

Gesundheit ist sicherlich nicht alles, aber
ohne Gesundheit ist alles nichts.



Frank Dietrich (Dipl.-Kfm.) - Große Weinmeisterstraße 63 f - 14469 Potsdam - Tel: 033237 85027
Mail: office@frank-dietrich-fachmakler.de

**Sie wünschen sich erfahrene, neutrale
Unterstützung bei Ihren Versicherungsthemen?**

Ich berate Sie zu Ihren Versicherungen rund um
das Thema Gesundheit:

- Private Krankenversicherung,
- Betriebliche Krankenversicherung,
- Dienst-/Berufsunfähigkeitsversicherung,
- Pflegezusatzversicherung,
- Versicherungsschutz für Beamte.

Was mir wichtig ist:

- Anbieterneutrale Informationen,
- Arbeiten ohne Vergleichsrechner,
- Sie darin zu unterstützen, bewusst Ihre eigene Entscheidung zu treffen,
- Persönliches Gespräch statt Informationsschwemme,
- Versicherten nachdrücklich zu Ihrem Recht zu verhelfen.

Ist der Wechsel in die private Krankenversicherung sinnvoll?

Wenn Ihnen wichtig ist, im Krankheits- oder Ernstfall Zugang zu bestmöglicher medizinischer Versorgung zu erhalten – unabhängig davon, wann oder ob dieser Moment eintritt – dann ist die Antwort: Ja, der Wechsel in die PKV dann sogar dringend notwendig.

Eine „beste“ Krankenversicherung gibt es nicht. Aber es gibt einige wenige sehr gute. Die Unterschiede in den Leistungen der privaten Anbieter sind enorm. Manche Tarife bieten

nicht einmal annähernd den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hochwertige Angebote sind selten – Standardlösungen oder „die üblichen guten Tarife“ gibt es nicht, denn wie definiert sich „gut“?

Eine Studie des [PremiumCircle Deutschland](#) aus dem Jahr 2018, in Auftrag gegeben von Bündnis 90/Die Grünen, zeigt: Kein einziger Anbieter erfüllte die sogenannten Mindestkriterien, also Leistungen, die an die gesetzliche Krankenversicherung angelehnt sind. Mehrleistungen, die über das gesetzliche Niveau hinausgehen, müssen zusätzlich betrachtet werden. Nur rund 10 % der Anbieter bieten Tarife an, bei denen sich eine individuelle Beratung wirklich lohnt. Alle anderen weisen gravierende Leistungslücken auf – im Ernstfall kann das teuer oder gar existenzbedrohend werden.

Der wichtigste Schritt ist die Wahl eines kompetenten Beraters. Nur ein spezialisierter Makler, der für seine Empfehlungen haftet und auf PKV-Themen fokussiert ist, sollte Sie begleiten. Er sollte sich Zeit nehmen – nicht darauf drängen, dass Sie sofort eine Entscheidung treffen. Diese sollte in aller Ruhe und bewusst getroffen werden.

Prüfen Sie bereits vor dem ersten Gespräch z.B. seine Webseite

- Bietet er viele verschiedene Versicherungsarten an?
- Spricht er von „ganzheitlicher Beratung“?

Dann ist es wahrscheinlich, dass er Vergleichsrechner nutzt und sich auf fremde Bewertungen verlässt – statt selbst die Vertragsbedingungen sorgfältig zu lesen und zu analysieren.

Ziel der Beratung ist nicht, einen Tarif „schönzureden“. Sie sollen vielmehr in die Lage versetzt werden, eine informierte, eigenverantwortliche Entscheidung treffen zu können. Dazu gehören Hintergrundinformationen zu Leistungsfällen, anfallende Kosten sowie der Vergleich von echten Vertragstexten: Welche Klauseln sehen gut aus, leisten aber nichts? Welche sichern Sie wirksam ab?

Viele Menschen kennen jedes Detail ihrer Urlaubsreise, wissen aber wenig über ihre Gesundheitsvorsorge – obwohl sie dafür jeden Monat zahlen und sich im Krankheitsfall darauf verlassen. Falsche Prioritäten.

Wie gut sind Sie bereits informiert?

Ich sende Ihnen einen Fragebogen in der ersten Mail nach unserem Gespräch zu. Bitte tragen Sie ein, was Sie bereits wissen und was Ihnen besonders wichtig ist. Das hilft mir, die Beratung individuell auf Sie zuzuschneiden.

Private Krankenversicherung – inkl. Beihilfeberechtigte & Beratungsleitfaden

Ein zentraler Bestandteil der Beratung ist der Vergleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Beide Systeme haben Vor- und Nachteile – insbesondere im Hinblick auf Beitragsentwicklung, insbesondere im Alter und Leistungserhalt sowie Familienplanung u.v.m..

Vorbereitung auf das Beratungsgespräch

Für einen späteren Antrag ist es essenziell, Einblick in Ihre bisherigen Behandlungsdaten zu erhalten – sowohl bei Ihrer aktuellen Krankenkasse als auch bei behandelnden Ärzten. Seit 2016 ist bekannt, dass Kassen Ärzte dazu animieren, abrechnungsrelevante Diagnosen zu stellen – selbst wenn diese medizinisch nicht begründet waren. Das erhöht den Finanzauffluss für die Krankenkasse und den Arzt und kann für Sie aber später zum Problem werden.

Über 90 % der Diagnoselisten, die ich mit Interessenten durchgehe, enthalten solche „Fehldiagnosen“. In einem Fall fand sich sogar eine gynäkologische Untersuchung bei einem männlichen Patienten. Solche Einträge – wenn unbemerkt – können im Leistungsfall zur Kündigung des Versicherungsvertrags führen.

Deshalb ist ein erfahrener Berater mit medizinischem und juristischem Verständnis so wichtig. Er sollte auch in der Lage sein, mit Ärzten oder Versicherern zu kommunizieren. Fordern Sie frühzeitig Ihre Behandlungsübersicht bei Ihrer Krankenkasse an. Ein Telefonat reicht dazu aus.

Bereits Empfehlungen erhalten?

Wenn Sie schon Angebote haben, besprechen wir diese gerne nach der Beratung – sobald Sie fachlich auf Augenhöhe mitreden können. Vorher möchte ich bewusst nicht wissen, was Ihnen geraten wurde.

Ich biete auch gemeinsame Beratungen mit Freunden oder Kollegen an – ideal, um sich auszutauschen und gemeinsam Fragen zu stellen. Selbstverständlich behandle ich persönliche Daten immer vertraulich und führe dazu Einzelgespräche. Gemeint sind die grundsätzlichen Inhalte der Beratung.

Wichtige Unterlagen zur Zusammenarbeit

- **Maklervertrag:** Aus rechtlichen Gründen arbeite ich ausschließlich auf Basis eines Maklervertrags. Dieser begrenzt meine Haftung auf das Beratungsthema, das Sie betreffen möchte.
- **Vollmacht:** Sie ermöglicht es mir, schneller Ergebnisse zu erzielen oder in Ihrem Sinne mit Ärzten und Versicherern zu kommunizieren.
- **Datenschutzerklärung:** Sie erhalten eine separate Erklärung, um sicherzugehen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden.
- **Die Beratung: Ihr Weg zur fundierten Entscheidung**
- Nach unserem ersten telefonischen Kennenlerngespräch erhalten Sie von mir einen Gesundheitsfragebogen. Dieser hilft dabei, eine erste Einschätzung Ihrer Versicherungsfähigkeit vorzunehmen. Wie bereits erwähnt, bitte ich Sie zusätzlich, bei Ihrer aktuellen Krankenkasse die Übersicht Ihrer gelisteten Behandlungsdaten anzufordern. Das ist ein zentraler Baustein der Vorbereitung.
- Bitte beachten Sie auch den beiliegenden Fragebogen zu Themen, die Ihnen bereits bekannt oder besonders wichtig sind. Nehmen Sie sich für die gesamte Beratung idealerweise etwa **zwei Stunden** Zeit – in der Regel aufgeteilt auf zwei Gespräche, denn das Thema ist komplex und verdient volle Aufmerksamkeit.

- **Was passiert im eigentlichen Beratungsgespräch?**
- Sobald Ihre Gesundheitsdaten besprochen und Ihre Versicherungsfähigkeit bestätigt sind, vereinbaren wir einen ausführlichen Beratungstermin. Die Beratung ist **produktanbieterunabhängig** und behandelt systematisch **15 Themenbereiche**, die eine private Krankenversicherung ausmachen.
- **Ziel der Beratung: Kompetenz statt Abhängigkeit**
- Mir ist es wichtig, dass Sie als Kunde auf **Augenhöhe** agieren können. Ziel ist nicht eine schnelle Entscheidung, sondern eine **informierte, bewusste und begründete Wahl** des für Sie passenden Versicherungsschutzes.
- Nur wer die Funktionsweise seiner Versicherung versteht, kann sich **strategisch, nachhaltig und selbstbewusst** absichern – heute und für die Zukunft.
- Alle Gespräche können auf Wunsch **online durchgeführt** werden – bequem und flexibel von zu Hause aus.

Die Vorteile der Onlineberatung

- **Volle Flexibilität:** Termine lassen sich unkompliziert vereinbaren – auch kurzfristig verschieben ist kein Problem. Kein Zeitdruck, kein Stress.
- **Vertraute Umgebung:** Sie nehmen am Gespräch dort teil, wo Sie sich am wohlsten fühlen – zu Hause, im Büro oder unterwegs.
- **Zugriff auf alle Unterlagen:** Bei der Onlineberatung sind sämtliche Informationen direkt verfügbar – ideal, um auch auf **ungeplante oder spontane Fragen** detailliert einzugehen.
- **Individuell statt standardisiert:** Jede Beratung ist anders – so wie jede Lebenssituation. Das Online-Format ermöglicht eine **maßgeschneiderte** und **dynamische** Gesprächsführung.

Wir vergleichen dabei die gesetzliche mit der privaten Krankenversicherung – es sei denn, Sie befinden sich bereits in einem privaten Tarif. Beide Systeme haben Stärken und Schwächen, die Sie kennen sollten. Insbesondere verändert sich Ihre **Position gegenüber Ärzten und Versicherern**, wenn Sie in die PKV wechseln – auch dies wird thematisiert.

Wichtige Unterlagen zur Zusammenarbeit

- **Maklervertrag:** Aus rechtlichen Gründen arbeite ich ausschließlich auf Basis eines Maklervertrags. Dieser begrenzt meine Haftung auf das Beratungsthema, das Sie betreffen möchte.
- **Vollmacht:** Sie ermöglicht es mir, schneller Ergebnisse zu erzielen oder in Ihrem Sinne mit Ärzten und Versicherern zu kommunizieren.
- **Datenschutzerklärung:** Sie erhalten eine separate Erklärung, um sicherzugehen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden.
- **Die Beratung: Ihr Weg zur fundierten Entscheidung**
- Nach unserem ersten telefonischen Kennenlerngespräch erhalten Sie von mir einen Gesundheitsfragebogen. Dieser hilft dabei, eine erste Einschätzung Ihrer Versicherungsfähigkeit vorzunehmen. Wie bereits erwähnt, bitte ich Sie zusätzlich, bei Ihrer aktuellen Krankenkasse die Übersicht Ihrer gelisteten Behandlungsdaten anzufordern. Das ist ein zentraler Baustein der Vorbereitung.

- Bitte beachten Sie auch den beiliegenden Fragebogen zu Themen, die Ihnen bereits bekannt oder besonders wichtig sind. Nehmen Sie sich für die gesamte Beratung idealerweise etwa **zwei Stunden** Zeit – in der Regel aufgeteilt auf zwei Gespräche, denn das Thema ist komplex und verdient volle Aufmerksamkeit.
- **Unklare Versicherungsfähigkeit?**
Sollte sich Ihre Versicherungsfähigkeit nicht eindeutig beurteilen lassen, klären wir diese mithilfe einer **anonymen Vorausfrage** bei den infrage kommenden Anbietern. So bleibt Ihre Identität geschützt, während wir verlässliche Aussagen einholen.
- **Was passiert im eigentlichen Beratungsgespräch?**
- Sobald Ihre Gesundheitsdaten besprochen und Ihre Versicherungsfähigkeit bestätigt sind, vereinbaren wir einen ausführlichen Beratungstermin. Die Beratung ist **produktanbieterunabhängig** und behandelt systematisch **15 Themenbereiche**, die eine private Krankenversicherung ausmachen.
- Wir vergleichen dabei die gesetzliche mit der privaten Krankenversicherung – es sei denn, Sie befinden sich bereits in einem privaten Tarif. Beide Systeme haben Stärken und Schwächen, die Sie kennen sollten. Insbesondere verändert sich Ihre **Position gegenüber Ärzten und Versicherern**, wenn Sie in die PKV wechseln – auch dies wird thematisiert.
- **Ziel der Beratung: Kompetenz statt Abhängigkeit**
- Mir ist es wichtig, dass Sie als Kunde auf **Augenhöhe** agieren können. Ziel ist nicht eine schnelle Entscheidung, sondern eine **informierte, bewusste und begründete Wahl** des für Sie passenden Versicherungsschutzes.
- Nur wer die Funktionsweise seiner Versicherung versteht, kann sich **strategisch, nachhaltig und selbstbewusst** absichern – heute und für die Zukunft.
- **Beratung online möglich**
Alle Gespräche werden **online durchgeführt** – bequem und flexibel von zu Hause aus.

✓ Die Vorteile der Onlineberatung

- **Volle Flexibilität:** Termine lassen sich unkompliziert vereinbaren – auch kurzfristig verschieben ist kein Problem. Kein Zeitdruck, kein Stress.
- **Vertraute Umgebung:** Sie nehmen am Gespräch dort teil, wo Sie sich am wohlsten fühlen – zu Hause, im Büro oder unterwegs.
- **Zugriff auf alle Unterlagen:** Bei der Onlineberatung sind sämtliche Informationen direkt verfügbar – ideal, um auch auf **ungeplante oder spontane Fragen** detailliert einzugehen.
- **Individuell statt standardisiert:** Jede Beratung ist anders – so wie jede Lebenssituation. Das Online-Format ermöglicht eine **maßgeschneiderte und dynamische** Gesprächsführung.

Die Beratung:

Nach unserem ersten Telefonat zum Kennenlernen übersende ich Ihnen Fragebögen zu ihrer Gesundheit, Ihre Versicherungsfähigkeit einschätzen zu können. Trotz dessen bitte ich, wie bereits erwähnt, um die Befragung ihres jetzigen Krankenversicherers nach den gelisteten


Behandlungsdaten. Denken Sie an den schon erwähnten Anhang zu den Dingen, die bekannt oder wichtig erscheinen und nehmen sich für die gesamte Beratung gute 2 Stunden Zeit. Vermutlich in zwei Terminen, denn das Thema ist umfangreich.

Ist die Versicherungsfähigkeit nicht klar einschätzt war, werden wir mithilfe einer anonymen Anfrage an die Anbieter herantreten.

Sind die Daten zur Gesundheit besprochen und besteht Versicherungsfähigkeit vereinbaren wir einen Termin zur Beratung. Dieses Produkt unabhängig gehalten und soll ihn die 15 Themenbereiche, die eine Krankenversicherung beinhaltet, näherbringen. Wir vergleichen das private und gesetzliche System, es sei denn, sind bereits in der privaten Krankenversicherung. Beide haben Vor- und Nachteile, die sie kennen sollten. Auch verändert sich bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung ihre Stellung gegenüber Behandler und Versicherer.

Die Beratung hat das Ziel, sie auf Augenhöhe zu holen, sodass sie selbst eigenständig und begründet eine Entscheidung, welcher Versicherungsschutz für Sie der richtige ist, treffen können. Nur ein mündiger Kunde ist in der Lage, sich nachhaltig zu positionieren und strategisch zu versichern. Das ist mir wichtig.

Online beraten.

	<p><u>Ablauf/Vorgehensweise</u></p> <p>Die Beratung wird online erfolgen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei dieser Form der Beratung die Aufmerksamkeit ungestörter ist, als im persönlichen Gespräch.</p> <p>Ob mit oder ohne Kamera, entscheiden Sie! Ich arbeite bereits über 20 Jahre auf diese Art und Weise.</p>
---	---

✓ Die Vorteile der Onlineberatung

- **Volle Flexibilität:** Termine lassen sich unkompliziert vereinbaren – auch kurzfristig verschieben ist kein Problem. Kein Zeitdruck, kein Stress.
- **Vertraute Umgebung:** Sie nehmen am Gespräch dort teil, wo Sie sich am wohlsten fühlen – zu Hause, im Büro oder unterwegs.
- **Zugriff auf alle Unterlagen:** Bei der Onlineberatung sind sämtliche Informationen direkt verfügbar – ideal, um auch auf **ungeplante oder spontane Fragen** detailliert einzugehen.
- **Individuell statt standardisiert:** Jede Beratung ist anders – so wie jede Lebenssituation. Das Online-Format ermöglicht eine **maßgeschneiderte** und **dynamische** Gesprächsführung.

1 Der erste Beratungstermin – Inhalte & Ablauf

1. Ihr persönlicher Ausgangspunkt

- Was wissen Sie bereits zur privaten Krankenversicherung?
- Wo kann ich Sie fachlich abholen?
- Welche Prioritäten haben Sie heute – und warum?

2. GKV vs. PKV – Ein strukturierter Vergleich

- Wie unterscheiden sich gesetzliche und private Krankenversicherung im Aufbau, in der Funktion und im Leistungsverständnis?
- Rückblick: Wie haben sich Beiträge und Leistungen in beiden Systemen entwickelt?

3. Vertragsaufbau und rechtliche Grundlagen

- Wie ist ein PKV-Vertrag aufgebaut?
- Welche Bedeutung hat die aktuelle Rechtsprechung?
- Sie lernen, wie Sie „versteckte“ Leistungsausschlüsse erkennen und gute von scheinbar guten Formulierungen unterscheiden.

4. Die 15 Themenbereiche der PKV – Einblick mit Praxisbezug

- Welche Begriffe führen in die Irre? Welche garantieren echte Leistungen?
- Welche Empfehlungen zu Tarifen gibt es – und warum?
- **Beispielrechnungen aus der Praxis** zeigen konkret, was hinter Beiträgen und Leistungen steht – inkl. Fallstricke im Leistungsfall.

5. Krankentagegeld – oft unterschätzt

- Warum der Krankentagegeldtarif nicht zwingend beim gleichen Anbieter wie die Vollversicherung abgeschlossen werden muss.
- Was bei der Kombination von PKV und Tagegeldtarif zu beachten ist – nicht alle Anbieter ermöglichen flexible Kombinationen.

■ Nach dem Gespräch erhalten Sie:

- Eine **ausführliche Gesprächszusammenfassung**, individuell für Sie erstellt
- **Verständliche Protokolle** zu den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), übersichtlich und in Klartext formuliert
- Auf Wunsch: **konkrete Tarifvorschläge** zur Orientierung
- Vereinbarung eines **Folgetermins** zur Vertiefung und ggf. Entscheidungsbesprechung

Zweiter Beratungstermin – Entscheidungsvorbereitung

1. Rückblick & offene Fragen

- Welche Punkte aus der ersten Beratung sind noch unklar?
- Wir gehen offene Fragen gemeinsam durch – gern auch die Protokolle zu den AVB.

2. Angebote im Vergleich

- Welche Angebote sind für Sie interessant? Welche eher nicht – und warum?
- Wir beleuchten Beitragsentwicklungen, Unternehmenskennzahlen und weitere Qualitätsmerkmale der Anbieter.

3. Feinschliff: Ihre Tarifauswahl

- Welche Tarifmerkmale passen zu Ihren Bedürfnissen?
(z. B. Selbstbeteiligung, stationäre Unterbringung, Wahlleistungen)
- Haben sich Ihre Prioritäten durch die Beratung verändert?
- Soll das **Krankentagegeld** beim selben Anbieter abgeschlossen werden oder ist eine Kombination sinnvoller?
- Welcher Krankentagegeldtarif bietet den besten Schutz für Ihre Situation?

4. Konkrete Schritte

- Mindestens **drei Tarife** werden gemeinsam konkretisiert und beim Versicherer angefragt (inkl. anonymisierter Risikoprüfung).
- Sie erhalten erneut eine **ausführliche Gesprächszusammenfassung** sowie die **Angebotsunterlagen (VVG-konform)**.

5. Planung der nächsten Schritte

- Ein weiterer Beratungstermin wird vereinbart, sobald Rückmeldungen der Versicherer vorliegen.

✦ Finaler Beratungstermin – Antrag & Abschluss

1. Ergebnisse aus den Anfragen

- Die angefragten Tarife liegen nun mit verbindlicher Einschätzung vor.
- Wir prüfen gemeinsam die Ergebnisse und klären letzte Details.

2. Antragstellung

- Der Antrag wird vollständig erfasst und an den Versicherer übermittelt.
- In der Regel erfolgt die Annahme kurzfristig – meist innerhalb weniger Werktage.

3. Letzte Prüfung: Versicherungsschein

- Nach Erhalt des Versicherungsscheins vereinbaren wir den **abschließenden Termin**:
 - Stimmen die policierten Inhalte mit dem Antrag überein?
 - Wurden alle Tarifdetails korrekt übernommen?

Ihre vollständige Dokumentation – Ihre persönliche "Betriebsanleitung"

Nach Abschluss erhalten Sie:

- Eine **vollständige Dokumentation** aller Beratungsschritte
- Ein **ausführliches Protokoll Ihres Versicherungsschutzes**
 - inklusive:
 - Was konkret versichert ist
 - Welche besseren Leistungen es gegeben hätte
 - Welche schlechteren Marktangebote existieren
- Damit sind Sie für spätere Rückfragen oder Leistungsfälle bestens gerüstet

Private Krankenversicherung für Beihilfeberechtigte



Beamte auf Widerruf, auf Probe und auf Lebenszeit können sich privat versichern. Eine Teilkostenversicherung, denn den anderen Teil zahlt die Beihilfestelle, werden bereits in der Ausbildung angeboten. Möglichst billig, teilweise auch ohne Gesundheitsfragen und oftmals ausgerichtet auf das, was jungen Menschen wichtig ist.

Wer kann sich privat versichern?

Beamte auf Widerruf, auf Probe und auf Lebenszeit haben die Möglichkeit, sich **privat krankenversichern** zu lassen.

Die Beihilfe zahlt dabei einen Teil der medizinischen Kosten – der **Rest wird durch eine private Teilkostenversicherung** abgesichert. Bereits während der Ausbildung stehen passende Tarife zur Verfügung.

🎯 Was wird oft abgeschlossen – und warum?

Gerade zu Beginn der Laufbahn wird der Versicherungsschutz häufig nach dem Motto "möglichst günstig" gewählt.

Häufige Merkmale:

- günstige Tarife
- Teilweise **ohne Gesundheitsprüfung**
- Fokus auf:
 - Zahnersatz
 - Vorsorgeuntersuchungen (ohne Verlust der Beitragsrückerstattung)
 - Sehhilfen

Problematisch: Diese Auswahlkriterien orientieren sich an den heutigen Bedürfnissen – **nicht an den zukünftigen Anforderungen**. Eine fehlende Gesundheitsprüfung, die glücklicherweise nur selten für junge Beamten am Markt angeboten ist bedenklich. Der Versicherer übernimmt Risiken, die nicht bekannt sind und Dir demnach auch nicht kalkulieren kann. Es drohen ungeahnte Kosten und dadurch hohe Beiträge in Zukunft.

⚠️ Was ändert sich mit der Zeit?

Im Laufe des Lebens steigen die Anforderungen an den Versicherungsschutz:

- **Krankenhausaufenthalte:**
 - Wird ein Aufenthalt in einer **Privatklinik** übernommen?
 - Gilt die volle **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**?
 - Ist ein Aufenthalt in einer „gemischten Anstalt“ (z. B. Rehaklinik mit besserem Standard) versichert?
- **Heilmittel, Hilfsmittel, Rehamassnahmen:**
 - Werden **Anschlussheilbehandlungen, Kuren** oder Therapien übernommen?

Spätestens jetzt zeigt sich, ob der Tarif damals **vorausschauend gewählt wurde** – oder nur günstig war.

Vorausschauend denken – nicht kurzfristig sparen

Die Wahl des richtigen Versicherungsschutzes sollte nicht nur die **heutigen Bedürfnisse** abdecken, sondern auch:

- das, was **möglichweise einmal notwendig** wird,
- und vor allem: **nichts ausschließen**, was später existenziell sein könnte.

Beispiel aus dem Leben:

„Meine Schwester hatte ab der Diagnose Krebs noch vier Monate. Was hätten mir da Zahnersatz oder eine Beitragsrückerstattung gebracht?“

🛡️ **Mein Ziel für Sie**

- Sie treffen Ihre Entscheidung **auf Basis fundierten Wissens**.
- Ich helfe Ihnen, Leistungen und Lücken zu verstehen – verständlich und praxisnah.
- Wir identifizieren gemeinsam, **welche Leistungen später teuer werden können**, wenn sie nicht versichert sind.
- Sie lernen, **Vertragstexte selbst zu durchschauen** – und zwar ohne Schönfärberei.

💡 **Fazit**

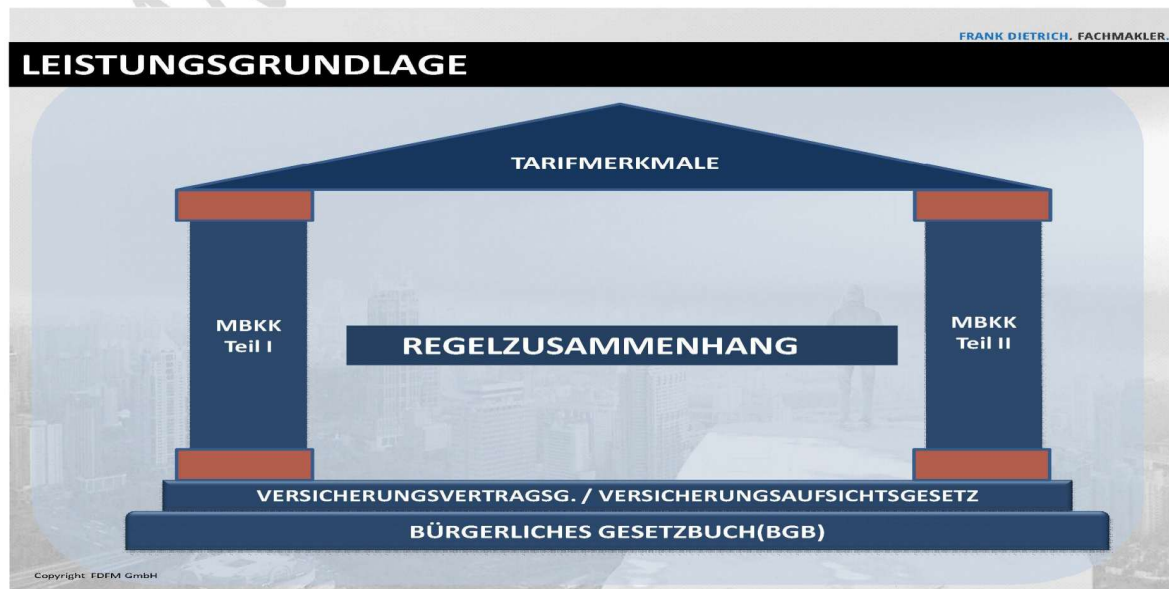
- Eine **hochwertige Absicherung muss nicht teuer sein**.
- **Teuer wird es**, wenn der Tarif „billig“ ist, aber im Ernstfall **nicht leistet**.
- Entscheiden **nur Sie**, was Ihnen wichtig ist.
Ich zeige Ihnen, was möglich ist.

Geltungsbereich	Arzt-Honorare	Ambulante Behandlerwahl
Arzneimittel Künstl. Ernährung	Heilmittel	Hilfsmittel
Psychotherapie	Stationäre Behandlung	AHB, Reha, Kur
Häusl. Krankenpfl.	Transporte	Zahnleistungen
Prävention	Familienplanung	Wechseloptionen

Versicherungsschutz ist eine Ware, die nicht teuer sein muss, wenn sie qualitativ hochwertig ist. Einige wenige Anbieter bieten Optionen eine Verbesserung des Versicherungsschutzes auch bei bestehenden Erkrankungen. Aber Achtung. Viele Optionen sind eher Werbung als eine solche Verbesserung, betrachtet man die Möglichkeiten in den Tarifen des Anbieters.

Auszüge aus der Beratung:

Der juristische Aufbau.



Zur Qualität der PKV`en / Mindestkriterien:

Im Auftrag politischer Parteien.

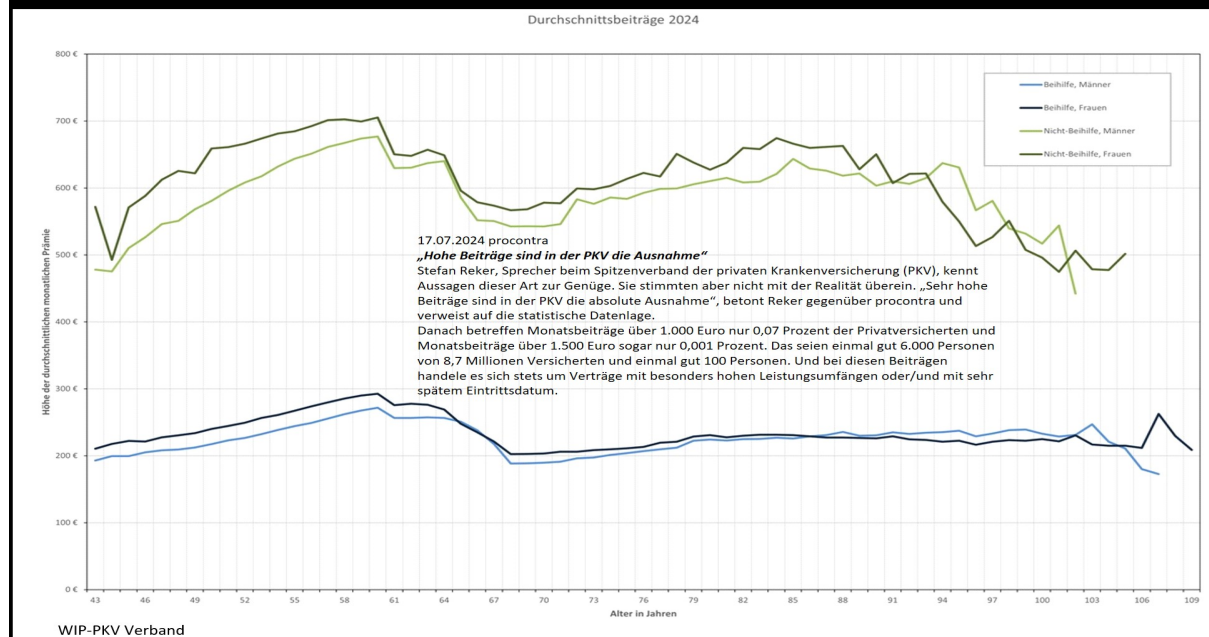


Der Anfang einer wichtigen Debatte

Bereits im Juni 2012 geriet Bewegung in die Diskussion um unser Gesundheitssystem: Anlässlich einer Pressekonferenz des "Zukunftsrats Gesundheit" vor dem Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten [PremiumCircle](#) und das Institut für Mikrodatenanalyse (IfMDA) eine aufsehenerregende Studie. Diese untersuchte die Systemgrenzen zwischen der gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV)

und widerlegte ein weit verbreitetes Vorurteil – nämlich, dass die PKV im Alter grundsätzlich unbezahlbar sei. Die Studie zeigte, dass der durchschnittliche Monatsbeitrag im Rentenalter bei etwa 600 Euro liegt. Eine Dokumentation des wirtschaftlichen Institutes der privaten Krankenversicherer in 2024 belegt 12 Jahre später ca. 50 € mehr.

BEITRÄGE NACH ALTER



Im Rahmen der Präsentation stellte sich zudem die Frage nach der qualitativen Wertigkeit der PKV im Vergleich zur GKV – ein Thema, das in den folgenden Jahren immer wieder aufgegriffen wurde.

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 Gesundheitsökonom 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.

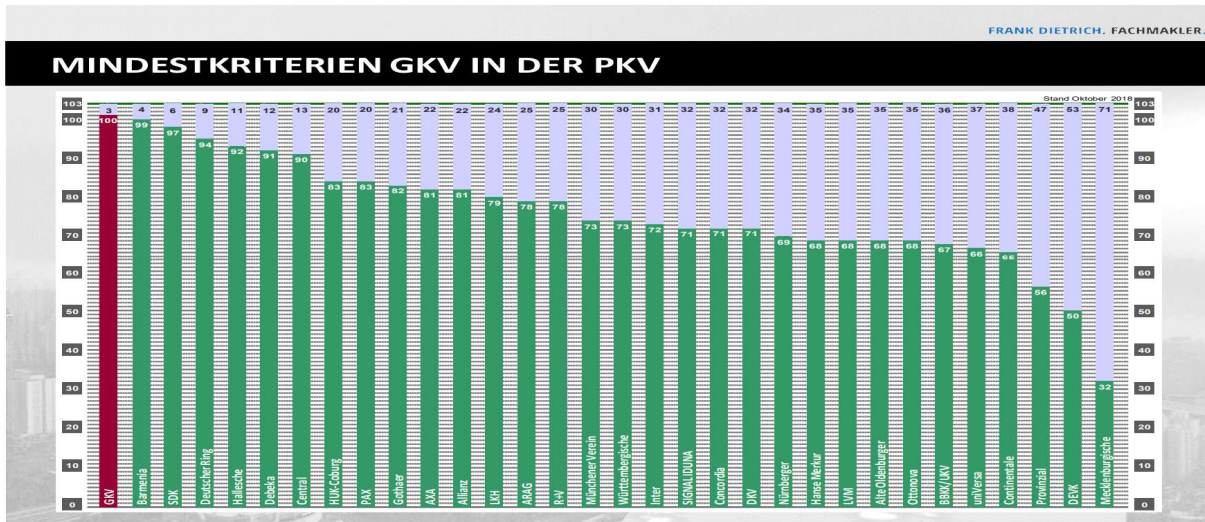
Besonders problematisch finden die Studienautoren, dass viele Versicherungen nur eingeschränkt Anschlussheilbehandlungen, Psychotherapien oder wichtige medizinische Hilfsmittel übernehmen. "Die Branche sollte sich auf einen Mindestversicherungsschutz einigen", sagt Jens Spahn, gesundheitspolitischer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



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

Mindestleistungskriterien: Wie viel leisten die Tarife tatsächlich?

Im Jahr 2018 beauftragte Bündnis 90/Die Grünen eine Studie, um zu überprüfen, inwieweit Versicherer die bereits 2012 empfohlenen Standards für eine transparente Tarifgestaltung umgesetzt hatten. Das Ergebnis fiel enttäuschend aus: Die Einhaltung der Mindestanforderungen schwankte erheblich – je nach Tarif wurden lediglich zwischen 32 % und 99 % der Kriterien erfüllt.

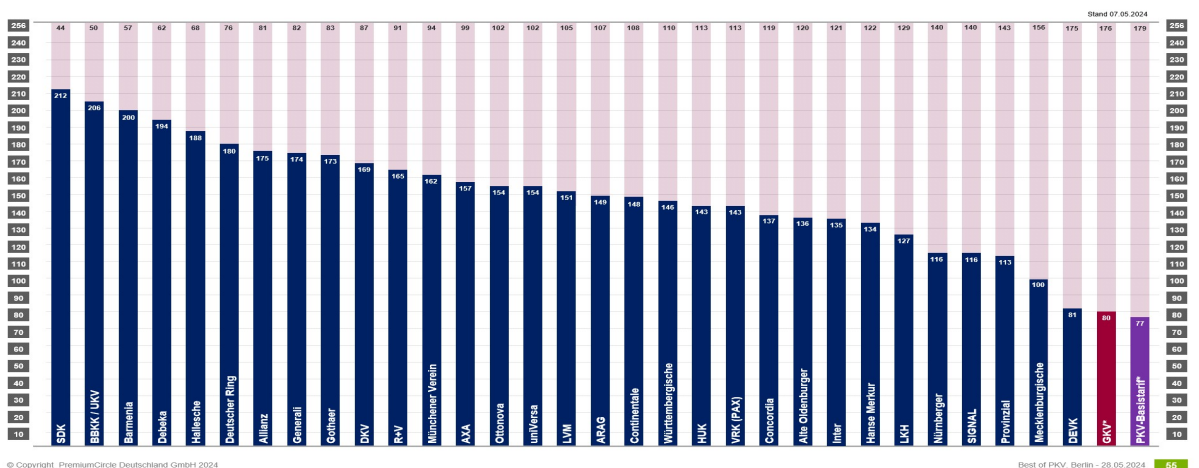


Mehrleistungen der PKV: Vertraglich garantiert.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bietet die private Krankenversicherung (PKV) vertraglich zugesicherte Leistungen, die das gesetzlich vorgesehene Maß deutlich übersteigen. Eine umfassende Analyse sämtlicher Leistungsbereiche ergibt ein klares Bild:



PremiumSoftware: Additive Ergebnisse TOP-Tarife (Erfüllung der 256 PCD-Leistungskriterien)



In den Schaubildern erscheinen auf der linken Seite durchgehend dieselben Versicherer mit dem jeweils höchsten Leistungsniveau. Dies unterstreicht eine zentrale Erkenntnis: Wer sich für die PKV entscheidet, sollte seinen Fokus auf eine kleine Gruppe – etwa 10 % der Anbieter – richten. Diese zeichnen sich in der Regel durch besonders hochwertige und leistungsstarke Tarife aus.

Warum der Erhalt des dualen Systems wichtig ist.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, bringt es auf den Punkt: „Ohne den Wettbewerb durch die private Krankenversicherung wäre die Gefahr deutlich größer, dass sich der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung beschränkt. In einem einheitlichen System lassen sich Leistungen leichter kürzen.“

Ein Blick nach Großbritannien verdeutlicht die Risiken: Dort hat ein rein staatlich organisiertes Gesundheitssystem durch langjährige Sparmaßnahmen an Leistungsfähigkeit verloren – mit spürbaren Folgen für die Bevölkerung, die heute vielfach unter unzureichender medizinischer Versorgung leidet.

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

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

Mehr Wechsel von GKV zur PKV als umgekehrt



Beratungsmängel durch gesetzliche Rahmenbedingungen

Laut § 61 des Versicherungsvertragsgesetzes sind Vermittler verpflichtet, ihre Kunden bedarfsgerecht und entsprechend ihrer Wünsche zu beraten. Doch genau hier zeigt sich ein grundlegendes Problem: Ein Kunde kann nur artikulieren, was ihm bekannt ist – und das ist häufig unzureichend.

In der Praxis bleiben viele Beratungsgespräche oberflächlich und beschränken sich auf bekannte Themen wie Brillenleistungen, Zahnersatz, steuerliche Vorteile oder den Arbeitgeberzuschuss. Dabei umfasst eine umfassende und leistungsstarke private Krankenversicherung über 845 Einzelkriterien. Ein aktuelles Beispiel macht die Problematik deutlich: Auf die berechtigte Frage, warum ein bestimmter Tarif empfohlen werde, erhielt ein Kunde lediglich die Antwort: „Ich weiß es besser – vertrauen Sie mir.“ Der Abschluss erfolgte, ohne dass der Kunde die Leistungen – oder die Leistungslücken – wirklich verstanden hatte. Das Ergebnis: vermeidbare Eigenkosten im Alter durch unzureichenden Versicherungsschutz.

Das Thema KVdR – oft unterschätzt.

Ein zentraler, jedoch häufig übersehener Aspekt im Rahmen der Krankenversicherungswahl ist der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Wer seinen Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) frühzeitig und strategisch plant, hat in der Regel keinen Anlass, im Alter in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zurückzukehren.

Problematisch ist jedoch, dass viele Versicherungsvermittler nicht einmal mit den Grundlagen der KVdR vertraut sind. Das birgt erhebliche Risiken für die Kunden: Wer etwa kurz vor dem 55. Lebensjahr aus Sorge vor späteren Kosten wieder in die GKV wechselt, ohne die sogenannte 9/10-Regelung zu erfüllen, verliert den Anspruch auf die KVdR.

Die Konsequenz: Im Rentenalter müssen Betroffene deutlich höhere Beiträge zahlen – selbst dann, wenn sie gesetzlich versichert sind.

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, Zusatzversicherungen, 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

Langfristige Beitragsentwicklung: GKV vs. PKV

Ein Blick auf die Zahlen seit 1970 macht deutlich: Die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den vergangenen Jahrzehnten rasanter gestiegen als in der PKV – um rund 1.401 %. Zudem wurden Leistungen gekürzt und Zuzahlungen erhöht.

Ich selbst bin Jahrgang 1964, seit 15 Jahren privat versichert und zahle heute 600 € monatlich – ohne auf Leistungen verzichten zu müssen.

Häufige Fragen zur PKV – einfach erklärt

Wozu dient das Krankentagegeld?

Krankentagegeld ist nicht optional, sondern essenziell: Es sichert das Einkommen bei längerer Arbeitsunfähigkeit. Ohne diese Leistung würde bei längerer Krankheit ein erheblicher Einkommensausfall drohen. Besonders für Angestellte ist ein korrekt gewählter Tagegeldtarif entscheidend, da er auch Voraussetzung für den Arbeitgeberzuschuss ist. Zudem hängt eine mögliche Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit in der PKV davon ab – vorausgesetzt, man war mindestens fünf Jahre versichert.

Wahlarzt und Zweibettzimmer – sinnvoll oder überbewertet?

Es geht nicht allein um den „Chefarzt“. Entscheidend ist: Sie sollen sich den behandelnden Arzt selbst aussuchen können – denn oft sind nicht Chefarzte, sondern spezialisierte Fachärzte die besseren Ansprechpartner. Dieses Recht auf Arztwahl ist an das Wahlarztmerkmal gebunden, das sich auf den Behandler bezieht – nicht auf die Klinik selbst. Ein echter Privatpatient wird man erst durch die Kombination aus freier Arztwahl und Zugang zu Privatkliniken. Weitere Details gehören in die individuelle Beratung.

GOÄ: Was darf der Arzt abrechnen?

Privatärzte rechnen nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** ab. Eine Abweichung vom festgelegten Honorarkatalog (§2 GOÄ) ist nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig – und nur dann, wenn es sich um einen Wahlarzt handelt. Belegärzte hingegen sind nicht als Wahlarzt im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes anerkannt und dürfen nur maximal bis zum Höchstsatz (3,5-fach) abrechnen.

Achtung: Manche Tarife versichern zwar die Privatklinik, erlauben jedoch nur eine ärztliche Abrechnung bis zum Höchstsatz – das ist inkonsequent und reduziert den erwarteten Mehrwert deutlich.

Hausarztmodell, Primärarzttarif oder freie Arztwahl?

Tarife mit Haus- oder Primärarztbindung wirken auf den ersten Blick günstiger. Doch dieser Eindruck trügt. Studien – etwa aus der Schweiz – zeigen, dass diese Modelle langfristig keineswegs beitragsstabiler sind. Gleichzeitig schränken sie die Versicherten erheblich ein: Wer zuerst zum Hausarzt muss, verliert wertvolle Zeit bei der Wahl eines geeigneten Spezialisten. Für mich persönlich haben solche Tarife keine echte Relevanz.

Klinikwahl und gesetzliche Vorgaben

Die Wahl der Klinik wird stark durch gesetzliche Vorgaben wie das **Krankenhausentgeltgesetz**, die **Fallpauschalen** sowie die **Bundespflegeverordnung** beeinflusst. Ist Ihr Versicherungsschutz daran gebunden, unterscheidet sich Ihre Absicherung kaum von der GKV. Nur ein ungebundener Versicherungsschutz gibt Ihnen die Freiheit, sich deutschlandweit in allen geeigneten Kliniken behandeln zu lassen.

§ 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.

Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – Anspruch und Wirklichkeit

Das Prinzip der Solidarität bildet das Fundament der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es verpflichtet den Einzelnen nicht nur zur Mitfinanzierung des Gesamtsystems, sondern implizit auch zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil sowie zur aktiven Schadensbegrenzung im Krankheitsfall.

Doch die Realität steht diesem Ideal häufig entgegen: Rund 80 % aller chronischen Erkrankungen lassen sich auf den individuellen Lebensstil zurückführen. Gleichzeitig bleibt der Begriff „Solidarität“ rechtlich undefiniert – eine schöne Idee, die in der Praxis oft an individuellen Interessen und egoistischem Verhalten scheitert.

Begrenzter Gestaltungsspielraum in der GKV

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine standardisierte medizinische Grundversorgung. Diese orientiert sich an gesetzlichen Vorgaben, Kassensatzungen und politischen Rahmenbedingungen – alles Faktoren, die sich jederzeit ändern können.

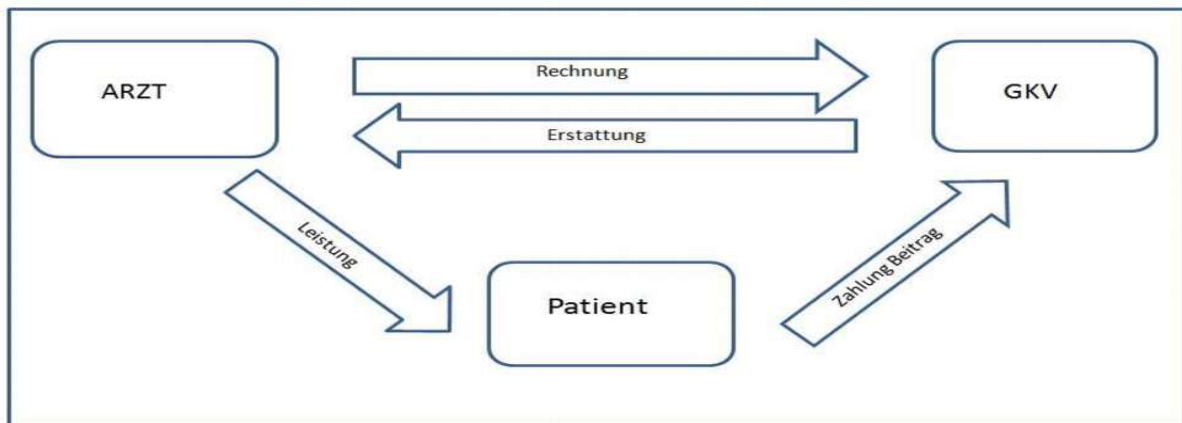
Die Möglichkeiten, den Versicherungsschutz individuell an persönliche Bedürfnisse anzupassen, sind stark eingeschränkt. Niemand kann verlässlich vorhersagen, welche Leistungen in zehn Jahren noch abgedeckt sind, welche Zuzahlungen erforderlich werden oder wie lange Wartezeiten bei Untersuchungen und Behandlungen zu erwarten sind.

Planwirtschaftliche Strukturen und ihre Folgen

Die Finanzierung der GKV folgt einem komplexen, planwirtschaftlich geprägten System. Ärzte und andere Leistungserbringer erhalten ihre Vergütung auf Basis zugeteilter Budgets, die sich am Vorjahresverbrauch orientieren. Werden diese Budgets überschritten, sinkt das

Honorar für weitere Behandlungen – ein klarer wirtschaftlicher Anreiz, die Leistungserbringung zu drosseln.

Dies erklärt unter anderem die häufige Schließung von Arztpraxen zum Quartalsende. Hinzu kommen regelmäßig neu ausgeschriebene Rabattverträge für Medikamente, die immer wieder zu Lieferengpässen und einer zeitweisen Unterversorgung der Patienten führen.



Risikozuschläge: Absicherung durch Solidarität.

Das Leistungsversprechen einer privaten Krankenversicherung erfordert eine realistische Kalkulation zukünftiger Kosten – insbesondere solcher, die durch bereits bestehende Erkrankungen entstehen können. Diese potenziellen Mehrkosten werden über sogenannte *Risikozuschläge* in den Beitrag integriert. Dabei handelt es sich nicht um eine Bestrafung des Einzelnen, sondern um ein Instrument der vorausschauenden Beitragsgestaltung: Der Erkrankte trägt einen fairen Teil der zu erwartenden Kosten selbst – zum Schutz der gesamten Versichertengemeinschaft. Gelebte Solidarität innerhalb eines marktwirtschaftlichen Systems.

Privat versichert – aber nicht automatisch Privatpatient.

Ein weit verbreiteter Irrtum: Der Status als Privatpatient ergibt sich nicht allein aus Tarifmerkmalen wie Chefarztbehandlung oder Zweibettzimmer. Vielmehr bestimmen auch gesetzliche Rahmenbedingungen, etwa die Regelungen der Krankenhausfinanzierungsgesetze, ob und in welchem Umfang privat Versicherte als *echte* Privatpatienten behandelt werden. In der Praxis fehlt vielen Vermittlern jedoch das Wissen über diese entscheidenden Details – mit weitreichenden Folgen für die Beratung.

Begrenzte Aussagekraft von Vergleichssoftware.

Zudem greifen viele Vergleichsprogramme zu kurz: Sie bewerten Tarife häufig nur anhand oberflächlicher oder formaler Kriterien. Die Folge: Kunden treffen Entscheidungen auf Basis unvollständiger Informationen – und müssen im Leistungsfall mit Kürzungen oder Leistungsverweigerungen rechnen.

Schulmedizinklausel gemäß § 4 Abs. 6 MB-KK

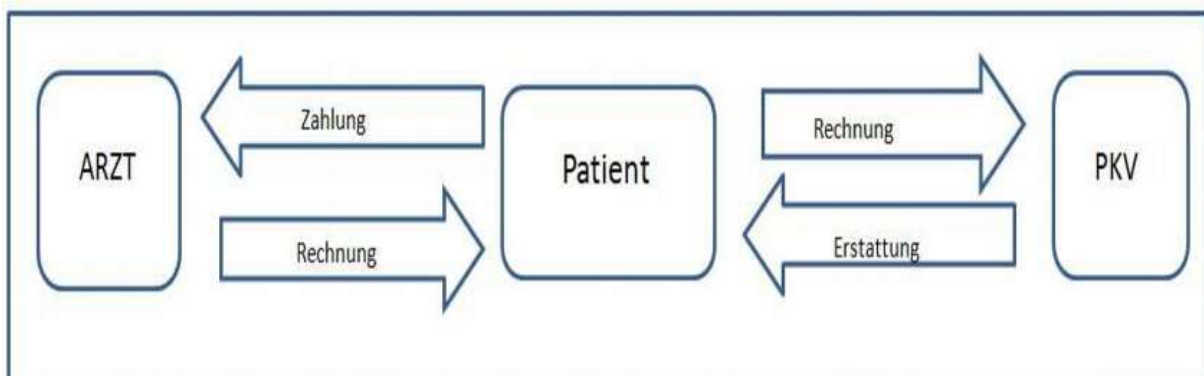
Ein weiterer oft übersehener Punkt: In den Musterbedingungen der PKV findet sich die sogenannte Schulmedizinklausel. Diese besagt:

„Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Alternativen zur Verfügung stehen.“

Diese Klausel schafft zwar einen gewissen Spielraum für alternative Heilmethoden – jedoch nur im klar definierten Rahmen und unter Einhaltung medizinischer Standards.

Finanzierung der PKV – Transparenz durch Individualabrechnung.

Im Gegensatz zur GKV erfolgt die Abrechnung in der PKV auf Grundlage fester Gebührenordnungen. Fallpauschalen oder globale Budgets, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung üblich sind, gibt es nicht.

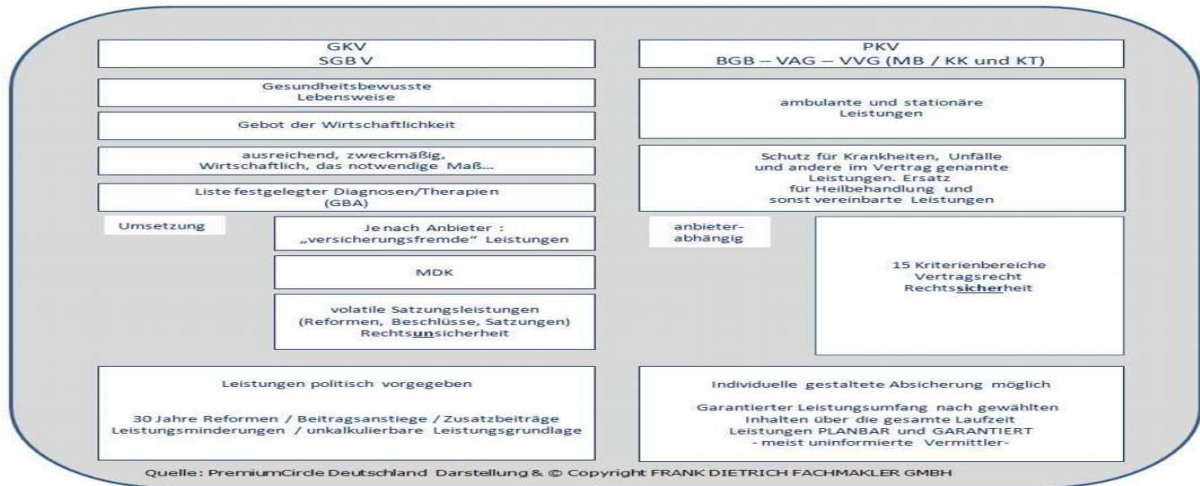
**Achtung:**

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 entsprechen sollen, sind fernab dieser Vorgabe. Eine Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, der Inhalt verspricht weniger Versicherungsschutz als in 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 (Verdienstauffallabsicherung).

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 Tagesgeld 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 Basisstarifes 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.

Beitragsentlastungstarife

Sie dienen dazu, meist auch im Rahmen steuerlicher Absetzbarkeit, die Rücklagen im eigenen Tarif zu erhöhen, um damit später im Alter den Beitrag noch weiter senken zu können. Das Geld ist zweckgebunden und wäre bei einem Wechsel des Versicherers verloren. Aus diesem Grunde ist eine sorgfältige Auswahl des Versicherungsschutzes zwingend notwendig

Weitere Angebote in der Privaten Krankenversicherung:

- Pflegezusatztarife
- 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 Pflegezusatzversicherungen. Die dafür notwendigen Informationen finden Sie bei mir im Leitfaden zum Thema Pflegezusatzversicherung.

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.

Andere Anlässe für eine Beratung können sein:

- Rückkehr in die gesetzliche Krankenkasse. Worauf achten, insbesondere wenn es um die späteren Beiträge geht? Kennen Sie den KVdR?
- Die Prüfung ihres Versicherungsschutzes. Beinhaltet er das, was sie beabsichtigten?
- Ein möglicher Tarifwechsel, entweder zu einem anderen Anbieter, der die gesuchten Leistungen hat oder innerhalb der Tarife des Anbieters, möglicherweise aus Gründen des Beitrags.

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 den Link „[Terminbuchung](#)“.

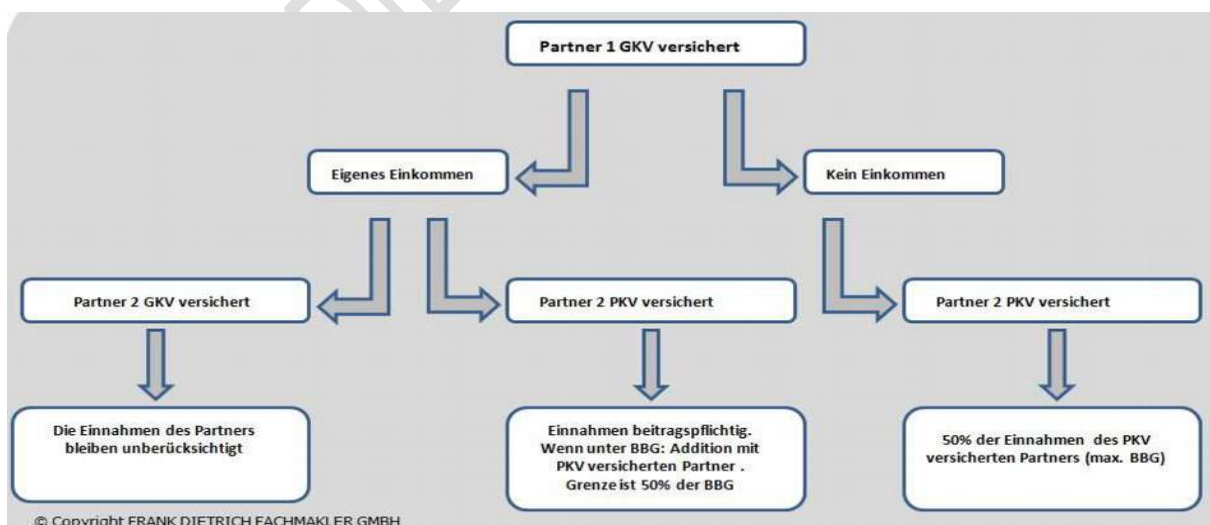
In Deutschland besteht Versicherungspflicht (§ 193 VVG):

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.

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 Renteneintritt. 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)

Ihr Fachmakler Frank Dietrich



Angrenzende Themen:

Die Risiken, berufsunfähig zu werden oder sogar pflegebedürftig, werden meist verdrängt. Ich bin der Meinung, dass eine Absicherung des finanziellen Status bei längerer Krankheit, teilweise über Jahre, unabdingbar ist. Der käme für ihre Kosten auf, damit sie wieder arbeitsfähig werden, auch im alten oder einem anderen Beruf? Berufsunfähigkeit beinhaltet die Möglichkeit, eine Rente zu erhalten und dennoch zusätzlich erwerbstätig zu bleiben/zu werden. Zwei Einkommen wäre die logische Folge. Wussten Sie das?

Pflegebedürftigkeit ist keine Frage des Alters. In meiner Familie gab es diese bereits in jungen Jahren, begründet eine schwere Erkrankung. Mit etwas über 40 Jahren trat diese unerwartet ein. Seit dieser Zeit habe ich für mich und die Verbleibenden entsprechenden Versicherungsschutz abgeschlossen, der aktuell wiederholt und schon früh, im 61. Lebensjahr, zum Tragen kam.

Name Berufsunfähigkeitsversicherung ist falsch, sogar irreführend. Versichert wird nicht der Beruf oder ein Einkommen versichert, sondern ein Tagesablauf, wie er in gesunden Tagen ausgesehen hat. Schüler, die durch Unfall oder Krankheit die Schule wechseln müssen und ihren Tagesablauf sich damit um mehr als 50 % verändert, können bereits einen Leistungsfall begründen und lebenslange Rente bekommen.

Über 70 Leistungsfälle konnte ich in der Berufsunfähigkeit erfolgreich begleiten. Die daraus gemachten Erfahrungen fließen meine Beratung mit ein.

Die Pflegezusatzversicherung ist auch für junge Familien, deren Familienplanung nicht abgeschlossen ist, dringend zu empfehlen. Das ungeborene Kind kann gegen mögliche Schäden bei der Geburt oder bei bestehenden Erkrankungen versichert werden.

Ich empfehle dazu die Informationsbroschüre in meinem Formularcenter zum Thema Berufsunfähigkeitsversicherung/Dienstunfähigkeitsversicherung.

Gerne sprechen wir ausführlicher zu diesen Themen, denn am Markt wird wenig dazu kommuniziert, weil sich oftmals in Tabu-Themen handelt, die existenziell sind und hätten offen besprochen werden sollen. Ich schulde ihm diese Informationen und dann auch die Absicherung ihrer finanziellen Existenz, damit sie erleben weiterhin selbst gestalten können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.