungsfristen unterschiedlich. Ein Telefonat, diese zu bestellen, reicht oft schon aus.
- Die Fragebögen, die ihre Tätigkeit und der Ihnen bekannte Krankengeschichte, sofern vorhanden, abfragt.

Haben Sie Kollegen, Bekannte oder Freunde, mit denen Sie das Thema diskutieren? Lassen Sie sie doch an der Beratung teilnehmen! Sehr gerne begrüße ich mehr an Fragen oder auch Bedenken zum Thema Berufsunfähigkeitsversicherung. Persönliche Daten werden in der Beratung nicht behandelt, sodass nichts an Dritte übermittelt wird.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Der Grund für diese Recherche ist einfach:

Es ist der seit 2016 bekannte TK-Skandal. Ärzte rechnen Diagnosen als gesichert ab, da Verdachtsdiagnosen nicht bezahlt werden. Wer als Arzt also nicht verhungern will, folgt häufig diesem Anreiz.

In der Auflistung/Patientenakte des Versicherers finden sich die Namen von Behandlern, Ärzten und deren Diagnosen. Bitte lassen Sie mir diese vor der Beratung zukommen. Finde ich Diagnosen, die für den Versicherer relevant sind, sollten wir diese vor der Beratung noch besprechen.

Entsprechen diese Diagnosen nicht der Wahrheit, wenden wir uns an den entsprechenden Arzt und bitten um Korrektur. Sehr oft kommt es dabei zu Problemen und Diskussionen. Gerne helfen wir an dieser Stelle weiter. Sie haben Rechte und wir kennen sie.

Online beraten.

Ablauf/Vorgehensweise

Die Beratung wird online erfolgen.
Das hat mehrere Vorteile:

Alle Daten sind ständig und in aktueller Form greifbar, je nachdem welcher Sachverhalt gefragt wird oder zu erläutern ist.

Termine sind flexibel vereinbar.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei dieser Form der Beratung die Aufmerksamkeit gegenüber den Inhalten ungestörter ist, als im persönlichen Gespräch. Ob mit oder ohne Kamera, entscheiden Sie!

Ablauf/Vorgehensweise

Die Beratung wird online erfolgen. Das hat mehrere Vorteile:

- Alle Daten sind ständig und in aktueller Form greifbar, je nachdem welcher Sachverhalt gefragt wird oder zu erläutern ist.
- Termine sind sehr flexibel vereinbar und lassen sich auch kurzfristig verschieben, wenn es sein muss.
- Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei dieser Form der Beratung die Aufmerksamkeit gegenüber den Inhalten größer ist, als im persönlichen Gespräch.
- Ob mit oder ohne Kamera entscheiden Sie.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Der erste Beratungstermin:

- Es ist mir wichtig, zu erfahren, welchen Kenntnisstand Sie haben.
- Welche Prioritäten soll der Versicherungsschutz berücksichtigen?
- In der ersten Stunde werden Ihnen Entscheidungsgrundlagen vermittelt. Welche Bedeutungen haben die unterschiedlichen Formulierungen im Leistungsfall? Worauf ist in den Formulierungen von Vertragswerken zu achten? Welche Formulierungen sehen nur gut aus, leisten aber nicht?
- Das gilt auch für die Tarife des Tagegeldes. Es muss nicht zwingend notwendig derselbe Anbieter in der PKV-Voll und dem Tagegeld sein. Die Leistungen, resultierend aus einer möglichen Kombination, sind entscheidend.
- Nach Beendigung der Beratung erhalten Sie eine Gesprächszusammenfassung in ausführlicher Form. Auch erhalten Sie Protokolle über die allgemeinen Vertragsbestimmungen, die die Formulierungen gegenüber den Möglichkeiten des Marktes abbilden. Diese sind leicht verständlich gefasst und übersichtlich.
- Konkrete Angebote liegen der Gesprächsdokumentation auf Wunsch bei.
- Ein neuer Termin wird vereinbart.

Der zweite Beratungstermin:

- Welche Fragen haben sich bei der Durchsicht der Unterlagen ergeben? Gern gehen wir Protokolle zusammen durch.
- Welches Angebot ist von Interesse und welches wird eher verworfen? Wir betrachten auch die Beitragshistorien, Unternehmenskennzahlen und andere Merkmale des Anbieters.
- Welche Tarifmerkmale, Selbstbeteiligung, stationäre Unterbringung, etc. möchten Sie für sich wählen. Soll das Tagegeld beim selben Anbieter vereinbart werden oder ist eine Kombination sinnvoller? Welches Tagegeld passt am besten?
- Mindestens drei Angebote sollten konkretisiert und beim Versicherer angefragt werden. Gibt es gesundheitliche Beeinträchtigungen, so werden diese anonym mit angefragt, das konkrete Angebot für Sie zu erfahren.
- Wieder gibt es eine Gesprächszusammenfassung und wenn vereinbart, auch entsprechende weiterführende Unterlagen.
- Wieder wird ein neuer Beratungstermin vereinbart.

Der finale Beratungstermin:

- die besprochenen Tarife wurden zwischenzeitlich angefragt und die Ergebnisse liegen vor.
- Der Antrag wird erfasst und danach versendet. Die Annahme ist kurzfristig zu erwarten.
- Nach Erhalt des Versicherungsscheins wird der abschließende Termin vereinbart.
- Stimmen die policierten Inhalte? Ist alles korrekt übernommen worden?

Sie erhalten eine Dokumentation des gesamten Vorgangs. Dazu gehört auch ein Protokoll des Versicherungsschutzes in aller Ausführlichkeit, die man als Betriebsanleitung betitelten könnte.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

An dieser Stelle weise ich darauf hin, dass das Risiko der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit an das Thema angrenzen. Berufsunfähigkeit kann jeden treffen, auch Schüler und Hausfrauen, die zwar kein Einkommen haben, vieles aber verlieren können. Die Pflegezusatzversicherung ist auch für junge Familien, deren Familienplanung nicht abgeschlossen ist, dringend zu empfehlen.

Über die Einzelheiten sprechen wir gern ausführlicher. In diesen Bereichen herrscht am Markt nur sehr wenig Wissen. Das ist die Grundlage, einem Leistungsfall unversichert gegenüberzustehen. Ich werde sie ansprechen. Das schulde ich Ihnen.

Andere Anlässe für eine Beratung können sein:

- Systemunterschiede GKV-PKV als Grundlage eines möglichen Wechsels.
    - Die ca. zweistündige Beratung ist honorarpflichtig. In den 2 Stunden erfahren Sie Dinge aus Forschungsarbeiten, den einzelnen Gesundheitsreformen und deren Auswirkungen, Beitragsanpassung in beiden Systemen, voraussichtliche Belastung in beiden Systemen u.v.m.. Beiträge im Alter, insbesondere als freiwillig versicherte, der nicht im KvdR ist. Natürlich freue ich mich über Fragen, die zu den Unterschieden in Systemen gestellt werden. Sie werden danach ein Fachmann sein☺.
- Der Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine andere.
    - Hauptsächlich werden Versicherte wach, wenn die Beiträge angepasst werden. Schlecht Beratene wechseln den geringen Beiträgen hinterher, ohne sich um die versicherten Leistungen zu kümmern.
    - Mit Beitrag meint man eigentlich den Preis des Versicherungsschutzes, denn dieser ist auch eine Ware. Umso geringer der Preis, desto höher der Beitrag. Wie das gemeint ist? Unter dem Begriff Beitrag sind alle Aufwendungen zu verstehen, die es bedarf, ein Ziel zu erreichen. Kaufe ich mir ein günstiges Auto und komme nicht ans Ziel, so ist der zusätzliche Beitrag möglicherweise eine Bahnkarte, dass sie doch noch zu erreichen. Es stellt sich die Frage, welche Beiträge sie zum Erreichen des Zieles der Absicherung von Kosten zum Erhalt der Gesundheit eingehen möchten. Der Preis für den Versicherungsschutz ist nur ein Teil des Ganzen.
- Ein Tarifwechsel innerhalb der Gesellschaft (§ 204 des VVG.).
    - Ein Tarifwechsel ist immer mit Veränderungen verbunden. Es gibt Versicherte, die mehr Leistungen möchten. In der Regel aber suchen Sie geringere Beiträge. Achtung! Viele Anbieter kennen die Rechte des Versicherten nicht und sind sprichwörtlich inkompetent, wenn es um einen solchen Wechsel geht. Der Vergleich zwischen einem Ausgangstarif von einem Zieltarif gestaltet sich mindestens so aufwändig wie die Vermittlung einer Krankenversicherung. Zweibettzimmer / Chefarzt ist nicht immer Zweibettzimmer / Chefarzt, denn die Frage ist, welche Leistung verbindet das Tarifmerkmal bei einem Anbieter in den unterschiedlichen Tarifen?

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

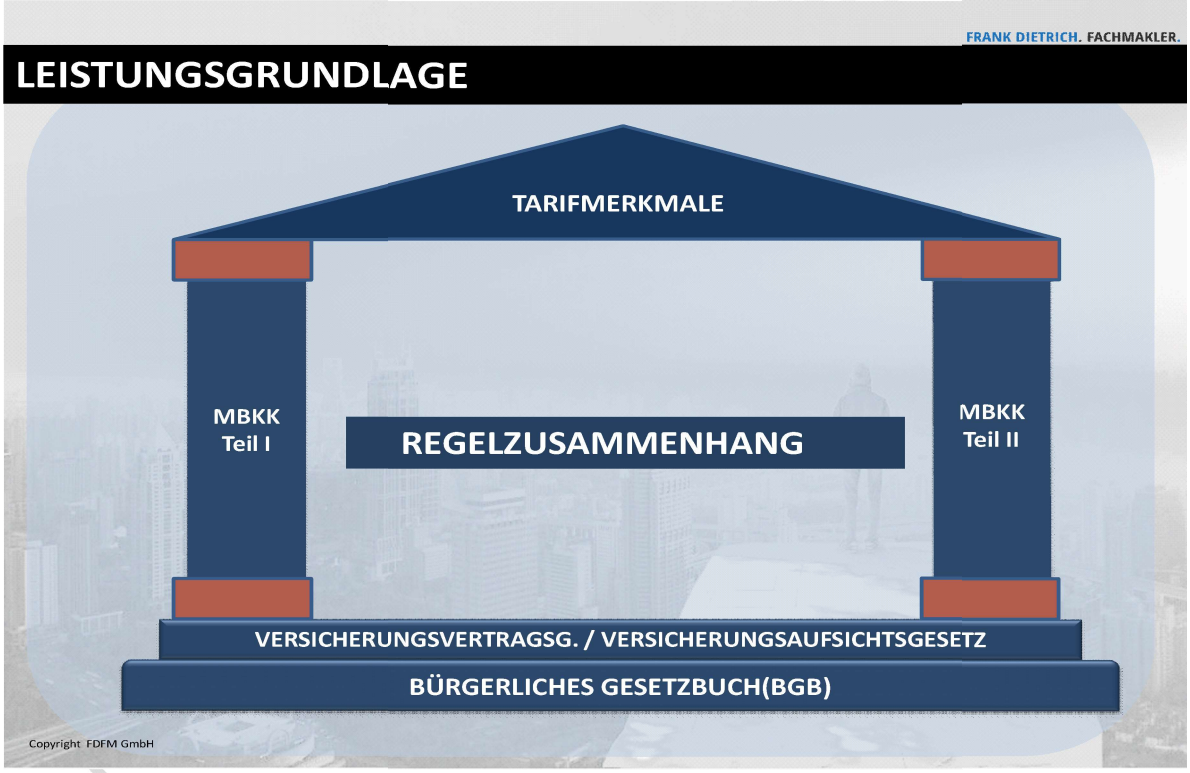
Es würde mich freuen, wenn Sie mit einem Terminvorschlag auf mich zukommen, der Ihnen am besten passt. Vielen Dank. Mailen Sie mir oder nutzen Sie das Kontaktformular auf meiner Homepage.

Das Vertragsrecht der privaten Krankenversicherung

Die Rechtsprechung hat entschieden, dass man als Verbraucher davon ausgehen muss, dass Versprechungen im Vertragstext an anderer Stelle durch Fristen oder Aufzählungen wieder eingeschränkt sein können oder gänzlich wegfallen.

Ein Überrumpelungseffekt kann man darin nicht erkennen und spricht die Verantwortung für die Wahl der richtigen Krankenversicherung ausschließlich dem Verbraucher zu. Der sogenannte Regelzusammenhang ist zu kennen und zu verstehen.

Es gibt viele privat Versicherte, die nicht Privatpatienten sind. Dazu mehr im Gespräch.



Zur Qualität der PKV`en / Mindestkriterien:

(1) Copyright PCD.

Bereits im Juni 2012, während einer Pressekonferenz (Zukunftsrat Gesundheit) vor dem Gesundheitsministerium, kam der Stein ins Rollen. Der PremiumCircle veröffentlichte mit dem Institut für Mikrodatenanalyse (IfMDA) eine Studie (GKV/PKV Systemgrenze) zu den Kennzahlen des Gesundheitssystems. Sie belegt den durchschnittlichen Beitrag im Rentenalter von ca. 600 € und widerlegt damit das Märchen der grundsätzlichen Unbezahlbarkeit der PKV.

Während der Präsentation wurde die Frage gestellt, welche qualitative Wertigkeit die PKV gegenüber der GKV hat. Folgender Artikel entstand repräsentativ für viele Meldungen.

1.7.2015 Viele PKV-Tarife mit großen Leistungslücken

Ärzte Zeitung, 10.06.2012 14:13

Viele PKV-Tarife mit großen Leistungslücken

BERLIN (sun/eb). Viele Tarife der privaten Krankenversicherung (PKV) haben zum Teil erhebliche Leistungsausschlüsse, die die Versicherten im Krankheitsfall empfindlich treffen können.

Das hat eine aktuelle Studie des Kieler Gesundheitsökonomen Thomas Drabinski und der Frankfurter Beratungsfirma PremiumCircle ergeben, über die der "Spiegel" in seiner aktuellen Ausgabe berichtet.

"Mehr als 80 Prozent der Tarifsysteme der PKV leisten weniger als die gesetzliche Krankenversicherung", sagte PremiumCircle-Chef Claus-Dieter Gorr dem Bericht zufolge. Dabei gehe es um Angebote, die in der gesetzlichen Krankenversicherung fest verankert seien, wie etwa die häusliche Krankenpflege oder sogenannte Hilfsmitteldeklarationen ohne Einschränkungen.

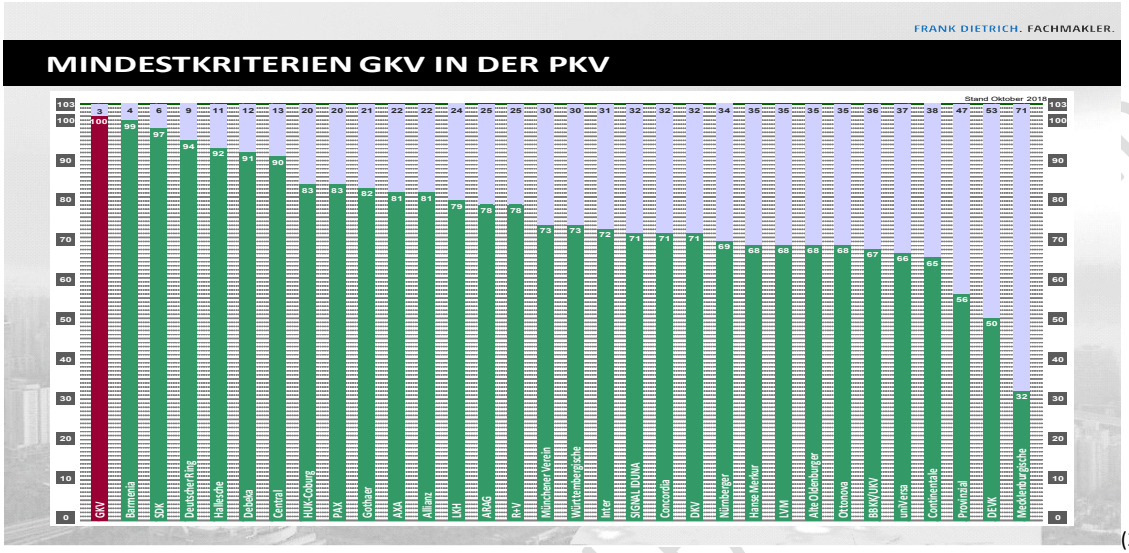
"Tarife wurden nicht bedarfsgerecht für Endkunden entwickelt, sondern unter der Prämisse", wie sie bei Preisvergleichen "abschneiden würden", so die Studie.

Privatversicherte müssen aufpassen, ob etwa Anschlussheilbehandlungen im Tarif inbegriffen sind.
© Kzenon / fotolia.com

Besonders problematisch finden die Studienautoren, dass viele Versicherungen nur eingeschränkt Anschlussheilbehandlungen, Psychotherapien oder wichtige medizinische Hilfsmittel übernehmen. "Die Branche sollte sich auf einen Mindestversicherungsschutz einigen", sagt Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der Union.

Mindestleistungskriterien.

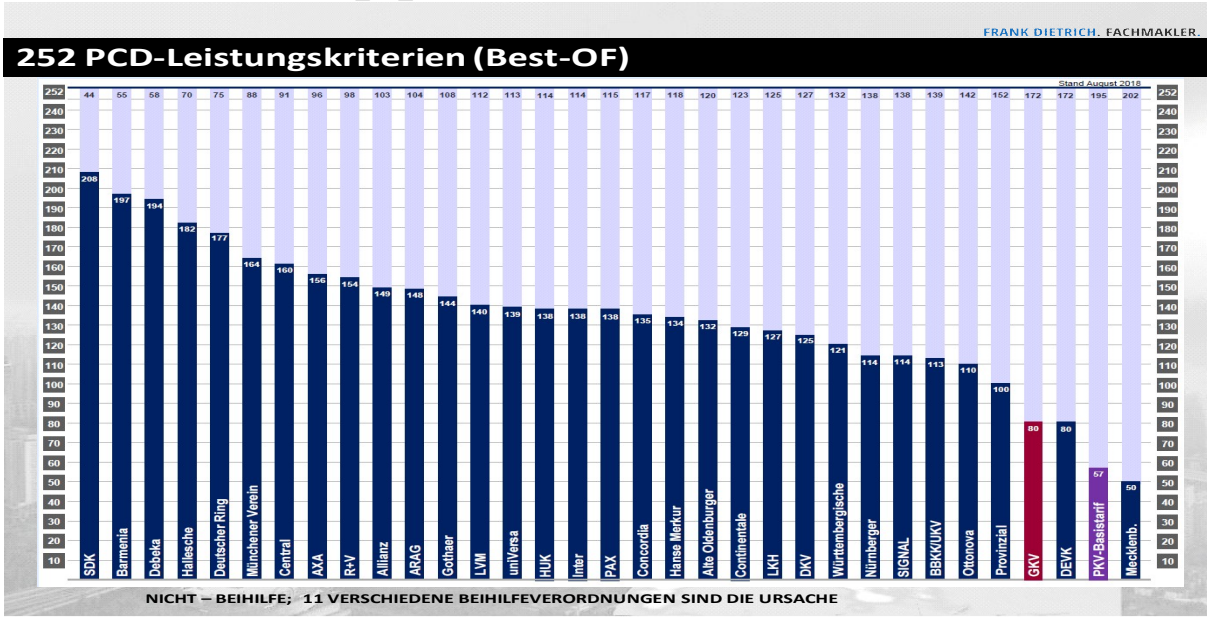
Viele Jahre später untersuchte eine Studie in 2018, beauftragt durch Bündnis 90/ die Grünen, wer die Empfehlung in 2012 bei der Neuformulierung von Tarifinhalten übernahm und die Mindestkriterien abbildet. Das Leistungsdelta reichte von 32 % bis 99 % (Bild 2).



(2) Stand Okt. 2018

Mehrleistungskriterien.

Die private Krankenversicherung bietet vertragliche Leistungen, die dem gesetzlichen System nicht innewohnen. Die Addition aller Leistungen gibt folgendes Bild:



(3) Stand 2018

Auf der jeweils linken Seite der Schaubilder finden sich die Versicherer mit dem Maximum an Leistungen. Es sind immer wieder dieselben. Das belegt meine Aussage, dass man sich bei der Wahl der richtigen Krankenversicherung nur auf einige wenige, ca. 10 % der Anbieter des Marktes stützen muss.

Für Beihilfeberechtigte.

Beamte auf Widerruf, auf Probe und auf Lebenszeit können sich privat versichern. Eine Teilkosten-versicherung, denn den anderen Teil zahlt die Beihilfestelle, werden bereits in der Ausbildung angeboten. Billig oder auch ohne Gesundheitsfragen. Ob ein Versicherer sein Leistungsversprechen über die gesamte Lebenszeit aufrecht erhalten kann, wenn er ihm nicht bekannte Risiken versichert? Ich denke nicht!

Bitte bei einem Wechsel beachten:

Der Wechsel in jungen Jahren orientiert sich fast immer an der Absicherung für die Zähne, Vorsorge möglichst ohne Schädigung der Beitragsrückerstattung und möglicherweise noch eine Lesehilfe. Nach diesen Kriterien ausgesucht, kann der Tarif gewinnen, der den geringsten Beitrag hat.

Ein paar Jahre später wird es wichtig, wie man im Krankenhaus untergebracht ist. Gemeint ist die Begrenzung der Gebührenordnung, ein möglicher Aufenthalt in einer Privatklinik oder in einer „Gemischten Anstalt“, einem Krankenhaus mit höherer Qualität. Nun zeigt es sich, ob man richtig gewählt hat, denn diese Dinge waren bisher nicht bekannt oder wurden nicht beachtet.

Rehamaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen oder Kuren erwartet man mit zunehmendem Alter. Wie sieht es mit Heilmitteln oder Hilfsmitteln aus?

Versicherungsschutz ist eine Ware, die nicht teuer sein muss, wenn sie qualitativ hochwertig ist. Teuer wird es, wenn fehlende oder begrenzte Leistungen den Beitrag attraktiv machen und später selbst zu bezahlen sind.

Entscheidungen werden ausschließlich auf Basis der Kenntnisse getroffen, die man zu diesem Zeitpunkt hat. Ziel ist es, die Kenntnisse zu vermehren, sodass die Entscheidung bewusst und strategisch über die zukünftige Lebenszeit hinweg getroffen werden kann.

Immer wieder erlebe ich, dass Interessenten ihre Prämissen, die sie vor der Beratung äußerten, am Ende der Beratung über Bord geworfen haben. Vieles an Kenntnis kamen hinzu und mussten neu bewertet werden.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Nur Sie selbst können entscheiden, was Ihnen wichtig ist. Es ist meine Aufgabe, Ihnen zu zeigen, welche Möglichkeiten Sie im gesamten Haben, welche Kosten sich hinter einzelnen Leistungen verstecken und wie sie Fußangeln und Hintertürchen in den Vertragstexten selbst erkennen können.

Es ist keine trockene Materie-versprochen!

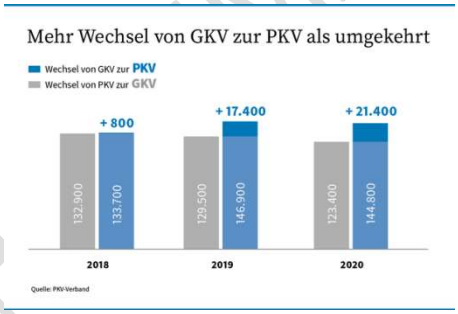
Zusätzliche Informationen:

Abschaffung der PKV?

Die Chefin des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Dr. Doris Pfeiffer hat es auf den Punkt gebracht:

(Auszug): „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Würde das duale System beendet werden, würden wir wahrscheinlich eine ähnliche Entwicklung erleben wie in England. Das System ist kaputt gespart worden.



Der gesetzliche Versicherungsschutz ist nicht planbar und volatil. Was wird später noch versichert sein?

Die Anpassung der letzten zehn Jahre liegen höher als die des Durchschnitts der privaten Anbieter. Wanderten noch vor wenigen Jahren mir zurück in die gesetzliche Kasse, so hat sich der Trend umgekehrt. Die planbare Leistungen, Leistungen, die innerhalb der Vertragslaufzeit an die für Behandlungen steigenden Preise am Markt angepasst werden, sind durch steigenden Zuzahlungen und sinkenden Leistungen in der GKV begründet. Ungefähr 10 % der PKV - Marktangebote lohnen sich aus Gründen der Qualität einer näheren Betrachtung. Mehr nicht!
Wer schnell und ungeprüft wechselt, verliert meist Leistungen, die er in der gesetzlichen Krankenversicherung gehabt hätte.

Ungenügende Beratungen, gesetzlich begründet.

Die Politik formulierte im Versicherungsvertragsgesetz Paragraf 61, dass der Vermittler den Kunden nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen hat. Leider folgen Vermittler diesem Leitsatz, obwohl ein Verbraucher zum Zeitpunkt dieser Befragung nur das äußern kann, was sie bis dahin bekannt ist. Aktuell wurde ein Kunde in den Bereichen Brille und Zahnersatz, steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge und Arbeitgeberzuschuss beraten. Zwei Themen aus den Mindestkriterien bei über 845 Gesamtleistungskriterien einer PKV!

Die Frage, warum gerade der empfohlene Tarif der richtige sei, wurde damit beantwortet, dass der Vermittler meinte, es besser zu wissen und man solle ihm doch glauben. Der Kunde kauft, ohne verstanden zu haben, was er bekommt und was ihm fehlt. Er bleibt unmündig.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Vergleichsrechner werden benutzt, die der Vermittler schon vor der Beratung einstellen kann. Tarifdetails, die über eine spätere Leistung entscheiden, verschwinden oftmals, dem Willen nach Vergleichbarkeit geschuldet.

Reduziere ich ein Auto auf seine Räder, den Motor, einen Sitz und ein Lenkrad, so kann der Preis des Autos entscheiden. Eine geringe Auswahl von Leistungskriterien lässt die verschiedenen Tarifangebote am Markt inhaltlich gleich erscheinen. Der Preis wird dann zur Entscheidungsgrundlage, der eigentliche Wert der Absicherung leider nicht.

Nur selten, wenn fachlich spezialisierte Berater für eine derart wichtige Entscheidung beauftragt. Achten Sie auf den Status Ihres Beraters. Nur der Makler haftet für seine Tätigkeit. Er sollte spezialisiert sein und nicht alles aus einer Hand bieten. Schauen Sie doch einfach mal auf seiner Homepage. Fordern Sie die Dokumentation der Beratung, denn dann wird klar, wie inhaltlich detailliert der Makler beraten hat.

Guter Versicherungsschutz ist nicht teuer. Schlechter Versicherungsschutz wird sehr schnell unbezahlbar und die Tatsache, dass Einsteiger-Tarife schneller im Beitrag steigen, ist zudem in der Studie belegt worden.

KVdR

Es trifft freiwillig gesetzlich Versicherte. Wer in seiner zweiten Lebenshälfte nicht 9/10-tel gesetzlich versichert war, kommt nicht in den KVdR. Gemeint ist der Verein der versicherten Rentner. Warum aber erwähne ich das? In der Jugend, wenn das Einkommen oder der Status es zulassen, versichern sich viele privat. Sie haben dann die leider oftmals unberechtigte Angst der hohen Beiträge im Alter und wechseln kurz vor dem 55. Lebensjahr zurück ins gesetzliche System.

Sie erfüllen damit nicht die 9/10-tel Regelung und komme nicht in den KVdR. Was das genau heißt, können Sie im Schaubild ablesen.

Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

GKV-Beiträge als Rentner

	KVdR pflichtversichert		freiwillig gesetzlich versichert	
	beitragspflichtig	Beitragssatz	beitragspflichtig	Beitragssatz
gesetzliche Rente	ja	7,3 % + Zusatzbeitrag	ja	14,6 % + Zusatzbeitrag
gesetzl. Rente, Ausland	ja	7,30%	ja	7,30%
Versorgungsbezüge	ja	14,6% + Zusatzbeitrag	ja	14,6% + Zusatzbeitrag
Erwerbseinkommen	ja	14,6% + Zusatzbeitrag	ja	14,6% + Zusatzbeitrag
Mieteinnahmen	nein		ja	14,6% + Zusatzbeitrag
Zinsen, Dividenden u.ä.	nein		ja	14,6% + Zusatzbeitrag
private Renten	nein		ja	14,6% + Zusatzbeitrag

gesetzliche Rente: Altersrente, Witwenrente , Rente aus dem Ausland
Versorgungsbezüge: Betriebsrenten, Direktversicherungen, Pensionskassen/-fonds, Unterstützungskassen, Zusatzversorgungen, Renten aus Versorgungswerken, betrieblich abgeschlossene Riester-Renten,
Erwerbseinkommen: Aus angestellter oder selbstständiger Tätigkeit
Private Einnahmen: Miet- und Pachteinkünfte, Kapitalerträge, private Renten einschließlich privat abgeschlossener Riester-Renten

Copyright PCD

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

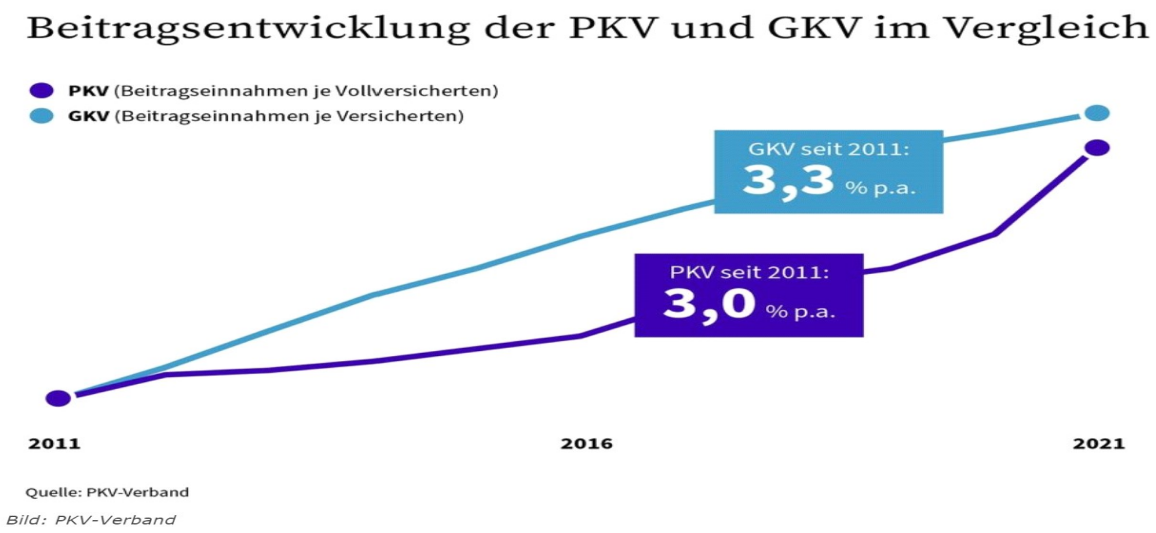
Die Beiträge im gesetzlichen System sind, das mussten auch die politischen Parteien erfahren, sind in den letzten Jahren schneller gestiegen als durchschnittlich bei den privaten Anbietern. Seit 1970 (Betrag: 51 €) wurde das gesetzliche System um 1370 % angepasst (735 € in 2019). Zusätzlich stiegen die Zuzahlungen und Leistungen wurden reduziert. In 2021 verzeichnen wir bereits 300 € mehr Beitrag im Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung, schlussendlich fast 930 € Beitrag in der Spitze.

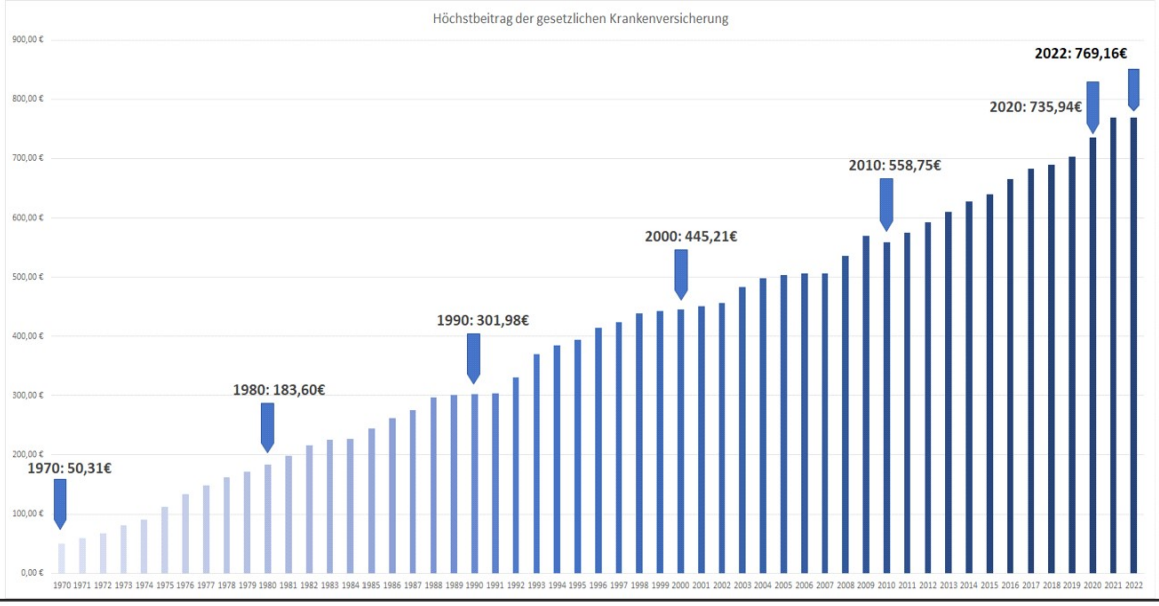
Das Märchen der unbezahlbaren Beiträge.

Eine Forschungsstudie des Zukunftskreises Gesundheit analysierte 2014 die Behauptung, dass die private Krankenversicherung im Alter unbezahlbar wäre. Mehrere Versicherer, die zusammen über 25 % Marktanteil haben, konnten zur Teilnahme überredet werden.
Am damaligen Höchstbeitrag (GKV) von 700 € monatlich bemessen, konnten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren nur 1 % der Versicherten festgestellt werden. Zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr waren es nur noch 0,6 %. Der grundsätzlich unbezahlbare Beitrag ist als unzutreffend belegt. In zusätzlich konnte belegt werden, dass hohe Beiträge fast ausschließlich bei Einsteigertarifen zu finden waren. Diese steigen als umfassend formulierte Angebote.

Beide im „Medhochzwei“ Verlag erschienen (Amazon)

Beitragssteigerungen in der Gegenüberstellung:





Quelle: Kai Walter & Kollegen

Der Beitrag wird in 2024 voraussichtlich, trotz steigender steuerlicher Finanzierung, die 1000 € erreichen oder sogar überschreiten. Das Versprechen unseres Gesundheitsministers, eine solide Finanzierung auf die Beine zu stellen, wurde nicht eingehalten.

Regelmäßig gestellte Fragen:

Wozu Tagegeld?

Tagegeld ist Einkommensersatz bei Krankheit. Wie würden sie sonst finanziell überleben? Angestellte benötigen die Absicherung im Tagegeld, damit sie arbeitgeberzuschlagsberechtigt sind. Auch die Befreiung von der Zahlungspflicht in der PKV bei Arbeitslosigkeit ist davon mit abhängig, sofern die Vorversicherungszeit mindestens fünf Jahre beträgt.

Wahlarzt/Zweibettzimmer:

Ich sage absichtlich nicht Chefarzt, denn dieser ist oftmals nicht der, der spezialisiert behandelt. Sich den Arzt aussuchen zu können, ist für viele Menschen sehr wichtig. Durch dieses Tarifmerkmal allein wird man kein Privatpatient, denn es erstreckt sich auf den Behandler, nicht aber auf die Privatklinik. Dazu mehr in der Beratung.

Arzt und Gebührenordnung:

Grundlage für die Abrechnung der Belegärzte ist - wie für alle privat liquidierenden Ärzte in Deutschland - die Gebührenordnung für Ärzte. In §2 der GOÄ ist festgelegt, unter welchen Voraussetzungen von der Gebührenordnung abgewichen werden kann. Dabei ist festgelegt, dass im stationären Bereich eine Abweichung von der GOÄ nur für einen Wahlarzt möglich ist.

FRANK DIETRICH FACH

Der Belegarzt ist kein Wahlarzt im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes. Folglich ist er an die GOÄ gebunden und kann max. bis zum Höchstsatz (3,5) abrechnen. Es gibt Tarife am Markt, die zwar die Privatklinik versichern, aber den Arzt nur bis zum Höchstsatz. Das ist sinnlos und lässt die erwartete Leistung nur eingeschränkt zurück.

Hausarzt, Primärarzt oder freie Arztwahl?

Hausarzt-/ Primärarzttarife haben für mich keine wirkliche Existenz am Markt. Viele behaupten, dass diese Tarife geringer an Beitrag steigen. Eine Studie aus der Schweiz hat das Gegenteil belegt und damit bleibt lediglich die Einschränkung für die Versicherten, nicht sofort zum entsprechenden Behandler gehen zu können.

Zu mir, Frank Dietrich.

Nach dem Abitur studierte ich Jura bis zum ersten Examen und danach Betriebswirtschaft bis zum Diplomkaufmann.

Mein großes Interesse für die Medizin hat mich in die Lage versetzt, medizinische Befunde oder MRTs verstehen und bewerten zu können. Ich stamme aus einer Arztfamilie ab.

Diese Fähigkeit hat es mir in der Vergangenheit möglich gemacht, Mandanten, denen die Annahme in die private Krankenversicherung verwehrt war, diese zu ermöglichen. Eingehende Analyse vorliegender Befunde mit eigener Einschätzung und Rücksprache mit den Risikoprüfern machte es möglich.

Wie immer entscheidet ausschließlich die fachliche Kompetenz, keine Versprechen oder schönen Worte.

Seit 1998 bin ich in der Versicherungsbranche tätig. Fast von Beginn an spezialisierte ich mich auf die PKV und die Absicherung der Arbeitskraft. Später (2005) folgte die Pflegezusatzversicherung.

Neben der jahrelangen Erfahrung, die ich bei meiner Tätigkeit gewann, bildete ich mich regelmäßig juristisch und medizinisch fort. Die gemachten Erfahrungen in der eigenen Familie bieten eine praktische Grundlage für mein späteres Handeln. Bis 2007 lebte ich in Berlin - Zehlendorf.

Ich pflegte meine Eltern nacheinander mit der Dauer von ca. 14 Jahren. Dann, nachdem meine Schwester an Krebs verstorben war, die ich zuvor selbst künstlich ernährte, zog ich ins Umland - kaufte einen alten Bauernhof (1870) mit meiner Freundin.
Ich arbeite dort, wo andere Urlaub machen. Die Pferde stehen draußen, die Hühner gackern, Hund und Katze spielen wir miteinander und ich bin fast durchgängig erreichbar.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Weiteres!

Grundsätzliche Unterscheidungen zwischen GKV und PKV

In der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Versicherte sein Vertragsverhältnis direkt mit der Kasse, welches ihm Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (Sachleistungen) zusichert. Das System ist von Beginn an steuerfinanziert.
Waren es in 2005 noch 2,5 Milliarden Finanzierung durch den Steuerzahler, stiegen diese in 2018 auf 15 Milliarden bei nur 2 Millionen mehr Versicherten im System an. In 2018 kostete ein Versicherter in Deutschland durchschnittlich 4700 €. In der gesetzlichen Kasse erhält er 3106 €, in der privaten Versicherung sind es 4200 €. Die Summe durchschnittlicher Zuzahlung liegt bei 1600 € pro Versicherten/ p.A..

2016 waren die Rücklagen in dem privaten System ausreichend, um für neun Jahre lang alle Rechnungen ohne weitere Beitragseinnahmen zahlen zu können. Im gesetzlichen System waren es fünf Wochen. Jetzt sind es noch zwei Wochen.

Noch immer irren Interessenten, wenn Sie glauben, dass eine Erkrankung in diesem Jahr zu einer Anpassung der Beiträge im nächsten Jahr führen würde. Diese Art Umlageverfahren gibt es weder in der gesetzlichen noch privaten Krankenversicherung.

Unbekannt ist den meisten, dass es in der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann eine Zahlung gibt, wenn die beabsichtigte Therapie auch vom Gutachterausschuss der Kassen (GBA) empfohlen wurde. Befindet sich dieser noch in der Entscheidungsfindung, gibt es kein Geld. Ein Bericht, der dieses sehr aufschlussreich dokumentiert, findet sich im Tagesspiegel in 2006 unter dem Titel:

„Chronik eines schleichenden Todes“.

Weitere Gerichtsurteile, die alle zur Grundlage hatten, dass gesetzlich Versicherte Leistungen einklagen wollten, die sie selbst zuvor finanzieren mussten, da Behandlungsmethoden von der gesetzlichen Kasse nicht übernommen wurden, endeten in diesem Konsens.

Nur, was empfohlen wurde, wird auch bezahlt.

BSG: Az.: B 1 KR 6/11R

In der gesetzlichen Krankenversicherung kennt man derzeit ca. 84 Krankheitsbilder. Der Spitzenverband hat für diese Erkrankungen entsprechende Therapien bewertet und empfohlen. Nur diese Leistungen werden übernommen.

Leistungsgrundlage:

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

§ 2 Leistungen

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Das Prinzip der Solidarität verpflichtet den Einzelnen zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise als auch zur Schadensbegrenzung und Unterstützung von Heilmaßnahmen. Dem entgegen steht die Tatsache, dass bereits 80 % der chronischen Erkrankung die Folge des Lebensstils sind. Solidarität, niemals in ihrer Bedeutung definiert, ist und bleibt lediglich eine sehr schöne Vorstellung, die meistens im Egoismus endet. Die Realität belegt dieses immer wieder.

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine Art Grundversorgung. Es gibt kaum Möglichkeiten der individuellen Gestaltung dieses Versicherungsschutzes.

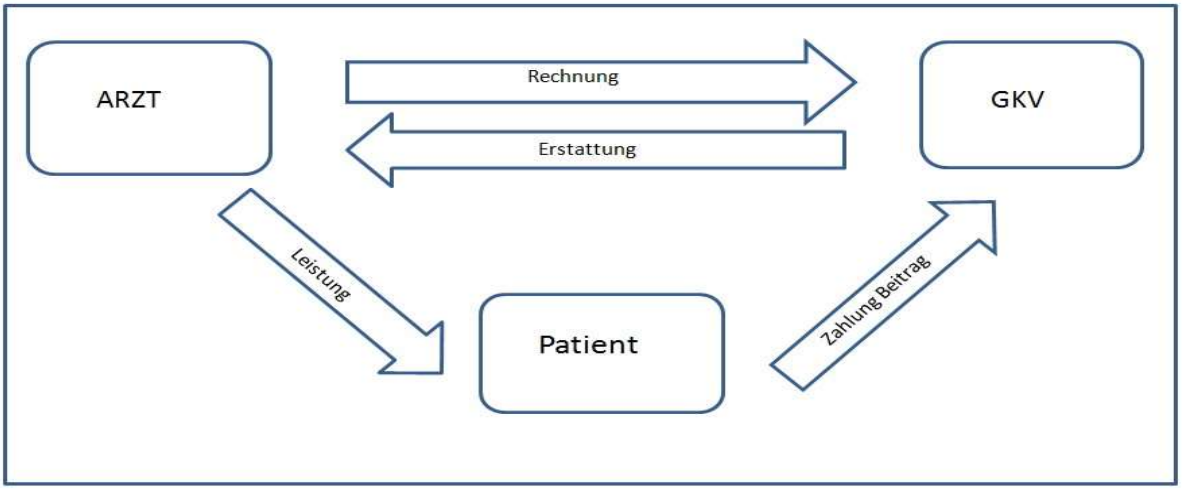
Auswirkung fehlender GBA Bewertung:

Eine Krankenkasse ist nicht dazu verpflichtet, die Kosten für eine Chemotherapie zu erstatten, wenn die gesetzlich empfohlene Chemotherapie wegen erheblicher Nebenwirkung abgebrochen werden musste. Die Betroffene muss die Therapie selbst finanzieren und klagte. Die Kosten in Höhe von 27.000 € zahlte sie selbst (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Entscheidung vom 3. März 2010; Az.: L 5 KR 2035/09). Gelebte Solidarität die vor dem Einzelnen aufhört.

Der Umfang des Versicherungsschutzes unterliegt gesetzlichen Bestimmungen, Kassensatzungen und Anordnungen, die sich jederzeit ändern können. Niemand weiß, was in zehn Jahren noch versichert ist, welche Zuzahlung zu leisten sind und welche Wartezeiten er im Leistungsfall zu überstehen hat, bevor er untersucht/behandelt wird.

Die Finanzierung der GKV:

Die Entlohnung der Ärzte/Behandler baut auf einem sehr komplexen System auf. Gemessen am Vorjahreszeitraum werden die Budgets für Behandlungen zugeteilt. Es ist eine Planwirtschaft! Nach Überschreiten des Budgets sinkt der Lohn des Arztes für jede weitere Behandlung - damit auch das wirtschaftliche Interesse, diese zu erbringen. Das erklärt die Schließung vieler Arztpraxen zum Ende des Quartals. Zudem führen die immer wieder neu ausgeschriebenen Rahmenverträge für Medikamente zu einer temporären Unterversorgung der Versicherten.



Das Leistungsversprechen erfordert die Kalkulation von Kosten, die durch bereits bestehende Krankheiten zukünftig zu zahlen sein können. Die Umlage dieser Kosten nennt man Risikozuschlag, der dann in einem solchen Fall zum Beitrag hinzukommt. Es ist keine persönliche Strafe, sondern dient, die Versichertengemeinschaft vor absehbaren Kosten zu schützen, die der Erkrankte über den Zuschlag selbst finanziert. Gelebte Solidarität.

Viele privat versicherte sind im Leistungsfall keine Privatpatienten. Es ist nicht das Tarifmerkmal Chef Arzt/Zweibettzimmer, welches darüber entscheidet. Es geht um die aus den Krankenhausfinanzierungsgesetzen abgeleiteten Regularien, die zu beachten sind. Bisher traf ich kaum Vermittler, denen das bekannt war.

Vergleichssoftware beschränkt sich meist auf andere Gegebenheiten, sodass der Kunde in falschem Glauben Kosten verursacht, die nicht erstattet werden könnten.

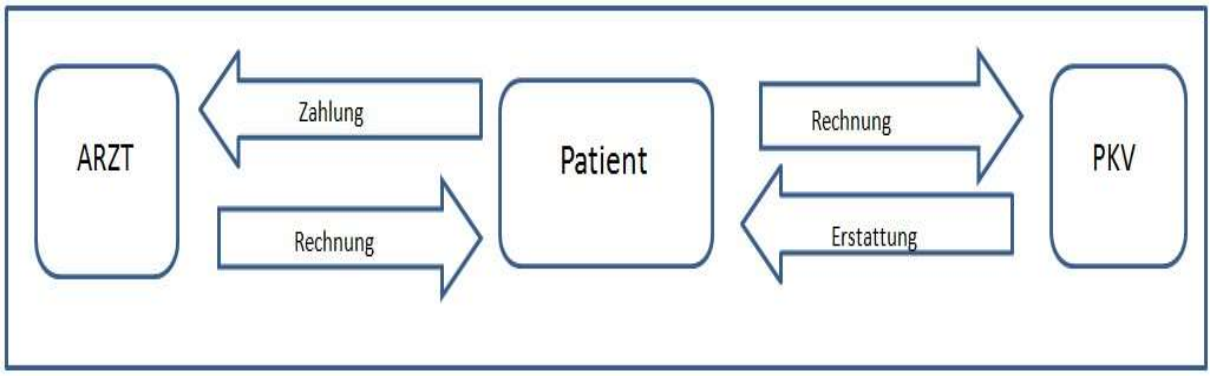
Der Erwerb einer Lizenz für eine Vergleichssoftware wird mit vielen Vermittlern mit dem Erwerb von Kompetenz und Erfahrung gleichgesetzt. Übertragen würde das heißen, dass ein Allgemeinmediziner durch den Erwerb eines Röntgengerätes zum Facharzt der Röntgenologie wird. Eine absurde Vorstellung, die leider noch immer den Markt beherrscht.

Die in § 4 Abs. 6 MB-KK enthaltene „Schulmedizinklausel“:

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus *für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen“.*

Die Finanzierung der PKV:

In der privaten Krankenversicherung wird nach einer Gebührenordnung abgerechnet. Fallpauschalen, wie in der GKV, gibt es so nicht. Es gibt auch kein Budget, welches der Arzt für die Behandlung zu beachten hat. Man nennt privat Versicherte auch Selbstzahler, da er die Kosten seiner Behandlung selbst zu zahlen hat und über seinen Versicherungsschutz rückfinanziert.



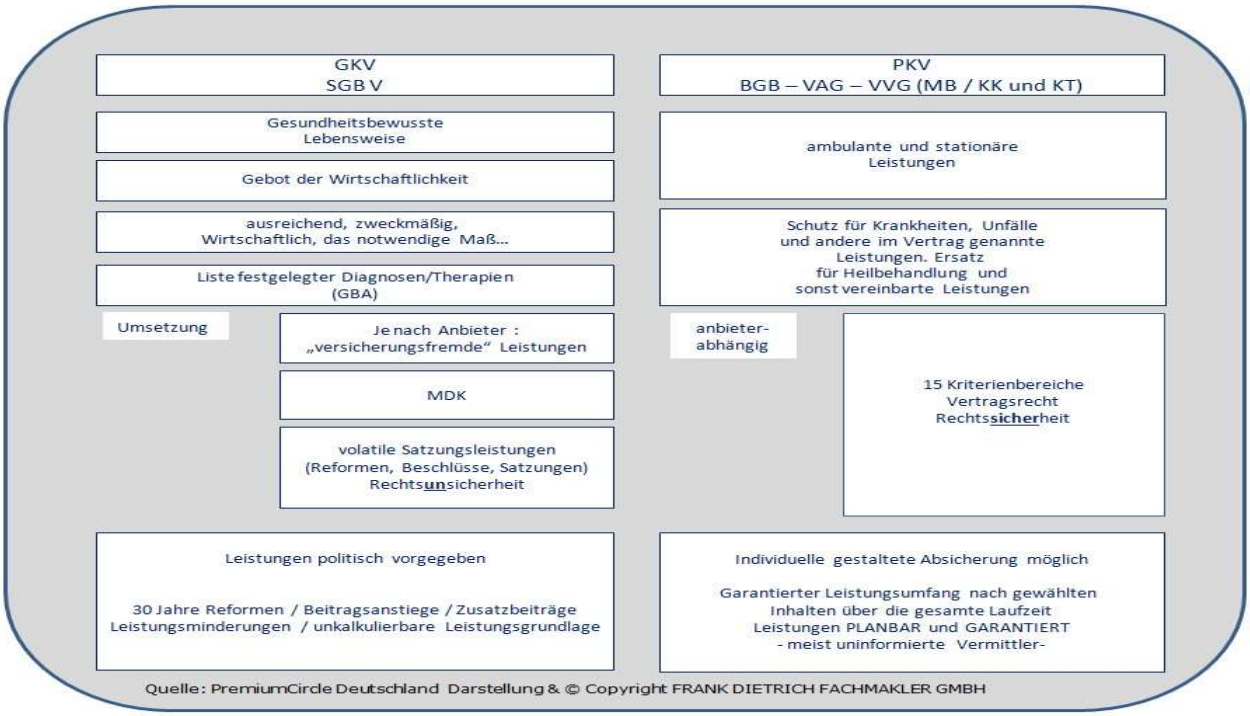
Achtung:

Manche Vermittler geben den Hinweis, dass man später, sofern dann doch die Planungen des Lebens eine andere ist, den Notlagentarif und schlussendlich den Standard- oder Basistarif wählen könnte.

Bei diesen Tarifen kann man nicht von einer Krankenversicherung sprechen. Der Notlagentarif versorgt nur Notfälle, mit einigen wenigen Ausnahmen. Standard- und Basistarif, die dem gesetzlichen Leistungsniveau sind fernab dieser Vorgabe. Eine Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, der Inhalt verspricht weniger Versicherungsschutz der gesetzlichen Kasse. Auch sind beide Tarife, obwohl sie derselben Anforderung zu folgen haben, inhaltlich unterschiedlich. Ärzte und Behandler können die Behandlungen für Patienten dieser Tarife sogar ablehnen! Auch hierzu verweise ich auf einen Blogkommentar, der statistisch gesehen mit am häufigsten gelesen wird:

„solidarisch, bevormundend und sozial“.

Schematische Gegenüberstellung:



Krankentagegeld (Verdienstausfallabsicherung).

Das Krankentagegeld muss nicht zwingend beim selben Versicherer beantragt werden, wie die Private Krankenversicherung selbst. Fast immer macht eine Kombination zweier Anbieter weit mehr Sinn. Nicht jede Kombination aber ist möglich. Nicht jeder Versicherer verzichtet in einem solchen Falle auf das "ordentliche Kündigungsrecht".

Wie hoch die Tagesgeldversicherung vereinbart werden darf, ist von Anbieter zu Anbieter durchaus unterschiedlich formuliert. Grundsätzlich darf nicht mehr versichert werden, als an Einkommen nachgewiesen werden kann. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Tagegeld auf ca. 100 € täglich limitiert. Es wird für maximal 78 Wochen gezahlt.

Was kommt danach? Wer ersetzt dann das fehlende Einkommen? Es empfiehlt sich der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung, für die ich auch einen weiteren Leitfaden für Sie bereithalte.

(Copyright procontra)

- Bildungen von Rückstellungen sind in ihrer Höhe abhängig vom zu zahlenden Beitrag. Bei Angestellten empfiehlt es sich, schon der Beteiligung des Arbeitgebers wegen, den Eigenbeitrag bis an die maximale Zuschussgrenze zu wählen.
- Beitragsrückerstattung gibt es sowohl in garantierter als auch erfolgsabhängiger Form. Die grundsätzliche Voraussetzung, daran teilzuhaben, liegt in der Leistungsfreiheit gegenüber dem Versicherer. Man hat also keine Leistungen Anspruch genommen.
- Risikozuschläge sollten, sofern diese erteilt werden, ein gewisses Maß nicht überschreiten und, sofern man eine Ausheilung nicht erwarten kann, und sollten regelmäßig überprüft werden (§ 41 VVG.).
- Für PKV - Wechsler gilt die Portierbarkeit von Rückstellungen in Höhe des Basistarifes ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung oder ein interner Tarifwechsel nach 2009 erfolgte.
- Die Tarifangebote unterscheiden sich in Modultarife und Kompakttarife. In einem Modultarif sind die einzelnen Bereiche ambulant/stationär/Zahn einzeln kombinierbar. Es besteht eine höhere individuelle Gestaltungsmöglichkeit des Versicherungsschutzes (Selbstbeteiligung, Risikozuschläge, u.a.)
- Sondertarife verschiedene Berufsgruppen sind durchaus interessant, aber nicht grundsätzlich besser auf den Bedarf des Versicherten abgestimmt. Was unterscheidet Menschen in unterschiedlichen Berufen beim Anspruch an die Gesundheitsvorsorge? Was ist beim Berufswechsel?
- Ich empfehle, sich nicht in Basis- oder Einsteigertarifen zu versichern, wenn keine kurzfristige oder zeitlich frei wählbare Option in höheren Versicherungsschutz möglich ist.
- Bei einem Anbieterwechsel beginnt die Zahnstaffel erneut. Bitte beachten Sie auch, dass entgegen dem Glauben der meisten Versicherten die Selbstbeteiligung von der entsprechenden, versicherten Summe innerhalb der Zahnstaffel abgezogen wird und dann der verbleibende Rest in Bezug auf die eingereichte Rechnung zum Ansatz kommt.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Beitragsentlastungstarife

Trotz unterschiedlichster Bezeichnungen und werbender Worte haben diese Tarife alles eines gemeinsam. Sie sollen die Beiträge im Alter senken und / oder stabil halten. Diese Tarife erfahren in letzter Zeit immer öfter Beitragsanpassungen, begründet durch die fehlenden Kapitalmarktzinsen.

Das dort angesammelte Guthaben ist zweckgebunden und wäre bei Wechsel zurück in die gesetzliche Kasse oder zu einem anderen Anbieter verloren. Der Beitrag für diesen Tarif ist noch im Rentenalter zu zahlen und mindert die kalkulierte Entlastung. Der Vorteil liegt bei Angestellten in der möglichen Beteiligung des Arbeitgebers am Beitrag. Auch kann die Vereinbarung eines solchen Tarifes steuerlich durchaus interessant sein.

Weitere Angebote in der Privaten Krankenversicherung:

- Pflege**zusatz**tarife
- Ergänzung für naturheilkundliche Behandlungen
- Krankenhaustagegeldversicherung

Wie auch das Tagegeld unabhängig von dem privaten Anbieter für die Krankenversicherung gewählt werden kann, so gilt das auch für Pflege**zusatz**versicherungen. Die dafür notwendigen Informationen finden Sie bei mir im Leitfaden zum Thema Pflege**zusatz**versicherung.

Die Krankenhaustagegeldversicherung dient nicht der Verdienstausfallabsicherung wie das Krankentagegeld. Es dient der Sicherung von Mehrkosten bei stationärer Aufnahme/Behandlung oder sogar zur Finanzierung höherwertiger Behandlungsmethoden/stationärer Unterbringung.

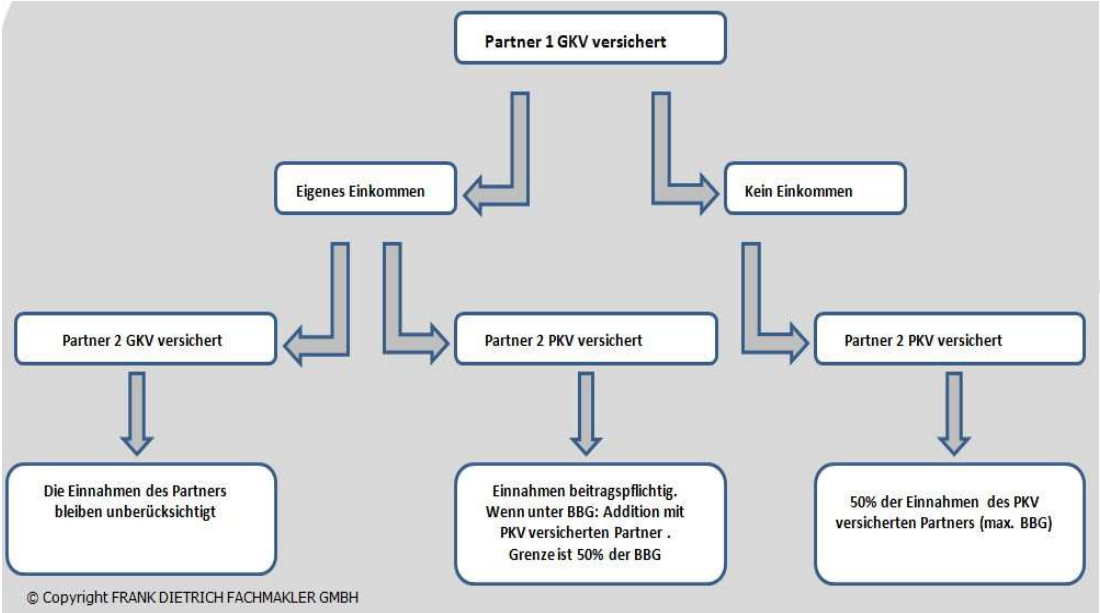
In Deutschland besteht Versicherungspflicht (§ 193 VVG):

Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Die Mindestleistungen sind Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung.

Wer einen Krankenversicherungsvertrag, egal in welchem System kündigt, hat zum Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam werden soll, eine andere Krankenversicherung nachzuweisen, die nahtlos anschließt. Weist er diese nicht nach, ist die Kündigung nicht rechtskräftig.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Familienversicherung oder nicht. Wohin kommt ein Kind?



AHB / REHA in der GKV

AHB / REHA dienen zu Erhalt der Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Daher leiste der Rentenversicherungsträger nicht mehr grundsätzlich nach Renteneinritt. In der PKV ist das eine Frage des gewählten Versicherungsschutzes -nicht des Alters.

Broschüren zum Thema "Rehabilitation"

Die Deutsche Rentenversicherung bietet nicht nur Altersvorsorge und Schutz bei vorzeitiger Erwerbsminderung. Sie leistet darüber hinaus einen Beitrag, um Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten oder wiederherzustellen. Nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ werden gezielte medizinische oder berufliche Rehabilitationsleistungen angeboten, um **Ihre Teilhabe am Erwerbsleben zu sichern**. Mit welchen konkreten Leistungen Ihnen im Einzelnen geholfen wird, können Sie unseren Broschüren entnehmen.

(Quelle: Deutsche Rentenversicherung)

Presse:

GKV GEGEN PKV: STUDIE MIT ÜBERRASCHENDEN ERGEBNISSEN

Ob GKV oder PKV – immer teurer werden sie alle

Die PremiumCircle GmbH hat eine detaillierte Studie zum deutschen Gesundheitssystem erstellt. Im Mittelpunkt stand ein Vergleich von GKV (gesetzliche Krankenversicherung) und PKV (private Krankenversicherung). Die Analyse brachte einige interessante Ergebnisse. So zahlt statistisch nur einer von 40 privat versicherten Senioren einen Monatsbeitrag von mindestens 700 Euro. Wohlgemerkt: Die Befragten waren alle über 50 Jahre alt!

Die PremiumCircle Deutschland GmbH analysiert Standards im Gesundheitswesen. Darüber hinaus berät die Frankfurter Gesellschaft Unternehmen und Vermittler, die in dieser Branche tätig sind. Die Studie „Faktencheck Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland“ wurde im Februar 2014 vorgestellt.
Sie vergleicht die PKV und die GKV miteinander. Rund 60 Mitarbeiter durchleuchteten ein Jahr lang die beiden konkurrierenden Systeme. Die Studie richtet sich insbesondere an Gesundheitsexperten und Entscheidungsträger. Aus den Ergebnissen will PremiumCircle demnächst eine Reformagenda entwickeln.

Nur jeder sechste Ältere zahlt über 500 Euro.
Die Analysten setzten einen Schwerpunkt auf das Thema „Beitragssteigerungen“, das regelmäßig das Interesse der Öffentlichkeit erregt. Presseberichte sprechen immer wieder von horrend hohen Tarifen speziell bei älteren PKV-Kunden – trotz erfolgender Alterungsrückstellungen.

Das Analyse- und Beratungshaus befragte deshalb sechs große deutsche Privatversicherer, darunter die Debeka, Barmenia und Central. Die sechs Unternehmen decken zusammen etwa ein Viertel des deutschen PKV-Marktes ab. Dabei ging es nur um die über 50-jährigen Kunden. Die Frage war:
Wie hoch ist die Beitragslast für ältere privat Versicherte wirklich?

Das Ergebnis überraschte. Nur 16,7 Prozent der Befragten müssen mehr als 500 Euro monatlich bezahlen. Schlüsselt man die 16,7 Prozent auf, ergeben sich folgende Werte:

- 8,9 Prozent zahlen 500 – 599 Euro,
- 5,2 Prozent zahlen 600 – 699 Euro und
- 2,6 Prozent zahlen mindestens 700 Euro.

Folglich relativieren sich Meldungen wie „PKV kostet im Alter über 1.000 Euro!“.

Ihr Fachmakler

FRANK DIETRICH FACHMAKLER