



FondsFinanz und die "Irrtümer" zum CompactPRIVAT / S (aber natürlich -ohne Haftung-)

Hallo,

sicherlich ist Ihnen allen die FondsFinanz gut bekannt. Ein Vertriebsletter, so könnte man es nennen, fiel mir hier auf. Das Thema waren sogenannte Irrtümer bei der Bewertung eines Tarifs der BBKK, den, so wie ich meine, niemand beantragen würden, wüsste er, was ihm fehlen würde und er später selbst zahlen "darf". Es ist wohl doch eher ein Tarif für Wohlhabende, die sich selbst rück versichern.

Es ist schon bemerkenswert, dass sogar Pools sich das Geschäft von morgen schwer machen, indem sie heute alles daran setzten, den Markt kaputt zu machen, und den Kunden zu enttäuschen, so dass die Branche es immer schwerer haben wird. Wäre nicht gegenteiliges für jeden sinnvoll?? Den Verbraucher und den Vermittler?

Bedenken Sie bitte immer, dass der Beitrag einer PKV nie der monatliche ist. Es ist die Summe der Kosten, die zum Erhalt der Gesundheit notwendig ist. Was aber ist davon versichert?

Überschrift des Newsletters der Fondsfinanz

(Zitat)

"6 Irrtümer über den Ost-Tarif CompactPRIVAT/S der Bayerischen Beamtenkrankenkasse und der Union Krankenversicherung."

Sehr geehrte Damen und Herren,
der Tarif CompactPRIVAT/S der Bayerischen Beamtenkrankenkasse und der Union Krankenversicherung ist ein sehr erfolgreicher Vollversicherungstarif speziell für das

Gebiet der Neuen Bundesländer. Uns erreichen immer wieder Nachfragen zu Leistungsinhalten des Tarifes. Aus diesem Grund möchten wir mit der heutigen Information an Sie die 6 häufigsten Irrtümer über den Tarif aufklären. Vorab einige Informationen zur Historie. Der Tarif CompactPRIVAT/S wurde am 01.08.1998 von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse eingeführt. Seit dem 1.1.2008 wird der Tarif auch von der Union Krankenversicherung als so genannter Verbundtarif geführt. Seit seiner Einführung erfreut sich der Tarif großer Nachfrage, aktuell mehr als 20.000 Versicherte sind der Nachweis für den Erfolg. Im Jahr 2009 wurde bei der BK als Ausbaustufe der Baustein CompactPRIVAT/S-PLUS eingeführt. Mit dieser Option kann der Grundtarif mit deutlichen Leistungsverbesserungen erweitert werden.

Anmerkung:

Dass er sich gut verkauft, hat nichts mit der dadurch suggerierten Qualität, sondern eher mit der Art der Beratung (Policenverteiler und Beitragsvergleicher) der Vermittler zu tun, die hier in diesem Klientel tätig sind. Ich selber erlebte mehrfach, dass Kunden Tarife dieser Art „kauften“ und der Meinung waren, Privat sei gleich Privat. Im Laufe der aufklärenden Beratung kam Licht ins Dunkel und der Kunde akzeptierte, nein forderte, auch gern mit mehr Beitrag pro Monat verbunden, einen umfassenden Versicherungsschutz, keine Versprechen.

Der Beitrag einer PKV ist nicht der monatliche, sondern die Summe aller Kosten, auch der nicht versicherten. Die Größe einer Versichertengemeinschaft ist kein Garant für Qualität. Auch die Titanic, Größte Ihrer Zeit, liegt heute weit tiefer als die Konkurrenz, die z.T. noch schwimmt.: -) Es zeigt lediglich, wie oft Policen verteilt und nicht Inhalte mitgeteilt wurden. Natürlich ist Kompetenz, als Ergebnis einer langen Ausbildung / Erfahrung, kontraproduktiv zu den Zielen der Strukturvertriebe und Pools. (Die Umsatzgeschwindigkeit verlangsamt sich)

Nun zu den Irrtümern über den Tarif:

Irrtum Nr. 1: Osttarife sind nicht mehr zeitgemäß Nach wie vor sind Preisunterschiede zwischen Ost und West aufgrund unterschiedlicher Erwartungen und Voraussetzungen vorhanden. So beeinflussen z.B. folgende Faktoren die Leistungsausgaben: Ärztedichte, Ärzteverhalten, Preisdifferenz und unterschiedliches Leistungs- / Anspruchsverhalten. Das große Risikokollektiv von aktuell mehr als 20.000 Versicherten ist ein starkes Argument für die Fortführung des Tarifes.⁶
Irrtümer über den Ost-Tarif CompactPRIVAT/S

Anmerkung: Die neuen Bundesländer haben sich in der Zeit von 20 (!) Jahren mehr als nur im Bedarf angepasst. Viele Menschen der alten Bundesländer zogen dort hin und deren Bedarf blieb derselbe. Woher also soll ein Unterschied kommen? Diese Tarife waren !nie! zeitgemäß, sind es also auch heute nicht. Sonst sagt der Passus nichts aus, außer dass es Unterschiede gibt, gewisse Dinge also nicht versichert sind.

Irrtum Nr. 2: Versicherte haben keine Möglichkeit zu einem späteren Zeitpunkt ohne Gesundheitsprüfung in einen leistungsstärkeren Tarif zu wechseln
Durch Abschluss des Zusatzbausteines „WechseloptionPRIVAT“ besteht das Recht nach 2, 4 oder 6 Jahren ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit in die Tarife CompactPRIVAT-Optimal oder GesundheitPRIVAT-Kompakt zu wechseln. Sogar bei Eintritt der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht durch den Tarif WechseloptionPRIVAT ein Wechselrecht. Es kann ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit in den Tarif KlinikPRIVAT / 2 gewechselt werden, in dem bei stationären Behandlungen das Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung versichert ist.

Anmerkung: Optionen sind „Gehhilfen“ Im Verkaufsgespräch der Policenverteiler und Beitragsvergleicher. Wer kann schon 2

Jahre auf eine notwendige Behandlung warten? Zeigt eine Option nicht schon auf, dass es Dinge gibt, die nicht versichert sind? Die Lösung kann eine höhere SB sein, um den Beitrag niedrig zu halten oder eine variable, bei Bedarf nutzbare Option. Wer das dem Kunden nicht aufzeigt hat ein Argumentationsproblem wenn dieser bei Bedarf nachfragt, warum ihm das bei Vertragsabschluss nicht angeboten wurde. Wer dann stottert....verliert.: -)

Irrtum Nr. 3: Der Tarif CompactPRIVAT/S ist nicht beitragsstabil

Seit seiner Einführung vor 12 Jahren beträgt die durchschnittliche jährliche Beitragssteigerung nur 2,9 %. Hierin ist die diesjährige Beitragsanpassung bereits berücksichtigt. Der Tarif ist also sehr beitragsstabil, was für eine ausgewogene, risikogerechte Kalkulation spricht.

Anmerkung: Wer keine Inhalte hat, die zu Zahlungen existenzieller Risiken verpflichten, hat auch keine kostensteigernden Momente. Der Kunde zahlt die teuren Dinge selbst, denn eine Vielzahl von Leistungen, die sogar in der GKV versichert sind hat er hier nicht versichert.

Irrtum Nr. 5: Behandlungen in gemischten Anstalten sind immer vorab zu genehmigen

Nach § Nach § 4 (5) MB/KK sind Behandlungen in so genannten gemischten Anstalten grundsätzlich von einer vorherigen schriftlichen Zusage des Versicherers abhängig. Da dies bei Akutfällen / Notfalleinweisungen in der Regel unmöglich ist, erstattet der Versicherer in diesen Fällen auch die Kosten für die Behandlung in gemischten Anstalten.

Anmerkung: Gemäß AVB ist vorab (!) eine schriftliche Zusage einzuholen. Wenn dies in Notfällen und Akutfällen nicht notwendig wäre, stellt sich doch die logische Frage, warum es

dann in den AVBen enthalten ist. Insbesondere sind hier als Akutfälle titulierte Einweisungsgründe einen genaueren Blick wert. Als Akut gelten alle Fälle schnell zum Ausbruch kommender Erkrankungen mit vergleichsweise kurzer Dauer. Akutfall ist also genauso ein Hörsturz wie ein Schlaganfall. Oder reden wir hier vom höchststrichterlichen Urteil zum Thema Notfall vor der gemischten Anstalt?

Ein Notfall, bei dem nachgewiesenermaßen ein Transport in ein anderes Krankenhaus nicht mehr möglich war, ist hier die Urteilsgrundlage und wird es auch zukünftig sein, bevor Leistungen reguliert werden.

(Ich hoffe, wer solches verkauft, bietet auch konsequent Rechtsschutz an. Nicht nur für sich selbst):

Irrtum Nr. 6: Der Tarif CompactPRIVAT/S leistet nicht für besonders lebenserhaltende Hilfsmittel Auch für diese Hilfsmittel leistet der Tarif. Bei der Notwendigkeit einer ständigen Dialysebehandlung werden z.B. die Kosten für die Miete eines Heimdialysegerätes sowie die Betriebskosten in voller Höhe übernommen. Die Kosten für eine medizinisch notwendige künstliche Ernährung bzw. Sondennahrung (einschließlich der Geräte wie bspw. Sonde, Pumpe) sind tariflich als Arzneimittel erstattungsfähig sobald nur noch eine künstliche Ernährung bzw. Sondennahrung möglich ist und somit ein medizinisch notwendiger Behandlungsfall vorliegt.

Anmerkung:

Zitat aus den MB / KK des Tarifes: Zu § 4 Absatz 3 MB/KK 2009 Teil I: (1) Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badezusätze, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen; ferner sind Arzneimittel von der Kostenerstattung ausgeschlossen, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der

Empfängnisverhütung dienen oder die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern.

2. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel 2.1 Erstattungsfähig sind a) die Kosten für Arznei- und Verbandmittel c) die Kosten für Hilfsmittel. 2.2 Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsliegenschalen, Hörgeräte (in einfacher Ausführung), medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle (in einfacher Ausführung), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf). Soweit ein Hilfsmittel mehr als 310 Euro kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von drei Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

Anmerkung: Woher die o.g. gemachte Zusage kommt, ist eher unklar. Ambulant kosten die Dinge (Paraenteral) „mal eben „ 2100,- pro Woche und sind nicht versichert. Selber kaufen wird erwartet. Eben nur was für Wohlhabende. Die Hilfsmittel (der ambulante Bereich ist gemeint, meine Herren) sind sehr weit unter GKV Niveau ausformuliert und der Tarif gleicht eher einer Spendenquittung als einer Krankenversicherung. Insbesondere kostspielige Hilfsmittel bleiben im Tarif gemäß AVBen versagt. Jedes der aufgeführten Hilfsmittel könnte ich morgen selbst kaufen. Diese sind nicht teuer, müssten auch nicht versichert werden. „Kunstglieder“ ist dazu noch eine nicht schöne Definition, denn gemeint sind sicherlich Körperersatzstücke! „Glieder“ stehen vom Körper ab, also sind Arme und Beine gemeint (Kapitän Ahab von Moby Dick?). Für Blinde gibt es übrigens nichts. Diese tappen dann, wie schon bei der Beantragung des Tarifes, im Dunkeln. Auch hier sei die Frage gestattet warum das Heimdialysegerät nicht Bestandteil der

AVB ist, wenn es doch erstattet wird und worauf sich der Versicherte im Bedarfsfall berufen kann.

Wir hoffen, dass wir mit diesen Informationen einige Irrtümer (?) beseitigen und Fragen beantworten konnten. Wir wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg mit dem Tarif CompactPRIVAT/S-PLUS der Bayerischen Beamtenkrankenkasse und der Union Krankenversicherung. Anbei finden Sie noch einen kleinen Flyer der Consal. Diesen Flyer können Sie gerne bei uns ordern.

Rechtlicher Hinweis (!!!!!)

Die von Fonds Finanz Maklerservice GmbH zur Verfügung gestellten Daten erheben keinen Anspruch auf Richtigkeit (!!!) oder Vollständigkeit. Fonds Finanz Maklerservice GmbH führt keine Produktprüfung bzw. Plausibilitätsprüfungen der einzelnen Versicherungs- und Beteiligungsangebote durch und nimmt weder Empfehlungen noch Beratungen für diese Angebote vor. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von Dritten zur Verfügung gestellten Daten und Dokumente übernimmt die Fonds Finanz Maklerservice GmbH keinerlei Gewähr. Jegliche Haftung für Schäden aus der hier zur Verfügung gestellten Information ist ausgeschlossen.

Anmerkung: „keinen Anspruch auf Richtigkeit oder Vollständigkeit“; „führt keine Produktprüfung.....durch“; „nimmt weder Empfehlungen..... vor“ und „Haftung ausgeschlossen“. Ich denke das zeigt klar und deutlich den „Aufruf“: Geht Policen verteilen und macht Umsatz. Gut, dass ihr dafür hafte. Ich will doch nur euer bestes.....: -)

Hier werden "Irrtümer" richtig gestellt, aber für diese Richtigstellung möchte man sich dann doch lieber nicht verbürgen.

Worauf darf sich der Versicherte dann im Leistungsfall berufen? Richtig ist: Auf die Vertragsinhalte, die in den AVB fixiert wurden. Auf Leistungen, die dort nicht enthalten sind, besteht kein Rechtsanspruch.

Ich denke das zeigt klar und deutlich den „Aufruf“: Geht Policen verteilen und macht Umsatz. Gut, dass ihr dafür NICHT hafte. Ich will doch nur euer bestes.....

Sicherlich wurde klar, wie der Markt per Enttäuschung kaputt gemacht wird und die hier hören den Vermittler von Jahr zu Jahr billiger anbieten. Was kommt nach billig? Irgendwann ist Schluss und es stellt sich die Frage, wie weit der Kunde vom geglaubten Versicherungsschutz entfernt ist. Diese „Informationen“ erschweren den Markt von Morgen und schädigen daher auch das Interesse der Verfasser.

Glückwunsch, wer hier aufmerksam liest.

Ihr Frank Dietrich

PremiumCircle Berlin

"denn nur der Inhalt zählt"