Private Krankenversicherung für Beamte.

-Inklusive Beratungsleitfaden-

Hinweise & Tipps für die richtige Auswahl. Würden Sie sich heute für einen Versicherungsschutz entscheiden müssen, was wäre Ihre Handlungsgrundlage? Sie könnten nur die Dinge, die ihm zu diesem Zeitpunkt bekannt sind für eine Entscheidungsfindung heranziehen und bewerten.

Ich sehe meine Aufgabe nicht darin, Ratschläge zu erteilen oder Dinge zu empfehlen. Wichtiger ist die Weitergabe von Fachwissen. Was sich hinter Formulierungen versteckt wird mit Erfahrungen meiner Kunden in der Vergangenheit verdeutlicht. Es wird unterhaltsam, definitiv nicht trocken und Sie haben danach weit mehr Fakten, Versicherungsschutz auf Augenhöhe zu wählen

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

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

Inhalt:

- Beratungsphilosophie / Vorstellung,
- für Beihilfeberechtigte.
- Mindestkriterien-Mehrleistungskriterien. Die Studie
- Mindestleistungskriterien – etwas später
- Mehrleistungskriterien
- detailliertes Fachwissen

Vorbereitung zur Beratung

- die Beratung
- Online Beratung stressfrei - und bequem.
- Ablauf/Vorgehensweise

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

- der erste Beratungstermin
- der zweite Beratungstermin
- der finale Beratungstermin
- andere Anlässe für eine Beratung

- **Wichtiges zum Vertragsaufbau und den Hintertürchen.**
- **Das Märchen der unbezahlbaren Beiträge.**
- **Regelmäßig gestellte Fragen.**
- **Zu mir, Frank Dietrich.**
- **Weitere Informationen**

Beratungsphilosophie/Vorstellung.

Meine Beratung unterscheidet sich von denen meiner Kollegen. Ihnen die „Werkzeuge“ zur eigenen Beurteilung zu vermitteln. Sie selbst können versichern besten entscheiden. Sie müssen wissen, was es gibt, und das leisten zu können.

Gute Ratschläge gibt es überall, auch wenn Sie nicht danach fragen. Empfehlungen von dritten, die kaum Erfahrungen haben, sehe ich als fragwürdig an. Berater, die Angestellte eines Anbieters sind, haben nicht den notwendigen Überblick über alle Angebote des Marktes, dürfen auch nur die Produkte Ihres Arbeitgebers hochloben und anbieten. Auswahl ist Mangelware.

Ich bin seit über 30 Jahren auf das Thema Private Krankenversicherung, die Absicherung der Arbeitskraft und seit 2005 auch auf die private Pflegezusatzversicherung spezialisiert.

Der PremiumCircle Deutschland, dem mich seit ca. 14 Jahren angehöre (lebendiges Mobiliar☺), hat vielen der Anbieter bei der Neuformulierung von Tarifen Unterstützung gegeben. Im Fokus stand dabei neben der Verbindlichkeit der Formulierung auch die Transparenz der Bestimmungen.

PremiumCircle®
Offizielles Mitglied im PremiumCircle

Ständige Weiterbildung im Versicherungsrecht, in medizinischen und juristischen Themen und der ständige Austausch mit anderen Mitgliedern dieses Kreises, sind der Garant für die Aktualität der Daten und Fachwissen, welches ich gern zur Verfügung stelle. Auf dieser Basis können Sie sich ihr eigenes Urteil bilden.

Der Wechsel in die private Krankenversicherung ist für Beihilfeberechtigte von größtem Interesse. Neben dem Versicherungsschutz, der planbar ist und über die gesamte Laufzeit garantiert bleibt, sinkt der Beitrag gegenüber der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Kasse.

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

Nach einem Statuswechsel, wie es die Beihilfeberechtigung ist, haben Sie zwei Monate Zeit sich in Ruhe beraten zu lassen. Kürzere Fristen, die viele Vermittler angeben, sollen lediglich schnellen Umsatz begründen und Ihnen die Möglichkeit nehmen, sich weiter umzusehen.

Die schnelle und oft falsche Wahl der Krankenversicherung kann sehr schnell teuer werden. Eine Studie im Auftrag der Grünen/Bündnis 90 hat wissenschaftlich belegen können, dass nicht einmal 5 % der PKV-Tarife die gesetzlichen Leistungen beinhalten. (Mehr dazu finden Sie auf der nächsten Seite). Wollen sie fehlende Leistungen selber bezahlen, weil sie Beitrag sparen wollten?

Eine Krankenversicherung setzt sich wie folgt zusammen:

Geltungsbereich	Honorare	Behandler	Arzneimittel	Heilmittel
Hilfsmittel	stationäres	AHB/Reha	HKP /KEP	Transporte
Zahn	Vorsorge	Psychotherapie	Optionen	Familienplanung

Bei einer Anschlussheilbehandlung oder Reha unterscheiden sich die Anbieter gewaltig. Gerade für Beamte sind diese Leistungen von größtem Interesse. Während die Beihilfe in der Zeit der Versorgung eine Reha nur noch zum Erhalt der Arbeitskraft zahlt, übernimmt die private Krankenversicherung diese bei medizinischer Notwendigkeit. Die Kosten erreichen nicht selten ein sechsstelliges Niveau.

Auch der Aufenthalt in einer Privatklinik hängt nicht von dem Tarifmerkmal Chefarzt/Zweibettzimmer ab. „Gemischte Anstalten“, Krankenhäuser einer besonderen Qualität, die immer häufiger am Markt erscheinen, sind in ihrer Absicherung bei fast allen Anbietern eingeschränkt.

Im stationären Bereich sollte man über den Höchstsatz versichert sein, denn dieser war früher einmal ausreichen. Ein Eingriff an der Wirbelsäule für schnell mit dem 8,5 fachen abgerechnet. Wer aber versichert das?

Fast alle Berater arbeiten mit einer Vergleichssoftware. Diese ist vor der Beratung manipulierbar, so dass der Berater einige dieser Bereiche ausblenden kann, denn er kann sie nicht erklären oder hält sie selbst nicht für wichtig. Sie werden unmündig und entscheiden dann auf der Basis weniger Daten, wie ein anderer ausgesucht.

Den meist sehr kurzen Gesprächen zur Verbeamtung konzentrieren sich Vermittler auf die Sachverhalte, die Ihnen derzeit wichtig sind und die sie kennen. Vorsorge, Zähne, gegebenenfalls eine Brille und natürlich Beitrag und Rückerstattung, denn Sie sind ja gesund. Was sie gekauft haben merkt sie erst dann, wenn es ernst wird. Ich denke, Sie sollten sich früher darüber Gedanken machen.

Gerne bringen Sie bereits bestehende Angebote mit zur Beratung. Ich möchte gar nicht wissen, welche es sind. Nach der ca. einstündigen Beratung, ganz bequem Online bewerten Sie die Angebote selbst. Sie werden es dann können.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

Für Beihilfeberechtigte.

Beamte auf Widerruf, auf Probe und auf Lebenszeit können sich privat versichern.

Bereits in der Ausbildung werden Sie mit Angeboten, meist über den Preis argumentiert oder sogar ohne Gesundheitsfragen umworben.

Ein Preis-Leistungs-Verhältnis hat keine Aussagekraft. Gebe ich wenig aus, werde ich wenig erhalten.

Den günstigsten Preis für die Leistungen zu finden, auf die man nicht verzichten möchte, ist der richtige Weg. Er beginnt mit der Kenntnis, was am Markt geboten ist und was im Leben voraussichtlich benötigt wird. Dann erst entscheidet der Preis.

Wird ohne Gesundheitsfragen versichert, denn solche Angebote gibt es. Besonders attraktiv für die, die schon erkrankt sind, bevor sie sich versichern wollen. Die Mehrkosten zahlen dann alle, auch die gesunden.

Wird mit auffällig geringeren Risikozuschlägen versichert, droht in kommenden Jahren eine Unterfinanzierung, Finanzierungslücke Unterdeckung, insbesondere wenn die Versicherten älter werden.

Genau das scheint aktuell bei der Debeka der Fall zu sein. Sehr gute Leistungen aber diese Annahmepolitik wird wahrscheinlich zum Problem.

> Es gibt kaum etwas auf dieser Welt, das nicht irgend jemand ein wenig schlechter machen und etwas billiger verkaufen könnte, und die Menschen, die sich nur am Preis orientieren, werden die gerechte Beute solcher Machenschaften.
>
> Es ist unklug, zu viel zu bezahlen, aber es ist noch schlechter, zu wenig zu bezahlen. Wenn Sie zu viel bezahlen, verlieren Sie etwas Geld, das ist alles. Wenn Sie dagegen zu wenig bezahlen, verlieren Sie manchmal alles, da der gekaufte Gegenstand die ihm zugedachte Aufgabe nicht erfüllen kann.
>
> Das Gesetz der Wirtschaft verbietet es, für wenig Geld viel Wert zu erhalten.
>
> Nehmen Sie das niedrigste Angebot an, müssen Sie für das Risiko, das Sie eingehen, etwas hinzurechnen. Und wenn Sie das tun, dann haben Sie auch genug Geld, um für etwas Besseres zu bezahlen.
>
> John Ruskin
> engl. Sozialreformer (1819-1900)

Mittlerweile ist ein Mitbewerber, der umfassendere Leistungen am Markt anbietet günstiger als dieser Versicherer. Kurzfristig werden neue Tarifmerkmale zu erwarten sein, die die Qualität noch mehr verbessern.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

Mindestkriterien – Mehrleistungskriterien. Die Studie zur Qualität.

(1) Copyright PCD.

Im Juni 2012, während einer Pressekonferenz (Zukunftsrat Gesundheit, Seite 9) vor dem Gesundheitsministerium, kam der Stein ins Rollen.

Mehr als 80 % der Versicherer unterschreiten das gesetzliche Niveau in Teilbereichen. Es geht nicht um Wartezeiten beim Arzt, sondern um garantierte Leistungen im Sinne von Linderung und Heilung von Krankheiten. Der PremiumCircle Deutschland formulierte in der Folge so genannte Mindestkriterien. Leistungen, die die gesetzliche Kasse hat und die privaten Anbieter längst hätten haben sollen.

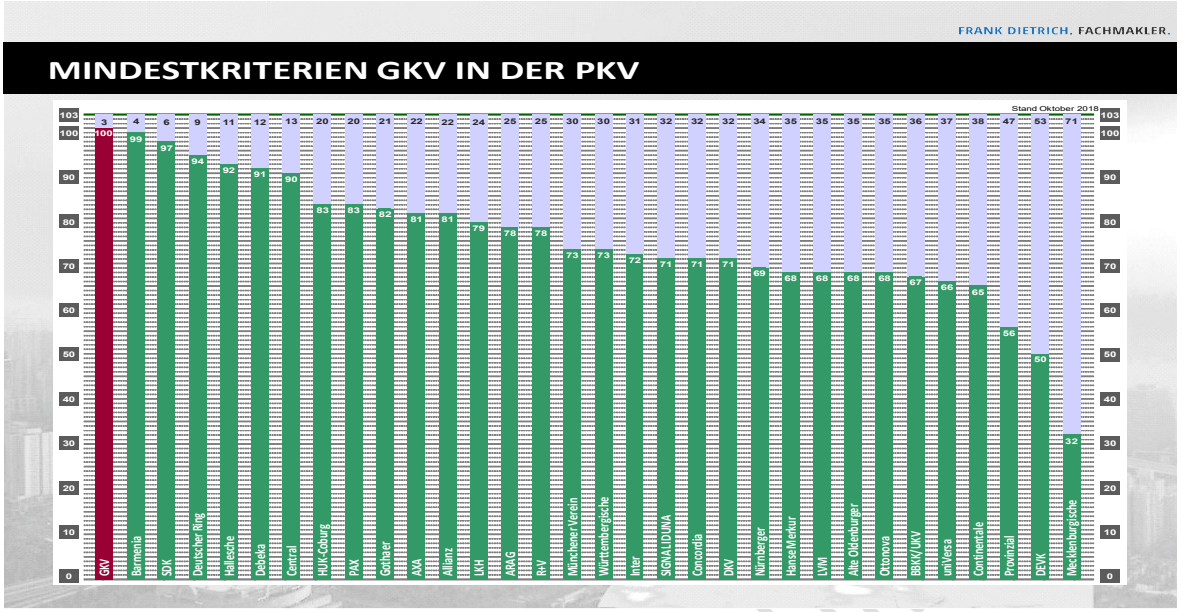
Mindestleistungskriterien – etwas später.

Die Studie in 2018, beauftragt durch Bündnis 90/ die Grünen, verwendete die Mindestkriterien als eine Art Schablone, die jeweils über das beste Angebot eines Versicherers gelegt wurde. Das schlechteste Ergebnis hatte 32 und das Beste 99 von 100.

Es ist eine Momentaufnahme. Die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Geschichte von Steuerfinanzierung und Leistungsminderung.

Daraus herzuleiten, dass die gesetzliche Kasse besser als die private ist, ist falsch. Es gibt noch die Leistungskriterien, die die gesetzliche Kasse nicht kennt und auch sind die Leistungen garantiert und damit planbar über die gesamte Vertragslaufzeit.

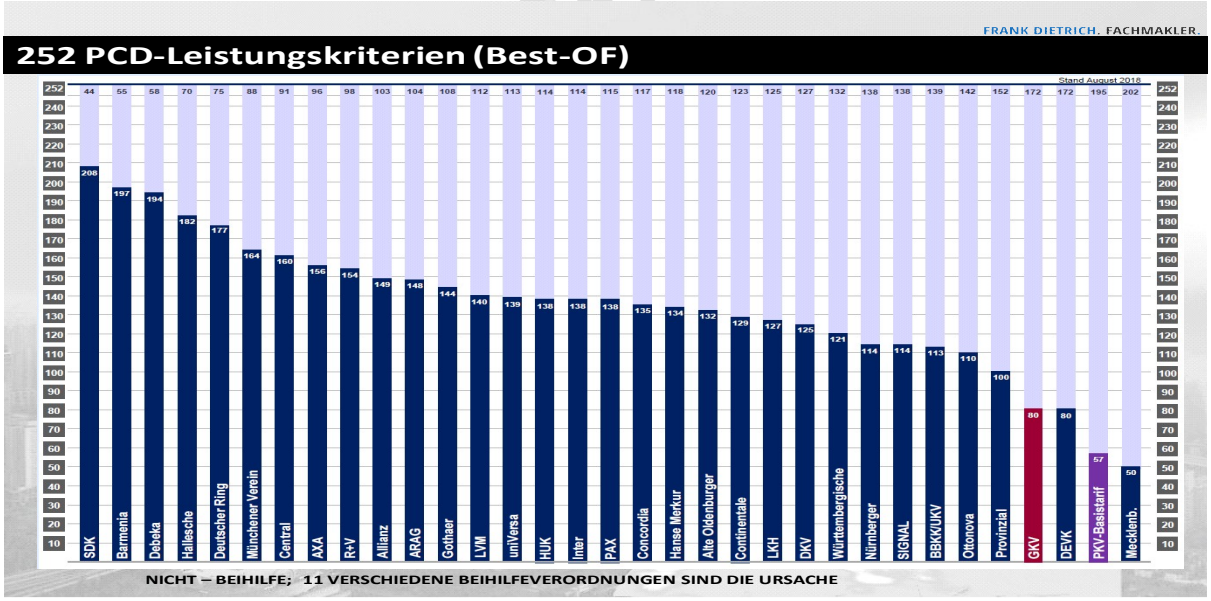
COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.



(2) Stand Okt. 2018

Mehrleistungskriterien.

Die Addition aller Leistungen gibt folgendes Bild:



(3) Stand 2018

Stand heute, in 2021, hat sich erwartungsgemäß vieles verändert. Das gesetzliche System wurde wieder teurer und verloren an Leistung. Auch das Ring ging der Versicherer ist ein anderes. Ein Anbieter entwickelt einen neuen Tarif und deckt damit die 100 Mindestkriterien ab. Auch im Gesamtrating aller Leistungen findet er sich ganz vorne wieder.

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

Detailliertes Fachwissen.

Ich denke, Sie konnten bereits auf den ersten Seiten erkennen, dass meine Beratung eine andere ist. Spezielles Fachwissen, wissenschaftlich belegt, 30 Jahre Berufserfahrung, ein Jurastudium und umfangreiche Kenntnisse der Medizin werden Ihnen zur Verfügung gestellt.

Wer Information zu anderen Themen der Versicherungswirtschaft sucht, soll zur Kollegen der Branche wechseln. Ich habe keinen Bauchladen. Mir ist es wichtig, nicht von allem etwas, sondern von einem alles zu wissen, um es weitergeben zu können.

Guter Versicherungsschutz ist nicht teuer. Hochleistungstarife, so belegten Studien über die letzten Jahrzehnte, passen geringer an, als Einsteigertarife. Im Leistungsfall schützen Sie die finanzielle Existenz, denn der Versicherungsschutz ist umfassender.

Bedenken Sie bitte auch, dass der Versicherungsschutz den Sie für sich wählen, der ihrer Kinder werden wird, wenn sie eine Familie gründen. Das musste ein Mandant schmerzhaft erfahren, der einen Einsteigertarife wählte und dessen Kind behindert zur Welt kam. Die notwendige ambulante Rehamaßnahme, sprechen lernen zu können und endlich den aufrechten Gang zu erlernen, wurde nicht übernommen. Ich half ihm beim Wechsel in die gesetzliche Kasse, denn das Kind benötigt die Behandlung und bekommt sie jetzt. Bei den Beamten ist der Wechsel nicht möglich. Bitte denken Sie vorher darüber nach.

Vorbereitung zur Beratung:

Ich würde mich sehr freuen, könnten Sie mir vor der Beratung eine Mail senden und die Themen auflisten, die für Sie von besonderem Interesse sind.

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 zwei Fragebögen zukommen lassen. Die weiteren erbetenen Angaben lassen mich die Beratung individualisieren. Alle Angaben bleiben bei mir und verlassen nicht das Büro.

Zusätzlich erhalten Sie:

- diesen Leitfaden,
- für gesetzlich Versicherte, ein Formular, einen Auszug der gelisteten Behandlungsdaten zu beantragen.

Je nach Kasse, sind die Aufbewahrungsfristen unterschiedlich. Ist jemand schon privat krankenversichert, können wir die Daten mithilfe der Vollmacht oder sie mit einem Telefonat anfordern. Die Kenntnis der Daten ist zwingend notwendig, einen später beantragten

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

Vertrag auch rechtskräftig vereinbaren zu können. Die Vorbereitungen sind sorgfältig zu erledigen.

Haben Sie Kollegen, Bekannte oder Freunde mit denen Sie das Thema diskutieren? Lassen Sie sie doch an der Beratung teilnehmen! Persönliche Dinge werden in der Beratung nicht besprochen.

Der Grund für die Recherche der Gesundheitsdaten:

Sicherlich hörten Sie vom sogenannten TK-Skandal. Ärzte rechnen Diagnosen als gesichert ab, da Verdachtsdiagnosen nicht bezahlt werden. Unser Gesundheitsminister Spahn versuchte im Februar 2020 vergeblich das Thema neu zu ordnen.

Ein subjektiver Eindruck des Arztes, dass der Patient einen müden Eindruck mache, könnte zu einer gesicherten Depression werden. Die Versicherungsfähigkeit ist damit vom Tisch.

In der Auflistung der Behandlungsdaten finden sich die Namen von Behandlern, Ärzten und deren Diagnosen. Den Auszug besprechen wir gemeinsam. Ich denke, dass sie besser wissen, wann sie mit welcher Diagnose beim Arzt waren und ob sie auch behandelt wurden.

Entsprechen Diagnosen nicht der Wahrheit, wenden wir uns an den entsprechenden Arzt und bitten um Korrektur.

Sehr oft kommt es dabei zu Problemen und Diskussionen. Gern helfen wir an dieser Stelle weiter. Sie haben Rechte und wir kennen sie.

Online beraten. Stressfrei und bequem.

Ohne die notwendigen Vorbereitungen gibt es keine Beratung, denn es wird keine rechtlich gesicherte Antragstellung geben können. Sie persönlich haften allein für die Vollständigkeit und die wahrheitsgemäßen Angaben im Antrag. Sie haften für das, was sie nicht wissen oder vergessen haben, sagt der Gesetzgeber.

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

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.
- Wir nutzen keine Kamera.

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 Kombinationen 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.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

- 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 Beeinträchtigung 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.

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. Auch 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

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

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
    - 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?

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.

Wichtiges zum Vertragsaufbau und den Hintertürchen.

Die Musterbestimmungen der Krankenkostenvollversicherung (MBKK), Teil 1 gelten für jeden Versicherer. Im zweiten Teil und schlussendlich in den Tarifbestimmungen definiert er die Leistung, die dem Versicherten am Markt anbietet.

Dabei ist darauf zu achten, dass von Teil 1 nach Teil 3 nur „Verbesserungen“ hinzu formuliert werden dürfen. Ein Verbraucher muss sich darüber bewusst sein, dass ein „Versicherer den

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

angebotenen Versicherungsschutz in seinem Bedingungswerk durch allgemeine Leistungsbeschreibungen primär und durch Ausschlüsse sekundär begrenzt“ (OLG. Köln VesR. 96, S 490).

Der Gesetzgeber sieht darin einen Regelzusammenhang und spricht dem Verbraucher ab, dass unerwartete Bestimmungen einen Überrumpelungseffekt (BGH VersR 99, S 745,747) darstellen. Einschränkungen sind demnach grundsätzlich zu erwarten.

Welche Einschränkung ein Versicherer formulieren kann, schon dadurch, dass er Klarstellung an signifikanten Stellen weglässt, ist ein Kerninhalte der von mir angebotenen Beratung.

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.

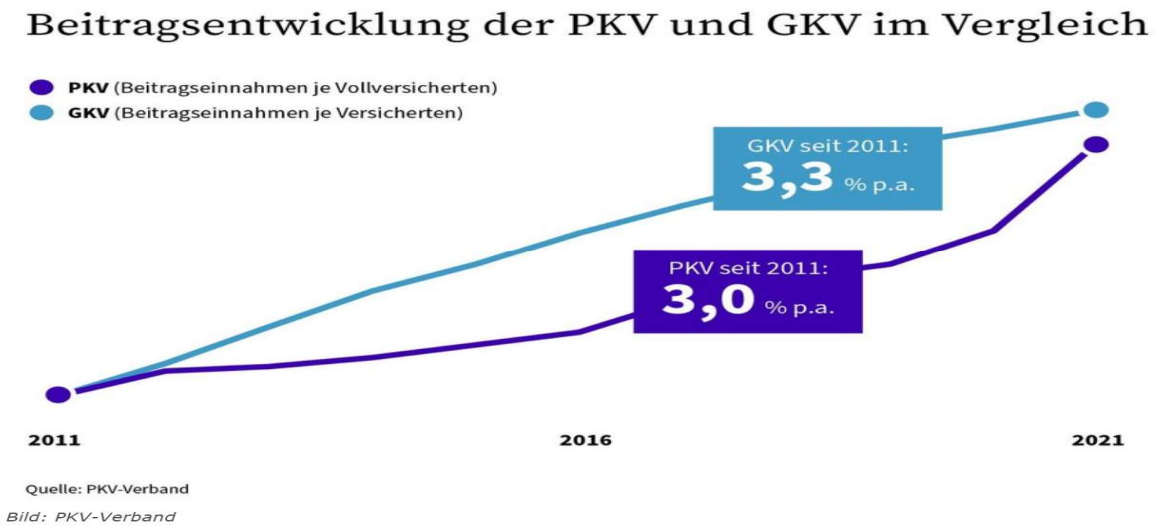
Zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr waren es nur noch 0,6 %. Der grundsätzlich unbezahlbare Beitrag ist als unzutreffend belegt. In zusätzlich konnte belegt werden, dass hohe Beiträge fast ausschließlich bei Einsteigertarifen zu finden waren.

Diese steigen im Beitrag als umfassend formulierte Angebote.

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

Beide im „Medhochzwei“ Verlag erschienen (Amazon)

Beitragssteigerungen in der Gegenüberstellung:



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.

Regelmäßig gestellte Fragen:

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

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

dieses Tarifmerkmal allein wird man kein Privatpatient, denn es erstreckt sich auf dem Behandler, nicht aber auf die Privatklinik. Dazu mehr in der Beratung.

Auszug:

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.

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.

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

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 verstarb, 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

Verschiedenes Thema:

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..

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

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 Tagespiegel in 2006 unter dem Titel:

„Chronik eines schleichenden Todes".

Weitere Gerichtsurteile, die alle zur Grundlage hatten, das 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

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

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:

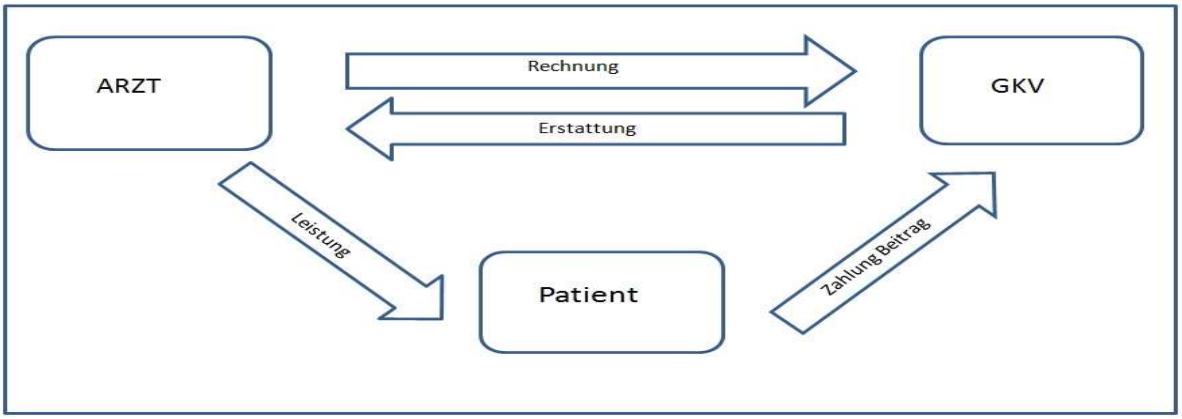
Eine Krankenkasse ist nicht dazu verpflichtet, die Kosten für eine Chemotherapie zu erstatten, wenn die gesetzlich empfohlene Chemotherapie wegen erheblicher Nebenwirkung abgebrochen werden musste. Die Betroffene muss die Therapie selbst finanzieren und klagte. Die Kosten in Höhe von 27.000 € zahlte 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:

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

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 gesetzliche System ist ein Umlageverfahren ohne Rückstellungen. Es trägt sich nur so lange, wie die Einnahmeseite höher als die Ausgabenseite ist. Die Tragfähigkeit ist seit langer Zeit nicht mehr gegeben und steuerliche Förderungen sind Grundlage der Finanzierung geworden. Die älter werdende Bevölkerung begründet zusätzlich ständig steigende Kosten bei sinkenden Einnahmen. Deutschland zahlt über das Sozialversicherungsabkommen in vielen Ländern die Gesundheitskosten von Familienangehörigen hier lebender Menschen. Auch, wenn diese keine Beiträge zahlen. Deutsche Scheckbuchpolitik auf dem Rücken der Bürger.

Die Private Krankenversicherung

Das Vertragssystem in der privaten Krankenversicherung ist zweischneidig. Vertraglich garantierte Leistungen sind einklagbar, fehlen diese Leistung im Vertragstext, so gibt es keinen Anspruch. Die Formulierungen eines Vertrages sind dabei wesentlich.

Statt einer Solidargemeinschaft spricht man von einer Versichertengemeinschaft. Ein wesentlicher Unterschied sind die Gesundheitsfragen, die zur Beantragung von Versicherungsschutz vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden müssen. Der Beitrag für den Versicherungsschutz richtet sich nach den gewünschten Leistungen, dem Alter und dem Stand der Gesundheit.

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

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

persönliche Strafe, sondern dient, die Versichertengemeinschaft vor absehbaren Kosten zu schützen, die der Erkrankte über den Zuschlag selbst finanziert. Sehr solidarisch!

Das Vertragssystem:

Die private Krankenversicherung gründet auf einem Regelzusammenhang:

Teil 1 der MB KT ist für alle Anbieter gleich. In jedem weiteren darauffolgenden Teil kann ein Versicherer lediglich Besserstellungen für die Versicherten formulieren. Der sich daraus ergebende Regelzusammenhang ist in seiner Gesamtheit zu bewerten, denn versprochene Leistungen können primär oder sekundär eingegrenzt werden.

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.

Leistungsgrundlage:

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

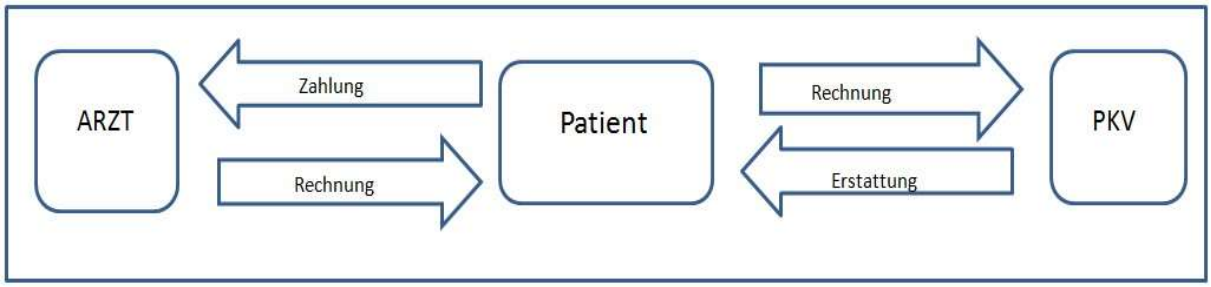
Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus *für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt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

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

FRANK DIETRICH FACHMAKLER



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.

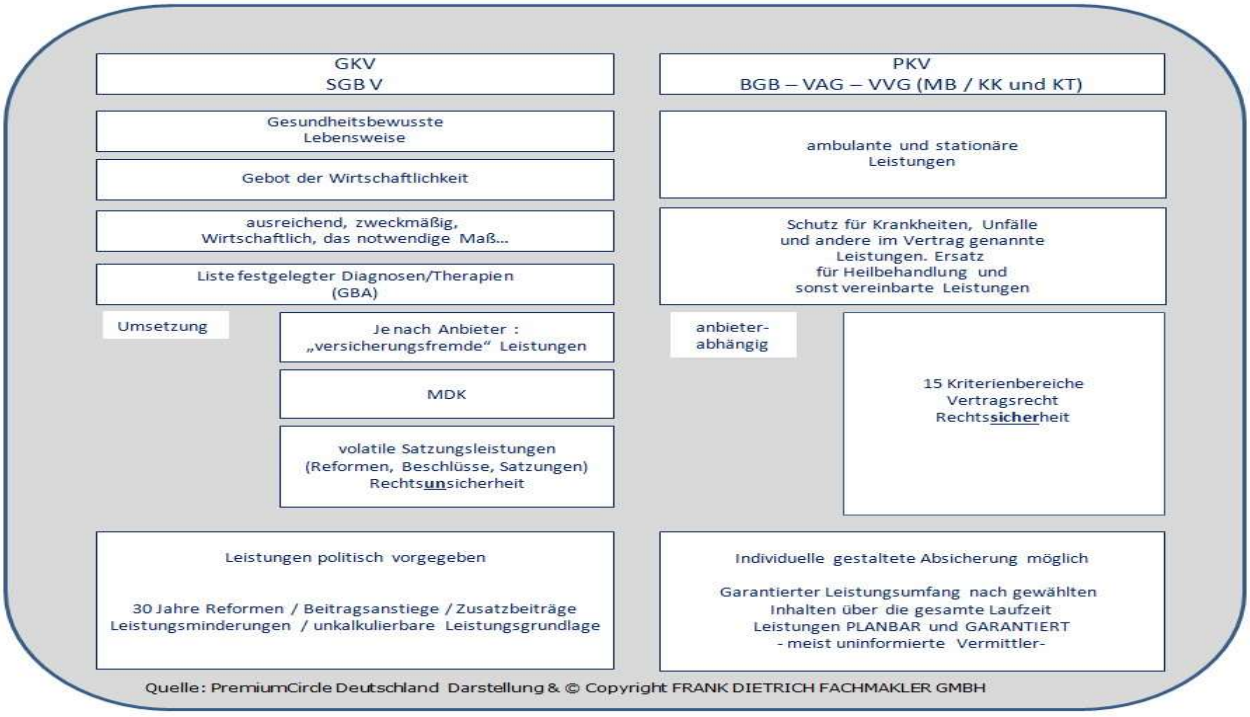
Bei diesen Tarifen kann man nicht von einer Krankenversicherung sprechen. Der Notlagentarif versorgt nur Notfälle mit einigen wenigen Ausnahmen. Standard- und Basistarif, die dem gesetzlichen Leistungsniveau sind fernab dieser Vorgabe. Eine Vergleichbarkeit ist nicht gegeben, der Inhalt verspricht weniger 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:

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.



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 Tagegeldversicherung 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.

FRANK DIETRICH FACH

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

(Copyright procontra)

Weitere Informationen zur PKV:

- 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 dem Bedarf des Versicherten abgestimmt.
- 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 beginnen die Zahnstaffeln erneut. Bitte beachten Sie auch, dass entgegen dem Glauben der meisten Versicherten die Selbstbeteiligung

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

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

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.

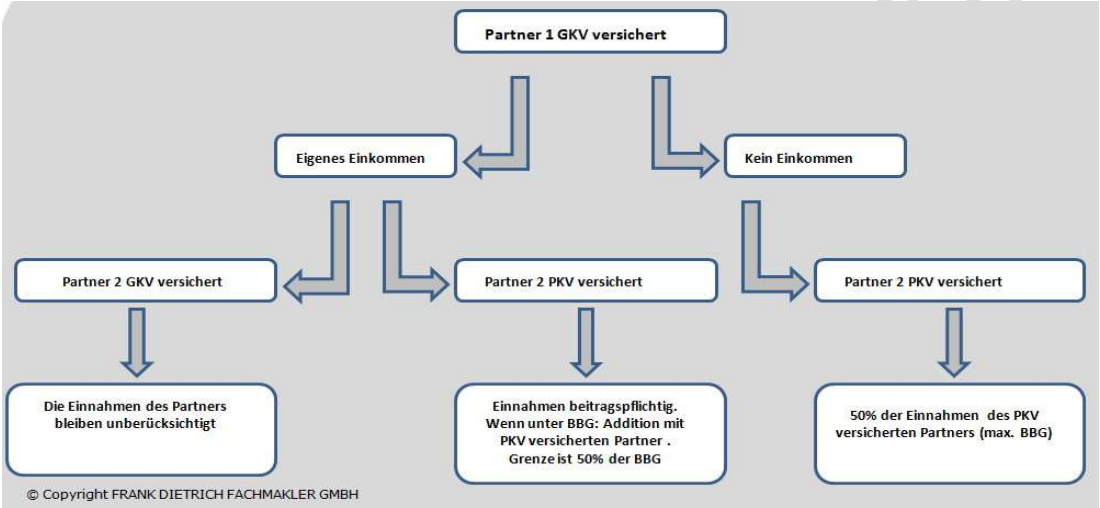
FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

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.

Tariflich vorgesehene absolute sind auf 5.000 Euro jährlich begrenzt.
Für Beihilfeberechtigte gilt im Bereich der Beihilfe die Selbstbeteiligung der gesetzlichen Kasse.

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)

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.

Ihr Fachmakler

FRANK DIETRICH FACHMAKLER

COPYRIGHT: Frank Dietrich Fachmakler GMBH.