



## **Leitfaden zur Krankenversicherung – eine Entscheidungshilfe**

Dieser Leitfaden soll Ihnen dabei helfen, die Unterschiedlichkeit der Systeme zur Absicherung der Gesundheitskosten besser kennen lernen zu können. Die öffentliche Berichterstattung ist hier oftmals einseitig und eher ungenau ausgerichtet und variiert in Ihrer Meinung. Besonders wichtig ist mir, Fehlentscheidungen zu verhindern zu helfen. Dies ist nur mit einer Vielzahl von Informationen möglich, die Sie bitte als „Werkzeuge“ zur „Bearbeitung“ Ihrer Entscheidung empfinden möchten. Dafür vorab vielen Dank.

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Gesundheit, das wichtigste Gut des Menschen, geschützt werden sollte und dass die Auswahl der persönlichen und richtigen Absicherung umfassend und nicht „einfach mal so“ geplant werden muss. Hierfür bedarf es ausreichend Zeit und eine sorgfältige Vorbereitung die ich Sie bitte, sich zu nehmen bzw. die wir gemeinsam betreiben werden. Eine Beratung, so komplex wie in der Krankenversicherung, erfordert kompromisslose Spezialisierung. Hintergründe sind ausführlich zu erläutern, damit die Tragweite der einen oder anderen Entscheidung bekannt wird.

### **Grundsätzlich beachten:**

Bitte nehmen Sie schon einmal Abstand von den marktbeherrschend plakativen Ratings und Aussagen mit dem Tenor „Wir sind die Besten“ und „Vertrauen Sie uns“ oder auch die PKV für 56,- €. Jeder Vertrag hat andere Parameter, wie auch jeder Mensch sich vom Gegenüber unterscheidet. Die Beratung basiert ausschließlich auf garantierten vertraglichen Inhalten, nicht auf Zusicherungen, Pressemitteilungen oder „Kann“-Regelungen, die so gern gegeben werden, wenn garantierte Leistungen Mangelware sind. Vertrauen füllt keine Lücken - nur schriftlich fixiertes ist im Streitfall einklagbar. Ich freue mich schon jetzt auf Ihre kritische Betrachtungsweise und möchte mich zu Beginn gern vorstellen.

### **Zu meiner Person:**

Ich studierte Jura bis zum ersten Examen und Betriebswirtschaft bis zum Diplomkaufmann. Mein großes Interesse für die Medizin hat mich in die Lage versetzt, medizinische Befunde verstehen und bewerten zu können. Sicherlich ist meine Affinität zur Medizin schon dadurch zu erklären, dass ich aus einer Familie stamme, die fast ausschließlich aus Ärzten bestand, mich dieses Thema seit meiner Kindheit begleitet hat. Heute zähle ich viele Ärzte zu meinem Freundeskreis.

Seit über 10 Jahren habe ich mich auf die Private Krankenversicherung / Tagegeld und die Absicherung des Risikos der Berufsunfähigkeit als auch der Pflegebedürftigkeit konzentriert.

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



Dies sind überaus komplexe Bereiche der Versicherungswirtschaft, die zusammen gehören. Derzeit finden sich allein in der PKV ungefähr 33 Anbieter mit 1.700 Tarifen, Tendenz steigend, am Markt.

Bis über 900 Einzelbestimmungen die einen Tarif vom anderen unterscheiden, die durchaus leicht verständlich aufbereitet sein können, sind zu beachten.

Daher mein o.g. Hinweis auf die notwendige Spezialisierung. Sehr gern nehme ich mir hier Zeit für Ihre Fragen, damit Sie alles selbst einschätzen und in Ruhe bewerten können. Das ist mir sehr wichtig.

Der Absicherung der Kosten der Gesundheit ist der oftmals längste Vertrag im Leben eines Menschen. Bitte nutzen Sie die „Werkzeuge“, die ich Ihnen biete, denn Sie tragen die Verantwortung einer „richtigen“ Absicherung nicht nur für sich selbst. Die Familie und das private Umfeld werden es Ihnen danken, wenn Sie sich darum wirklich gekümmert haben.

## **Versicherungspflicht**

In Deutschland besteht Versicherungspflicht. Die gesetzliche Grundlage für die Versicherungspflicht findet sich im § 193 VVG und lautet wie folgt:

***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, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnmäßige Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro.***

## **Grundlagenwissen zur Krankenversicherung: (Gesetzlich / Privat)**

In Deutschland gibt es zwei gänzlich unterschiedliche Systeme der Krankenversicherung. Die **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** ist neben der Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung Bestandteil des deutschen Sozialversicherungssystems. Mit dem Reichsgesetz vom 15. Juni 1883 und der Novelle vom 10. April 1892 wurde das Krankenversicherungsgesetz geschaffen, das die Krankenversicherungspflicht für Arbeiter einführte.

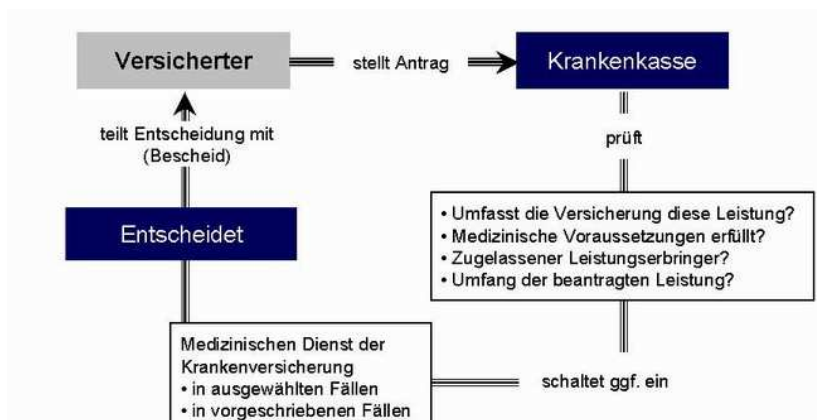
Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



Die Arbeiter sollten gesund bleiben, um arbeiten zu können. Das war der Zweck – und nichts anderes.

Die Private Krankenversicherung entstand um 1924, beginnend mit der Absicherung gegen Verdienstaussfall Erkrankter und für schwangere Frauen, die nicht in der Lage waren, zu arbeiten. Die Ursache war die Weigerung der GKV´en, Handelsleute zu versichern, die nicht von Beginn an in der GKV waren. Diese sorgten daher selbst vor und gründeten das kapitalgedeckte System, welches heute noch unverschuldet als die Privat Krankenversicherung bekannt ist.

Beide Systeme sind gänzlich unterschiedlich. In der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Versicherte einen „Vertrag“ mit der Kranken-Kasse, der ihm einen sogenannten Anspruch auf „Sachleistung“ sichert. Die Ärzte werden nach einem komplizierten System entlohnt. Es ist Budgetgebunden und stark begrenzt.

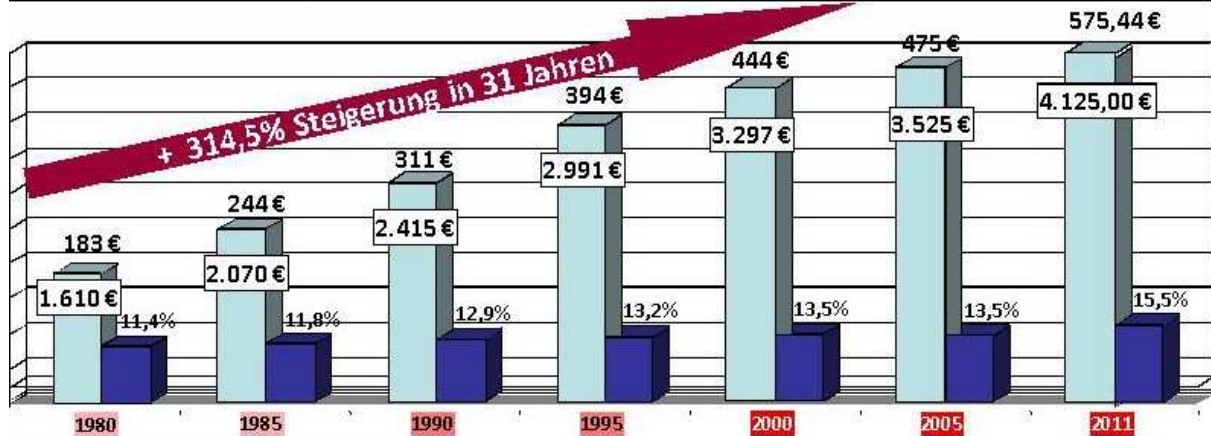


Eine sehr große Zahl von Reformen in den letzten 30 Jahren, mit dem Ziel der Kostendämpfung, konnten ein über 300 % -tige Beitragssteigerung bei z.T. sehr stark reduzierten Leistungen (bis hin zum Wegfall) nicht verhindern. Die durchschnittliche Beitragsanpassung liegt demnach bei über 10% p.A.!!



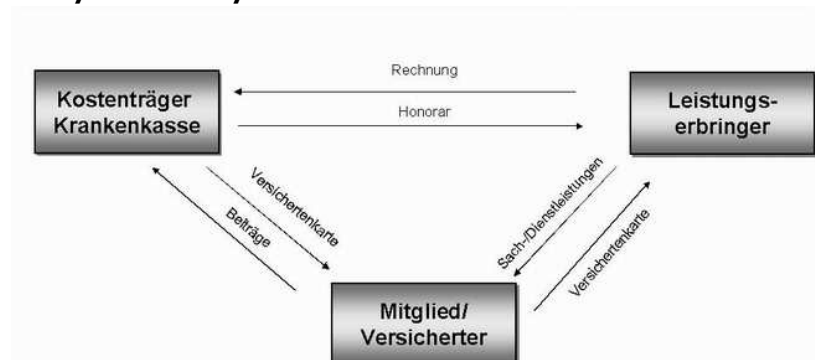
### Beitragsteigerungen: Auslösende Faktoren

1. Durchschnittlicher Beitragssatz      2. Durchschnittlicher Höchstbeitrag      3. Jahresarbeitsentgeltgrenze



Behandelt der Arzt über das vorgegebene Budget hinaus, kann das dazu führen, dass der Arzt unentgeltlich arbeitet. Das erklärt das Phänomen der geschlossenen Praxen zum Quartalsende. Bei den Behandlungen gilt das Gebot der *Wirtschaftlichkeit*, welches ich weiter unten mit einem Auszug aus dem Sozialgesetzbuch näher erläutern werde. Nicht unbedingt das „beste“ Medikament findet sich in der Verordnung, die wirtschaftlich orientiert ist und zum Sparen zwingt, für den Patienten. Die Vorgaben zur Leistungsregulierung stehen hier oftmals klar über der medizinischen Notwendigkeit.

### Beziehung Arzt / Patient / Kasse:



Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



## Die Reform zur Pflichtversicherung / Gesundheitsfonds:

Am 2. Februar 2007 beschloss der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG). Eine veränderte Fassung des Fünften Buches (Sozialgesetzbuch) sah die Einführung eines sogenannten Gesundheitsfonds vor. Eine zentrale Einnahmenstelle der Beiträge der GKV 'en war das Ziel. Hier wird die „Kopfpauschale“ bereits gelebt. Jede Kasse erhält für jeden Versicherten eine feste Prämie, egal ob kostendeckend oder nicht.

Der Weg wurde wieder bürokratischer. Die Krankenkassen ziehen die Sozialversicherungsbeiträge vom Versicherten ein und leiten diese an den Fonds, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird, weiter. Ein einheitlicher Beitragssatz ist vorgeschrieben.

Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung ist aufgrund ihrer besonderen sozial- und finanzpolitischen Aufgaben nicht am Gesundheitsfonds beteiligt.

Für das Jahr 2009 hat die Bundesregierung den einheitlichen Beitragssatz für Arbeitnehmer zunächst auf 15,5 Prozent des Einkommens (7,3 % Arbeitgeberanteil + 8,2 % Versichertenanteil, davon 7,3 % + 0,9 %, den nur der Versicherte trägt) festgesetzt, der auch wieder in 2011 gültig ist. Versicherungspflichtige Rentner erhalten einen Zuschuss von 7,3 % aus der Rentenversicherung. Die verbleibenden 8,2 Prozent werden vom Rentner selbst getragen.

Jeder GKV steht es frei, einen Zusatzbeitrag zu erheben (8 € pro Monat pauschal bis auf maximal 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen beschränkt). Dieser soll in 2012, aber nur für ein Jahr, Vergangenheit sein.

Durch dessen Erhebung besteht ein Sonderkündigungsrecht. Eine Art „Kassenhopping“ war seit dem zu erkennen. Millionen von Geldern zur Neuanfertigung von Kundenakten und Karten wurden so verschleudert und fehlen dem System zum eigentlichen Zweck, der Absicherung der Gesundheitskosten für die Versicherten.

Sozialhilfeempfänger, Bezieher von Grundsicherung und Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, müssen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst bezahlen.

Die Mittelzuteilung an die GKV 'en berücksichtigt zusätzlich zur „Kopfpauschale“, also der pauschalen Zuwendung des Fonds an die GKV, bezogen auf ein Mitglied, die Krankheitswahrscheinlichkeit eines dort Versicherten (Morbidity).



Dadurch soll jede Kasse **annähernd** die Finanzmittel erhalten, die sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Eine ständige Verschlechterung der Kassenleistungen ist seit dem weiter zu erkennen und konnte nicht beseitigt werden. Annähernd ist nicht ausreichend.

Das Grundproblem der steigende Kosten sind besonders der Bewegungsmangel, schlechte Ernährung und fehlende Erholung, klar getrennt vom Arbeitstag. Wer kennt nicht da Smartphone am Urlaubsstrand? Prävention ist nicht ausreichend im Programm. Morbidität wird zur Multimorbidität und beginnt immer früher im Leben des Menschen.

[\(Dazu mehr auf meiner HP unter DGVP\).](#)

### **Der Gesundheitsfonds /Finanzierung:**

1. Beiträge der gesetzlich Krankenversicherten
2. Steuerzuschüsse des Bundes (jährlich steigend, derzeit ca. 16 Mrd. p.A.)
3. Zinseinnahmen

Die Höhe der Zuweisungen des Fonds gegenüber der GKV richtet sich nach der Risikostruktur der jeweiligen Versicherten der GKV: Alter; Geschlecht (ca. 3.600 Diagnoseschlüssel zu 80 ausgewählten Krankheiten)

Für jeden Versicherten gibt es die gleiche Grundzuweisung (der durchschnittliche deutsche Krankenversicherte, standardisierter Wert, z. Zt. monatlich je Versicherten 202,56 €, Stand März 2011).

### **Krankenkassen sind Behörden! Bitte vergessen Sie das nie!**

Die Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall sind:  
Sozialstaatprinzip•Solidarprinzip•Subsidiaritätsprinzip•Bedarfsdeckungsprinzip• Sachleistungsprinzip• Versicherungspflicht• Selbstverwaltung

Ob eine Krankenkasse mit ihren Zuweisungen zu Recht kommt, hängt alleine davon ab, ob die **tatsächlichen Kosten** aller Versicherten unter den **standardisierten Zuweisungen** aus dem Gesundheitsfonds liegen. Die Kasse erhalten, begründet durch fehlerhafte politische Entscheidungen, immer mehr Macht und der Arzt wird zum Weisungsempfänger der Kasse, die nun dazu übergeht, zu bestimmen was zu tun ist.

Nicht der Arzt, der behandelt!!!

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2010 Frank Dietrich . *Alle Angaben nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr*



Die Art und Wertigkeit der Behandlung lässt sich wie folgt beschreiben:

**Zitat aus dem Sozialgesetzbuch V, § 2 Abs. 1 S.3 (Leistungsgrundlage)**

*„Die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein; sie dürfen das **Maß des Notwendigen nicht überschreiten**. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12 Abs. 1 SGB V). Der Heil- oder **Therapieversuch zu Lasten der GKV ist grundsätzlich unzulässig**.*

.....

*(**Weitere Einschränkungen** enthalten für die Hilfsmittelversorgung §§ 32 Abs. 1, 36 SGB V und für die Arzneimittelversorgung §§ 34 Abs. 1, 35, 35a bis 35c SGB V.)*

Dazu ein Beispiel (<http://www.premiumcircle-berlin.de/blog/?p=1178>)

Derzeit sollen ca. 27,- € im Quartal (!!) für jeden Patienten für notwendige Behandlungen ausreichend sein, auch wenn er den Arzt mehrfach konsultiert sollte. Weitere finanzielle Zuwendung erhält der Arzt nur wenn er nachweist, dass der Kunde chronisch erkrankt ist, also höhere Kosten vorliegen. Das System „belohnt“ also ein „krankes“ Klientel des Arztes. Viele Ärzte „diagnostizieren“ daher sehr viel lieber als notwendig und die Krankenakten sind voll von Diagnosen ohne tatsächlichen Bestand, wie ich in meiner täglichen Praxis immer häufiger feststellen muss.

Andere können nicht oder kaum kostendeckend arbeiten und geben Ihre kassenärztliche Zulassung ab. Bevorzugt wird der PKV Patient. Zur o.g. gesetzlichen Handlungsgrundlage der Ärzte kommt noch das unkalkulierbare Kriterium des MDK (Medizinischer Dienst der Kassen). Er spricht Empfehlungen zur Kostenübernahme und ist eher willkürlich tätig, wie die aktuelle Rechtsprechung zeigt. Schon in jungen Jahren lernte ich die Vorgehensweise, begründet durch die Tätigkeiten der Eltern, kennen.

Urteile im Bereich der GKV (<http://www.premiumcircle-berlin.de/77-0-Gesetzliche+Kranken-pflegeversicherung.html>)

Das solidarische System, welches viel zitiert wird, hört hier sehr oft vor der notwendigen Leistung des Einzelnen auf und ist nicht „Demografie sicher“.

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2010 Frank Dietrich . Alle Angaben nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr



Damit „solidarisch“ versichert werden kann, fehlt es immer mehr an Leistungen für den Einzelnen. Subsidiarität, vor deren politischer „Vernichtung“ schon unser Kanzler L. Erhardt 1956 warnte, wird immer weiter von der Abgabe der Selbstverantwortung und Zunahme der eigenen Verantwortungslosigkeit der nachfolgenden Generationen („Null Bock“) zu Lasten aller Bürger verdrängt.

**Diese politische Fehlverhalten belastet beide Systeme mit stetig steigenden Kosten.**

In der GKV wird keine Rücklage für das Alter gebildet. Vorsorge ist im Sozialgesetzbuch pro Jahr und Bürger mit unter 3,- € festgeschrieben! Eine ständige, immer schneller steigende Verschuldung kennzeichnet das System seit Jahrzehnten. Leistungsminderungen, die man bitte auch als Selbstbeteiligung verstehen sollte, sind an der Tagesordnung. Diese sind mittlerweile eher als unbegrenzt zu betrachten, denn was fehlt muss selbst gekauft werden (sofern dann möglich). Auch deshalb sind die Beiträge im Alter oft geringer.

Wer in der GKV versichert ist und es bleibt / bleiben möchte, sollte genau hinsehen. Es gibt Unterschiede nicht groß, aber durchaus interessant. Dazu ein [Erfahrungsbericht](#).

Rechtssicherheit statt Rechtsunsicherheit dagegen besteht in der Privaten Krankenversicherung (PKV). Es besteht hier die Möglichkeit, den Versicherungsschutz selbst zu gestalten. Dies ist nicht unbedingt nur positiv zu werten, denn wer kennt sich hier aus?

**Achtung:** Der überwiegende Teil der privaten Anbieter leistet in vielen Teilbereichen weit unter GKV Niveau.

**„Gutes ist nicht zwingend teuer aber „Billiges“ wird sehr schnell unbezahlbar.**



Im Unterschied zur GKV schließt der Patient hier einen Behandlungsvertrag direkt mit dem Arzt ab.

Die Rechnung reicht er an den Versicherer und erhält die dafür tariflich vereinbarten Leistungen, die er zur Zahlung des Arzthonorars nutzt. Auch hier ein Zitat zur Leistungsgrundlage aus einer vergleichbaren Stelle im Gegensatz zur o.g. Klausel in der GKV.

**Die in § 4 Abs. 6 MB-KK enthaltene „Schulmediziniklausel“ lautet:**

*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 schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.“ Der Heil- oder Therapieversuch ist zu Lasten der PKV zulässig.*

Der Arzt leistet entsprechend der medizinische Indikation und des Wunsches des Patienten. Die Möglichkeiten, eine Erkrankung zu heilen, sind weit vielseitiger und die Überlebenschancen, so einige Fachärzte, daher weit besser - besonders bei schwereren Erkrankungen..

Der Arzt rechnet entsprechend der gesetzlichen Vorschriften und an der dafür maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ ) bzw. Zahnärzte (GOZ) ab. Weitere, darüber hinausgehende Honorarvereinbarungen sind möglich.

Die Private Krankenversicherung hat mit dem Arzt selbst keinerlei direktes Vertragsverhältnis. (Ausnahme: In dem ab 2009 gültigen Basistarif kann Eine erbrachte Leistung direkt zwischen Arzt und Versicherung erfolgen)

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



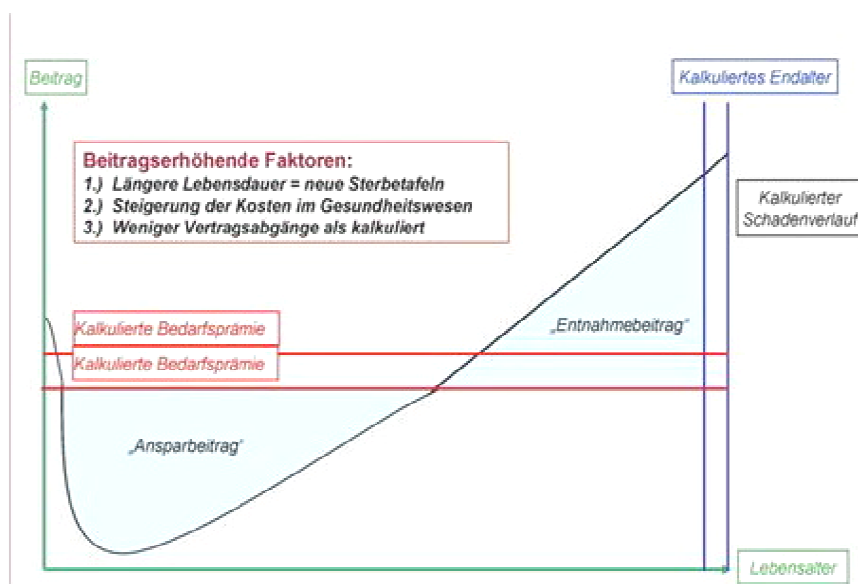
Diese selbstverantwortliche Wahl des Versicherungsschutzes begründet die fachliche Beurteilung der Möglichkeiten oder, sofern Bestandsverträge vorliegen, die Überprüfung der vertraglichen Ausgestaltungen des Versicherungsschutzes, denn Sie sind als der Versicherungsnehmer Vertragspartner des Arztes. Es ist zu prüfen, welche persönlichen Ansprüche bestehen und wie diese am besten versichert werden können.

Der Preis ist dabei der Monatsbeitrag und die Summe der Zuzahlungen für nicht versicherte Leistungen. Beides zahlt der Versicherte.

### Beitragskalkulation in der PKV:

Im System der PKV hängt der Beitrag vom Alter, dem Geschlecht und den zu versichernden Leistungen und eventuellen Zuschlägen, begründet durch risikorelevante Vorerkrankungen ab. In der GKV orientiert sich der Beitrag ausschließlich am Einkommen. Hinzu kommen die erwähnten zusätzlichen Beiträge allein zu Lasten des Versicherten. Trotz umfangreicher Versicherungsleistungen ist es oftmals möglich, in der PKV Beiträge einzusparen.

Die Beitragskalkulation der PKV ist so aufgebaut, dass in junge Jahren Rücklage zur Subventionierung der Beiträge im Alter geschaffen werden. Diese Rückstellungen sind ab dem 1.1.2009 für Neuabschlüsse portierbar.



Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



Der Wechsel in die PKV sollte nie aus Gründen der monatlichen Belastung heraus realisiert werden, denn dies ist auch, wie in der GKV, eine Momentaufnahme. Wichtig und primär ist immer die Leistung, die für den Leistungsfall vereinbart wird. Sie sichert von Beginn an die finanzielle Existenz, sofern Kosten unvorhergesehen entstehen. Wichtig und Grundlage der Beratung ist deshalb der spätere, klar formulierte Vertragsinhalt. Er ist keine Momentaufnahme, sondern über die Laufzeit garantiert. Eventuell nicht im Vertrag enthaltene Leistungen, hat der Versicherte zu 100 % bei Bedarf selbst zu zahlen, sofern die finanziellen Möglichkeiten vorliegen. Wer kann sich das schon leisten? Die Selbstbeteiligung eines Tarifes versteht sich immer nur auf die versicherten Vertragsinhalte.

### **Was fehlt kommt noch hinzu.**

Oftmals trifft es den Versicherten im Alter, wenn das Einkommen (Rente) eher geringer ist als heute und die Wahrscheinlichkeit der Erkrankungen schon altersbedingt zunimmt.

Schon deshalb ist die Bezahlbarkeit im Alter ein sehr wichtiges Kriterium. Es mag richtig sein, dass einige Rentner, in der GKV versichert, einen geringeren Monatsbeitrag zahlen müssen als in der PKV aber diese haben auch einen geringen Versicherungsschutz mit allen Rechtsunsicherheiten im Krankheitsfalle und riskieren, wie schon oben erwähnt, nicht versicherte Leistungen komplett selber zahlen zu müssen, sofern dann möglich. Wo liegt der „Vorteil“?

Rücklagen für das Alter, um steigenden Beiträgen entgegen zu wirken, ist die Eigenschaft der PKV. Bei einem frühzeitigen Wechsel in das System der PKV sollten Beitragseinsparungen zusätzlich für später angelegt werden.

Diese mögliche zusätzliche Entlastung für das Alter, die bei den hohen Beiträgen in der GKV so einfach nicht möglich ist, sehe ich als weiteren Vorteil des privaten Systems. Es gibt, wenn es um die Gesundheit und Lebensplanung geht noch andere Risiken, zu bedenken. Die Absicherung der Arbeitskraft und das Risiko der „Schweren Erkrankung“. Auch sind die Inhalte der Tagegeldversicherung oftmals eher erschreckend nicht beruhigend und die Aussage, „sie erhalten immer dann Tagegeld wenn Sie krank sind, ist grundsätzlich falsch. Gern mehr im Gespräch, denn auch hier ist es sehr komplex.

### **Zur Rechtsgrundlage der PKV (Vertragsrecht)**

Eins sollte dabei immer klar sein. Nicht immer zahlt eine PKV!! Einschränkungen, Begrenzungen und Höchstgrenzen, sofern tariflich vereinbart, sind zu beachten.



Auch prüft eine PKV bei Verdacht auf nicht im Antrag angegebene versicherungstechnisch relevante Gesundheitsverhältnisse zum Schutze der Versichertengemeinschaft. Schon deshalb beginnt eine Beratung mit der ausführliche Betrachtung dieser Daten, bei der ich gern helfe.

### **Vertraglichen Grundlagen zur Erstattung von Leistungen**

Die Musterbestimmungen „**MB/ KK**“ und „**MB / KT**“

Sie beinhalten die Forderungen des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und erweitern/ verändern sie. Die Veränderungen (Konkretisierungen oder Relativierungen) können dazu führen, dass Bestimmungen, in Teil 1 fixiert, in Teil 2 wegfallen oder eingeschränkte Gültigkeit erhalten.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (**AVB**) der Tarifyhalte bauen auf den Musterbedingungen auf und dürfen diese nur verbessern. Der für Sie zunächst wichtigste Abschnitt sind die Leistungen des Versicherers.

Hier muss für genau den Tarif, den Sie sich ausgewählt haben, der Leistungsumfang dargestellt werden.

### **Fazit:**

Ich hoffe, denn es ist mir sehr wichtig, verdeutlicht zu haben, wie wichtig die sorgfältige und umfassende Auswahl und Bewertung der klar formulierten und garantierten Inhalte eines späteren Vertrages in der PKV zur Absicherung von Kosten im eventuellen Leistungsfall ist.

Dies beurteilen zu können ist nur möglich, wenn man die Hintergründe und die mögliche Tragweite der einzelnen Leistungen kennt und diese auch im Wandel des sich ständig ändernden Bedarfs des Einzelnen, bezogen auf den med. Fortschritt und anderen Veränderungen in der Gesellschaft, in der wir leben, bewerten kann. Die tägliche Praxis ist hier ein nie endender Erfahrungsschatz zum Wohle des zu beratenden Kunden und sollte von diesem kompromisslos genutzt werden.

In der PKV sind Sie selbstbestimmend und gehen einen Behandlungsvertrag mit dem Arzt ein. Den zweiten Vertrag haben Sie mit dem PKV Unternehmen. Was Sie wünschen und zukünftig planen, ist eine Seite der Medaille. Was Sie nicht ausschließen können, zu benötigen, wäre die zweite Seite. Gemeint ist nicht nur der hoffentlich nie stattfindende Unfall, sondern auch die Veränderung des Bedarfs, den der medizinische Wandel und die politischen Entscheidungen in Deutschland für den Einzelnen bewirken.

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



Schon heute sind Tendenzen klar erkennbar. Diese sollten Sie kennen. In der Beratung werden Ihnen Sachverhalte aufgezeigt, die Sie in die Lage versetzen, den Versicherungsschutz so auszurichten, dass Sie auch „morgen“ noch umfassend versichert sein werden und den Beitrag zahlen können.

### **Beispiele dazu:**

Die Tendenz, dass Mediziner immer stärker in das Ausland abwandern verstärkt sich von Jahr zu Jahr. Behandlungen die in Deutschland bisher immer möglich waren, werden heute immer öfter im Ausland angeboten. Erstreckt sich der vereinbarte Versicherungsschutz auch auf diese Möglichkeit der Behandlung?

In Deutschland sinkt die Zahl der öffentlichen Trägerschaft im Bereich der Gesamtzahl der Krankenhäuser. Jedes der Krankenhäuser, teilweise mit unterschiedlicher Fachausrichtung hat neben der Gebührenordnung (GOÄ) auch noch andere Abrechnungsgrundlagen. Ist der Versicherungsschutz daran gebunden oder gänzlich frei davon?

Sind diese nun alle oder nur ein Teil, dann die Kostenerstattung einschränkend, versichert? Ist der medizinische Fortschritt durch „offene“ Formulierung berücksichtigt? Welche Einschränkungen hat der Versicherungsschutz noch? Sind Sie wirklich überall Privatpatient und ist auch wirklich jedes Krankenhaus, auch bei einer Notfalleinweisung versichert? Gibt es Preislisten für versicherte Leistungen (Stichwort: Inflation)?

### **Hier ein paar konkrete Tipps zur Wahl vorab:**

Diese Dinge sollten bekannt UND versichert sein. Warum sonst die Wahl der PKV? Hintergründe zu den Risiken einer nicht versicherten Leistung sind vielfältig und werden gern in ihrer Tragweite erläutert. Kein Bogen Papier und keine Software kann eine hier notwendige Beratung ersetzen. Diese ist immer individuell und sollte mit ausreichender Zeit zum Gespräch vereinbart werden.

### **Wirklich alles bekannt?**

• Was sind **„gemischte Anstalten“**, deren Zahl in Deutschland ständig wächst und welche Leistungen werden dort erbracht? Die meisten der Versicherten sind dort, sogar bei einer Notfalleinweisung, nicht versichert. Besteht hier eine „Kann-Regelung“ sofern überhaupt versichert oder ist Leistung klar vereinbart? Sind zeitliche Vorgaben zu berücksichtigen?



- Bin ich **überall Privatpatient**? Wirklich überall? Wie funktionieren die Abrechnungsmodalitäten, die dies definieren und welche gibt es, die zu beachten sind, denn hier lauern Einschränkungen? Es gibt nicht nur die Gebührenordnung(GOÄ/GOZ) zu beachten, zumal diese nicht überall gilt. Was ist an einem Kurort, wenn ich Urlaub mache? Was ist im Ausland EU, EWR, Europa oder weltweit)?
- Gibt es fixe oder **variable Optionen** im Vertrag? Das Leben ist ständigen Veränderungen unterworfen aber was ist mit dem Versicherungsschutz? „Wächst“ er mit? Ist dieser fix oder variabel gestaltet und gibt es Einschränkungen?
- **Tarifwechselrecht, auch bei Krankheit** möglich, denn dann ist es “höchste Eisenbahn”, besonders, wenn Sie zurück in die GKV müssen. Fast alle Optionen sind keine Leistung sondern eine „Verkaufshilfe“ des Beraters. Wer kann schon auf dringend benötigte Behandlungen warten bis die Option (meist 3 Jahre) später erst nutzbar ist? Woraus ist hier zu achten?
- Ist **Anschlussheilbehandlung grundsätzlich versichert**? Nur 10 % der Anbieter leisten das aber dann auch nicht immer grundsätzlich. Alle anderen sind hier schlechter als die GKV. Haben Sie darauf geachtet? Der Bedarf in Deutschland steigt ständig.
- Gibt es einen sog. **“offenen” Hilfsmittelkatalog** gegenüber einer geschlossenen Aufzählung und wie ist die Ausführung der Hilfsmittel? Bsp.: Rollstuhl handbetrieben oder bedarfsgerecht und gibt es noch weitere Einschränkungen? Viele Tausende Hilfsmittel sind in Deutschland zugelassen. Wie viele kennen Sie und welche davon sind versichert? Wie oft, welche Ausstattung oder nur erst nach schriftlicher Zusage?
- Wann werden **Transportkosten** übernommen?(ambulant, stationär, nur nach einem Unfall oder auch im Bedarfsfall)? Achtung, hier wird es oftmals „peinlich“ für die Anbieter und teuer für Sie. Wir alle werden älter? Wer fährt uns dann zum Arzt?
- Gilt die **Versicherung auch im Ausland**? Wovon hängt das ab und was wird dort gezahlt, wenn der Arzt kommen muss? Nicht jeder Auslandsaufenthalt ist so geplant, wie er verläuft? Das Vorrecht des PKV-Versicherten ist die mögliche Auslandsbehandlung (sofern versichert). Über 35 % der Ärzte in der Schweiz waren ursprünglich Deutsche. Sie wanderten aus. Wo wird eine spätere Behandlung für Sie, sofern notwendig, noch möglich sein?
- Wie sieht der Versicherungsschutz **bei Familienzuwachs** aus? Was bekommt mein Kind und ab wann ist es versichert (auch bei Krankheit ab Geburt)? Viele Kinder waren nicht geplant, dennoch möchten wir sie nicht missen und Ihnen Gesundheit bewahren helfen.
- Sind der **Logopäde und der Ergotherapeut** auch wirklich versichert? Das ist fast nie ausreichend abgesichert. Der Bedarf an Behandlungen durch „Heilberufler“ steigt in Deutschland jährlich an. Wurde darauf geachtet?

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



Dieser Auszug aus der Vielzahl von Fragen, die zu berücksichtigen sind, soll die Komplexität der Absicherung verdeutlichen. Nehmen Sie sich Zeit. Lassen Sie sich nicht hetzen. Die Hintergründe, was eine solche Frage bedeuten kann, erläutere ich sehr gern und ausführlich. So fällt es Ihnen leichter, eine Entscheidung abzuwägen. Gutes ist nicht zwingend teuer, sichert es doch die Kosten von morgen.

Ich bitte Sie, denn es ist überaus wichtig, sich mit den bisherigen Behandlungen und eventuellen Erkrankungen, die Sie hatten oder haben, zu befassen. Alles ist anzugeben, nichts zu vergessen. Besuchen Sie das Downloadcenter. Hier liegen hilfreiche Dokumente für Sie bereit.

**Voranfrage zu den gewünschten Leistungen und zur Gesundheit.**

Die Vorarbeit zu den Gesundheitsangaben bitte ich Sie, auch im Gespräch mit Ihrem Arzt, zu machen. Was hat er gelistet? Ein Auszug der Krankenakte bis auf subjektive Eintragungen, steht Ihnen rechtlich zur Verfügung ([Auskunftspflicht des Arztes](#)). Bitte fordern Sie auch die Behandlungsdaten bei der derzeitigen Kasse ab. Mindestens 5 Jahre zurück. Gern länger. Diese Daten werden **vor** der Beratung benötigt und stellen eine sichere Investition in die Rechtssicherheit Ihres späteren Vertrages da.

Die Gesundheit ist, wie schon erwähnt, ein wichtiger Faktor für die individuelle Beitragskalkulation und wird bei Antragstellung abgefragt. Hier müssen alle Angaben gemacht werden, um eine ungewollte Vertragsbeendigung unbedingt zu verhindern. Leider wird hier nicht immer so sorgfältig wie nötig die Vorarbeit geleistet oder das subjektive Empfinden hielt einige Dinge nicht für relevant. Die ausschließlich vertriebsorientierte Beratung einiger Mitbewerber am Markt, wird immer in kurzer Zeit realisiert.

Recherchen dieser Art sind konterproduktiv, denn entgegen dessen, kosten sie Zeit. Der Versicherte riskiert ein vorzeitige Beendigung des Vertrages, weil Informationen zur Gesundheit verschwiegen oder nur zu ungenau gemacht wurden (Obliegenheitspflichtverletzung). Meist erfolgen solche Vertragsbeendigung in einem Leistungsfall und der Versicherungsschutz wird u.U. rückwirkend aufgelöst. **Das darf nie passieren.**

Es besteht bei vertragsrelevanten Erkrankungen die Möglichkeit eines Angebotes mit Risikozuschlag. Oft treffe ich hier auf Missverständnis und Ablehnung bei Mandanten. Es wird fälschlicherweise persönlich und als eine Art „Strafe“ gewertet. Bitte bedenken Sie, dass nur so einer Beitragsentwicklung begegnet werden kann und das Sie hier, heute und zukünftig, der zur Behandlung notwendigen Hilfe sicher sein können. Bitte denke Sie daran, dass jeder in der PKV sein eigenes Risiko zur Entlastung der Mit-versicherten, trägt.



Die Antragstellung umfasst die gesundheitliche Prüfung des Antragstellers mit dem Hintergrund, die voraussichtlichen Kosten überschaubar zu halten. Risikozuschläge für bestehende Erkrankungen oder sogenannte Rezidive, werden hier kalkuliert. Grundsätzlich gilt, dass alle schon vor Antragstellung bekannten, wahrscheinlich anfallenden Kosten zu berücksichtigen sind (Risikogerechte Kalkulation). Die „kleine“ Allergie, die so gern „vergessen“ wird, sich zu einer ernsthaften Erkrankung ausweiten kann, ist hier auch gemeint.

Nur über diese Regularien lassen sich möglichst stabile Beiträge erreichen und die später benötigten Leistungen bezahlbar halten. Ein Anbieter, der Zuschläge erhebt, ist dem vorzuziehen, der es nicht macht. Die später Leistungsgrundlage ist weit solider, wenn es nicht schon tarifliche ersichtlich ist, das später benötigte Leistungen, bezogen auf die Vorerkrankungen nur mangelhaft vorhanden sind.

Es ist ein Form der Solidarität, dass eigene Risiko selbst zu tragen und nicht Dritte damit zu belasten. Wie wäre es anders herum? Wären Sie bereit, höhere Beiträge zu zahlen, Risiken anderer zu versichern? Der so oft Angebote Leistungsausschluss kann nie richtig sein, denn es ist ein Risiko der Gesundheit, worum es geht und Sache der Versicherung. Lassen Sie sich darauf nicht ein. Zu den Leistungen ist es mir wichtig, dass Sie sich Gedanken machen, was bisher bekannt ist und was Sie wünschen, zu versichern. Gern besprechen wir

hier hintergründiges im ersten Telefonat an, denn es ist meine Aufgaben, hier zu helfen. Ich freue mich schon auf Ihre Fragen und nehme mir Zeit, diese zu erläutern.

### **Beratung und Betreuung:**

.....gehören **immer** zusammen.

Immer wieder gibt es Rückfragen oder Überlegungen nach einem ärztlichen Rat / Empfehlung. Woraus ist zu achten, was ist Grundlage der Leistung und wichtiger noch, wer begleitet mich im Leistungsfall, besonders bei der Absicherung der Arbeitskraft sofern aus der Erkrankung eine Berufsunfähigkeit wird( Antrag auf BU)?

Viele Vermittler „verschwinden“ nach der Beratung oder können sich an nichts erinnern. Auch sind es oftmals „Allrounder“ und es fehlt an fachspezifischer Kompetenz, so das Probleme und spätere Nachteile vorprogrammiert sind.



Sie zahlen für Versicherungsschutz. Sehen Sie bitte auch zu, dass Sie ihn erhalten. Ohne "Wenn und Aber".

Kennen Sie die Vermittlerfrage: Was soll denn Ihre PKV „können“? Woher bitte sollen Sie das wissen? Wer ist denn der Berater?

Immer wieder bat ich beratene Kunden, zu ihrem Makler zu gehen, sich ein Angebot machen zu lassen. Bisher kamen alle Kunden erschrocken zurück. Nun erkannten Sie den Unterschied von Spezifikation und „Bauchladen“.  
Wollen wir es mal versuchen?

**Kompetenz nimmt sich Zeit für Sie und geht auf vertragliche Inhalte erklärend ein. „Vertrauen“ hat es oft eilig und „berät“ sehr gern über den Preis und schöne Worte.**

### **Hinweis Tagegeld:**

Neben den Vollkostentarifen bieten die privaten Krankenversicherer eine Einkommensabsicherung, die Tagegeldversicherung, an. Diese ist ein eigenständiger Tarif (Vertragsbestandteil), der individuell angepasst werden sollte. In der Beratung darf dieses Element nicht fehlen, da bei längerer Krankheit sich das Einkommen reduziert oder gänzlich wegfallen kann. Die finanzielle Existenz wäre bedroht.

Die Bestimmungen, die der Markt bietet, sind oftmals noch löchriger als ein Schweizer Käse. Wer hier spart, an Beratung oder Beitrag, spielt mit seiner finanziellen Existenz. Die Gefährdung trifft im Leistungsfall auch die Familie und das Umfeld. Die Aussage, dass bei Krankschrift Geld bezahlt wird ist pauschal und definitiv falsch. Sehr oft besteht das Risiko, das nicht geleistet wird, obwohl eine Krankschrift vorliegt. Auch ist der bestimmungsmäßige Übergang vom Tagegeldbezug bei Berufsunfähigkeit zu prüfen.

Sie dürfen fast nie mehr versichern, als Sie an monatlichen Einkünften nachweislich erhalten. Es ist aber zu beachten, dass jede Gesellschaft das Einkommen anders definiert, also auch eine jeweils andere Absicherung ermöglicht. Zu berücksichtigen sind dabei auch die Anpassungsmöglichkeiten. Gelten diese auch im Leistungsfall?



## Übergang Berufsunfähigkeit:

In der Privaten Krankenversicherung wird das Krankengeld solange gezahlt, wie der Zustand der Arbeitsunfähigkeit andauert. Das hört sich gut an, birgt aber schon ein grundlegendes juristisches Problem: Die Abgrenzbarkeit!

*Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung und schließen einander- jedenfalls typischerweise- aus. Niemand kann deshalb erwarten, dass er aus ärztlicher Sicht, auf die in den Bedingungswerken für Krankentagegeld- wie Berufsunfähigkeitsversicherungen und ebenso im Sozialversicherungsrecht abgestellt zu werden pflegt, als arbeits- und zugleich berufsunfähig beurteilt wird. Die Krankentagegeldversicherung soll nur den Schaden ausgleichen, der im Fall von Arbeitsunfähigkeit durch Verdienstentgang entsteht, nicht aber Schäden die darauf beruhen, dass eine wegen Berufsunfähigkeit bezahlte Rente einen Verdienstaufschlag nicht in der Höhe abdeckt, wie es Krankentagegeldzahlungen vermöchten. Durch Berufsunfähigkeit entstehende Schutzbedürftigkeit ist von vornherein nicht Gegenstand einer Krankentagegeldversicherung. (BGH, 22.01.1992, VersR 1992, 477)*

Daher ist von besonderer Wichtigkeit, eine Abstimmung zwischen der Krankenversicherung und der Absicherung gegen den Verlust der Arbeitskraft zu treffen. Besteht die Möglichkeit, dass keiner von beiden Anbietern zahlt? Sicherlich sind Sie auch hier abgesichert aber sind die Vertragsinhalte darauf hin schon objektiv und fachmännisch geprüft worden?

## Der Wechsel in die PKV:

Dem Anbieter einer Privaten Krankenversicherung ist es möglich, aus zu wählen, wen er versichern möchte. Es ist ein privatrechtlicher Vertrag, bei dem sich beide Seiten zu erklären haben. Es besteht demnach **kein** Rechtsanspruch auf den Vertragsabschluss, sofern eine Ablehnung erfolgt.

(Ausnahme: Lediglich die seit der Gesundheitsreform gültige Ausnahme, jedem der dem System der PKV zuzuordnen ist, derzeit ohne Versicherung steht, bei Neuversicherung entsprechende der Versicherungspflicht, aufnehmen zu müssen, ist hier zu nennen.)

Fragen nach der Gesundheit sind bei den Anbietern unterschiedlich ausformuliert und daher im Gegensatz zueinander besonders zu beachten. Behandlungen und Beschwerden in den letzten 3 bis 5 Jahren;



Krankenhausaufenthalte in den letzten 5 bis 10 Jahren, bevorstehenden / geplante Behandlungen; fehlende / ersetzte Zähne; anerkannte Behinderungen, Schwangerschaft u.v.m. wird je nach Anbieter abgefragt.

In den letzten Jahren nahm die Zahl psychotherapeutischen Behandlungen stark zu und hat erwähnt zu werden. Behandlungen wegen Kinderwunsch werden auch gern vergessen. Achten Sie genau auf die Formulierung im Antrag. Zeitliche Begrenzungen der Fragen sind zu bevorzugen. Der Arzt, der verpflichtet ist, Auskunft zu geben, ist hier zu befragen.

### Dokumentationspflicht des Arztes.

### **Grundsatz:**

Sofern Sie den bisherige Versicherungsschutz (nach eingehender Überprüfung) wechseln möchten, kündigen Sie nie, ohne bei der neuen Gesellschaft eine schriftliche Bestätigung der Annahme erhalten zu haben. Darin besteht die große Gefahr, dass Sie eine Kündigungsbestätigung erhalten und der neue Versicherer Sie nicht aufnimmt.

### **Hinweis:**

Ein Wechsel in die PKV sollte ist je nach GKV Vorversicherer mit Nachteilen im Bereich der Pflege verbunden. Im Sozialgesetzbuch findet sich an entsprechender Stelle (§ 37) zur GKV Leistung:..... Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als **häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt**. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen.....3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten....!



Achtung, auch Satzungen ändern sich – in beide Richtungen.

Nicht nur aus diesem meist unbekanntem Grund, ist die zusätzliche Absicherung zu empfehlen. Die zu erwartenden Kosten in den kommenden Jahren werden derart steigen, dass schon hier eine Notwendigkeit ableitbar ist. Nachkommende Generationen werden an Zahl zu wenige sein und meist gesundheitlich oft der Pflege näher als der Arbeitsfähigkeit (Multimorbidität).

### **Ein Hinweis auf „neue“ Tarifeinheiten:**

Zu bevorzugen sind eher ältere Tarifeinheiten, nicht die, die erst seit kurzem auf dem Markt sind. Sehr oft kalkuliert ein Anbieter aus Gründen der Wettbewerbsfähigkeit die neuen Tarifeinheiten weit günstiger als notwendig. Hier zeigt es sich als sinnvoll, andere Tarifeinheiten des Anbieters vergleichend zu betrachten.

### **Rückkehr in die GKV:**

Immer wieder höre ich hier sehr „eigene“ Behauptungen, wann und ob überhaupt eine Rückkehr möglich ist. Für mich stellt sich immer die Frage, warum das von Interesse sein könnte. Wer die Leistungen der PKV umfassend versichert hat, geht sicher, die bestmögliche Hilfe im Krankheitsfall zu erhalten. Warum also wechseln?

Hier wird immer auf die Bezahlbarkeit der Beiträge im Alter verwiesen. Der GKV Versicherte, so heißt es, zahlt weniger. Dazu bitte ich zu beachten, dass dies eine Momentaufnahme, Stand heute ist und dass der Zahlbeitrag für die **noch vorhandenen Leistungen** in der GKV gezahlt wird.

Sofern Sie das auf Seite 1 hinterlegte Beispiel (Link zum Blog) oder auch die „Satzung“ zur Behandlungsleistung der GKV (Zitat Sozialgesetzbuch) gelesen haben, wurde klar, dass es nur Stückwerk ist, was versichert ist.

Der Beitrag ist nur ein Teil der Kosten, den wir zum Erhalt der Gesundheit leisten. Nicht enthaltene Leistungen in der GKV, solidarisch begründbar, zahlt der Betroffene selbst. Was also ist gemeint, wenn es um die Bezahlbarkeit im Alter geht?

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2010 Frank Dietrich . *Alle Angaben nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr*



Wie man sich vor unbezahlbaren Beiträgen in der PKV schützen kann, ist nicht schwer und wird Gegenstand der Beratung sein. Hier überwiegen meiner Meinung nach meist die Vorteile.

Die Rückkehr ist grundsätzlich bis zum 55. LJ. möglich. Pflichtigkeit, also Bspw. ein Angestelltenposition oder Arbeitslosigkeit mit Bezug von Leistungen des Staates geht vor und begründet ein Sonderkündigungsrecht. Gesetzliche Regelungen sind auch hier ständig im Wandel. Dazu gern mehr im Gespräch.

### **Noch einige Bemerkungen zum Schluss:**

#### **Der Berater:**

Wenn Sie sich mit der Planung der Absicherung der Kosten der Gesundheit beschäftigen möchten, sich beraten umfassend lassen wollen, so empfehle ich zuvor einige Punkte zu prüfen, denn auch bei Beratern gibt es sehr große Unterschiede, die sich nachteilig auswirken können.

#### **Welchen Status hat der Berater?**

Ist er Versicherungsagent einer Gesellschaft, Mehrfachagent oder Versicherungsmakler? Beachten Sie dabei, auf wessen Seite er rechtlich steht und was hieraus für Sie herleitet.

#### [BLOG Artikel](#)

Ist der Berater spezialisiert oder eher ein „Allrounder“? Bedenken Sie die Vielzahl der Absicherungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Tarifvarianten.

Kann der Berater Referenzen vorweisen und gibt er ggf. konkrete Kunden bekannt, die angerufen werden können um nach Erfahrungen zu fragen?

#### [Über mich](#)

#### [Meine Philosophie in Bildern](#)



## Werbung:

Die immer wieder in der Werbung ausgeschriebene Möglichkeit der 56,- € Versicherung kann aus Gründen der Wirtschaftlichkeit für den Anbieter nicht „funktionieren“. Beitragsvergleiche oder Berechnungen im Rahmen einer Rückerstattung lenken meist von den einzig wichtigen Dingen, den vereinbarten Inhalten eines Angebotes ab und sollten daher strikt gemieden werden. Solch VERSicherungs-„Schutz“ ist wirklich billig, nicht aber für Sie!

*Wichtig ist nie die Betrachtungsweise, wenn die Versicherung **nicht** benötigt wird, sondern **die Betrachtungsweise im Leistungsfall ist grundlegend** zur Wahl des Versicherungsschutzes.*

*Es ist wie beim Kauf eines Bootes. Ob es schwimmt zeigt sich nicht an Land, sondern nur im Wasser.*

## Ratings:

-Ratings zur Beurteilung von Angeboten zu konsultieren erachte ich als nicht sinnvoll. Wir alle kennen die positiven Bewertungen der Lehmann Brothers zu Beginn der aktuellen Krise. Das Ergebnis war sehr gut und signalisierte Unbedenklichkeit. Was daraus wurde.....

-Geratet wird i.d.Regel mit Parametern, die in Ihrer Wichtigkeit für eine fundierte Beurteilung eher fragwürdig sind. Die Unternehmenskennzahlen eines Anbieters sind nur eine Momentaufnahme, wie auch der Beitrag. Rückerstattungen sind den seltensten Fällen garantiert und stellen keine Leistung im Sinne der Kostenerstattung dar.

Service kann sich ändern. Nur festgeschriebenes ist für einen Vergleich sinnvoll, denn es wird auch morgen noch gültig sein und die Grundlage einer Leistung darstellen. Das Rating ist dann längst überholt.

-Begriffe wie „Top- Tarife“ oder der Werbespruch „Wir sind die Besten“ entbehren jeder Definition was gemeint ist und nehmen keinen konkreten Bezug. Mit Vertrauen zu werben ist sicherlich lobenswert aber Sie alle kennen den Spruch.

„Vertrauen ist gut.....“. Kontrollieren Sie bitte nicht erst im Leistungsfall, ob das Vertrauen gut vergeben war.

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung



## Ausland:

-Schließen Sie immer, auch wenn Ihr Tarif im Ausland umfassend versichert, eine Auslands- / Reisekrankenversicherung ab. So kommt bei Krankheit im Urlaub Ihr Selbstbehalt nicht zum Tragen, die Beitragsrückerstattung bleibt, sofern nichts anderes dazu kommt unangetastet. Achten Sie bitte darauf ob der Rücktransport bei medizinischer Notwendigkeit geleistet wird oder auch, wenn er „nur medizinisch angeraten“ ist.

Ich hoffe und ich freue mich schon jetzt über Ihre Bewertung zu diesem Tippgeber, Ihnen den Schritt in die für Sie richtige Richtung bei der Beurteilung und Auswahl der Absicherung von Kosten im Leistungsfall, gegeben haben zu dürfen. Dafür „Vielen Dank“.

Verantwortungsbewusstsein ist existenziell. Sehr gern nehme ich mir ausreichend Zeit für unser Gespräch. Wann wäre es erstes Telefonat möglich? Sofern Sie schon länger im Gespräch mit Freunden oder Bekannten sind, würde ich mich freuen, brächte Sie diese mit zur Beratung.

## Ihr Frank Dietrich

***PremiumCircle Berlin GmbH***

[http://www.premiumcircle-berlin.de/1-0-\\_Home.html](http://www.premiumcircle-berlin.de/1-0-_Home.html)



## Dokumente

Bitte nutzen Sie die Dokumente im [Downloadcenter](#) meiner [Homepage](#), die Ihnen Unterstützung geben sollen:

- Individuelle Planung Ihrer Krankenversicherung
- Konkrete Angaben zur Gesundheit

---

Nachdruck und jegliche weitere Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung

© 2010 Frank Dietrich . *Alle Angaben nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr*





**\*Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
Jeder Arbeitnehmer, der die Versicherungspflichtgrenze 2011 von 49.500 EUR überschritten hat, dessen Verdienst aus vertraglich garantiertem Einkommen über diesem Wert lag und auch voraussichtlich in 2012 auf über 50.850,-€ p.A. liegen wird, ist freiwillig in der GKV versichert.

Es besteht die Wahlmöglichkeit zwischen der Privaten- oder Gesetzlichen Krankenversicherung.