

Von der privaten Krankenkasse abgelehnt

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 10:26

Liebes Forum,

eine gute Freundin mir, angehende Lehrerin, ist von der privaten Krankenkasse abgelehnt worden. Zunächst sagte man ihr, sie habe zwar mit einem kleinen Risikozuschuss zu rechnen, aber würde auf jeden Fall aufgenommen werden.

Jetzt hat die PKK ihren Antrag ohne Begründung abgelehnt. Mir ist klar, dass die PKK nicht jeden aufnehmen muss. Aber einfach so, ohne Begründung? Kann man da noch was machen?

Wie sieht es mit der Lebenszeitverbeamtung aus? Haben die ähnliche Kriterien?

Wäre für Hilfe oder Tipps dankbar!

Beste Grüße,

Sofie

Beitrag von „*Eichhoernchen*“ vom 18. Januar 2015 10:36

Bedeutet angehende Lehrerin Referendarin? Oder fertige, die gerade erst verbeamtet wurde?

Es gibt den sogenannten Kontrahierungszwang, auch "vorbelastete" Lehrkräfte werden durch die sogenannte Öffnungsaktion Öffnungsklausel aufgenommen. Dafür darf allerdigs nur ein einmaliger Antrag gestellt werden.

Vielleicht kannst Du das noch etwas genauer beschreiben?

Liebe GRüße

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 10:59

Ja, angehende Lehrerin heißt Referendarin. Sie ist also verbeamtet, aber eben nur auf Widerruf (nur für die Zeit des Referendariats).

Kannst du das mit dem Kontrahierungszwang genauer erklären?

Danke 😊 Sofie

Beitrag von „*Eichhoernchen*“ vom 18. Januar 2015 11:16

Das gilt leider nicht für Referendare sonder nur für fertige Lehrer 😞

Im Referendariat gilt das nicht, uns somit muss sie dort gesetzlich versichert bleiben. Sie soll sich nun unbedingt beraten lassen und informieren, damit sie sich mit den Anträgen jetzt nicht die Chance versaut später aufgenommen zu werden. So genau weiß ich das jetzt auch nicht aber es könnte sein, das Anträge, die jetzt gestellt werden schon zu diesem "einmaligen Antrag" dazu zählen. Besonders wenn später nicht zu viel Zeit dazwischen liegt.

Llebe Grüße

Beitrag von „alias“ vom 18. Januar 2015 11:17

Bei welcher Versicherung hat sie den Antrag gestellt? Die Versicherungen reagieren hier sehr unterschiedlich.

Beitrag von „chilipaprika“ vom 18. Januar 2015 11:49

Augen zu und durch! Gesetzliche Versicherung im Ref, dann muss die jetzt gewünschte PKV (so sie an der Öffnungsklausel teilnimmt, machen alle Großen) sie nach dem Ref nehmen.

Ich wurde auch nur über die Öffnungsklausel übernommen, weil eine Ärztin mir bei Ermüdung nach einer langen Korrekturphase und Einfangen des ersten dahergelaufenen Virus nicht nur "Erkältung" oder so diagnostiziert hat, sondern auch eine "F-Diagnose" verpasst hat. "chronische Müdigkeit" oder so, unter "F" stehen alle psychischen Störungen, da guckt eine PKV einfach nicht mal weiter.

Den Amtsarzt hat es gar nicht interessiert (abgesehen davon, dass ich die Diagnoseziffer zu diesem Zeitpunkt nicht mal kannte). es sind zwei komplett verschiedene Verfahren, die nicht unbedingt die selben Kriterien haben.

chili

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 12:07

Das mit der Öffnungsklausel ist ja interessant, habe ich vorher noch nicht von gehört. Da sie ja Beamtin auf Widerruf ist, gilt das zwar jetzt noch nicht, aber evtl. dann später.

Danke für die Infos! Ich werde sie weitergeben.

LG, Sofie

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 12:26

Noch eine Frage: Weiß jemand, was ein Leistungsausschluss genau ist?

Beitrag von „chemie77“ vom 18. Januar 2015 12:37

Mal ganz abgesehen davon erschließt sich mir der Vorteil der privaten Krankenversicherung eh nicht unbedingt! Ich frage mich manchmal, ob ich nicht besser gesetzlich versichert geblieben wäre :-).

Vielleicht hat man an ein paar Stellen bessere Leistungen in der privaten, aber ständig der Stress ob die Versicherung auch bezahlt, auch höhere Rechnungen erst mal auslegen und dann wochenlang auf die Erstattung warten und das gleich bei 2 Stellen, denn die Beihilfestelle ist da auch nicht besser. Die will immer weniger bezahlen und das ist irgendwo auch ein Nervenkrieg (vom Papierkrieg ganz zu schweigen).

Die Beiträge können in der privaten Versicherung auch innerhalb eines Tarifes über die Jahre extrem ansteigen...

Vielleicht entgehen mir da einige Argumente (dann freue ich mich über Aufklärung) aber manchmal wünsche ich mir die Zeit zurück, als ich einfach beim Arzt war und die Rechnungen danach nie gesehen habe, mich also auch um nichts weiter kümmern musste...

Das war jetzt keine Antwort auf die Frage, aber vielleicht ein kleiner Trost, dass es gar nicht soooo schlimm ist, nicht in die PKV zu kommen :-/

Beitrag von „*Eichhoernchen*“ vom 18. Januar 2015 12:43

Ich könnte mir vorstellen, dass sie sagen, dass sie bei bestimmten Vorerkrankungen bestimmte Leistungen ausschließen. Also wenn man eine psychische Erkrankung hatte, dass dann die Psychotherapie ausgeschlossen wird und nicht bezahlt. Auf so etwas würde ich mich allerdings NIE einlassen, da man nie weiß, was einem im Leben so passiert und was sie am Ende alles doch nicht bezahlen, wenn es ja eine Folge dieser Krankheit sein könnte etc.

Ansonsten stimme ich Chemie77 zu. Auch ich bin jetzt schon genervt und hatte noch gar keine größeren Erkrankungen 😞

Beitrag von „chilipaprika“ vom 18. Januar 2015 13:24

Ich würde mich auch nie auf einen Leistungsausschluss einlassen!

Ich habe im Ref in der gesetzlichen 205 Euro (Gym-Gehalt) bezahlt. Ist zwar nicht wenig, aber lieber das, als später horrenden Tarife wegen riesiger Zuschläge.

Bei der Öffnungsklausel MUSS die erste PKV einen nehmen, maximal 30% Zuschlag. Aber Achtung: es gilt nur, wenn man vorher noch nie privat versichert war.

chili

Beitrag von „unter uns“ vom 18. Januar 2015 14:33

[Zitat von chemie77](#)

Mal ganz abgesehen davon erschließt sich mir der Vorteil der privaten Krankenversicherung eh nicht unbedingt! Ich frage mich manchmal, ob ich nicht besser gesetzlich versichert geblieben wäre :-).

Sehe ich auch so. Wenn es jetzt schon Schwierigkeiten gibt (Risikozuschlag? klingt ziemlich grauenvoll), würde ich mir das mit der PKV doppelt überlegen, und vielleicht eher darüber nachdenken, eine wirklich gute gesetzliche Versicherung aufzutun. Soweit ich weiß, gibt es da ja auch Unterschiede.

Beitrag von „Friesin“ vom 18. Januar 2015 14:44

Zumindest *die* PKV käme dann für mich nicht mehr in Frage, Öffnungsklausel hin oder her.....

Beitrag von „chilipaprika“ vom 18. Januar 2015 14:49

[Zitat von unter uns](#)

Sehe ich auch so. Wenn es jetzt schon Schwierigkeiten gibt (Risikozuschlag? klingt ziemlich grauenvoll), würde ich mir das mit der PKV doppelt überlegen, und vielleicht eher darüber nachdenken, eine wirklich gute gesetzliche Versicherung aufzutun. Soweit ich weiß, gibt es da ja auch Unterschiede.

Tja, rechnet einfach ein bisschen nach...

Selbst mit nicht wirklich geringem Eintrittsalter (Mitte 30) und mit 30% Risikozuschlag bezahle ich knapp 300 Euro im Monat. Wäre ich in der gesetzlichen Versicherung würde ich knapp unter 600 Euro bezahlen...

und ja, ich traue der GKV nach und bin WIRKLICH NICHT vom PKV-System begeistert und überzeugt. Aber 300 Euro im Monat sind mir das nicht wert...

chili

Beitrag von „unter uns“ vom 18. Januar 2015 15:13

[Zitat von chilipaprika](#)

Tja, rechnet einfach ein bisschen nach...

[Zitat von chilipaprika](#)

Selbst mit nicht wirklich geringem Eintrittsalter (Mitte 30) und mit 30% Risikozuschlag bezahle ich knapp 300 Euro im Monat. Wäre ich in der gesetzlichen Versicherung würde ich knapp unter 600 Euro bezahlen...

Ja, alles schon richtig. Andererseits weiß niemand, wie sich die Beiträge in der PKV entwickeln werden und speziell für ältere Mitglieder entwickeln. Zusammen mit einigen anderen Unwägbarkeiten im System imho nicht ganz unproblematisch.

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 15:31

Ich sehe das ja genauso. Eine Kollegin von mir musste eine künstliche Befruchtung komplett selbst bezahlen!! Das muss man sich mal vorstellen. Das sind ja mehrere 1000 € (bin jetzt nicht im Bilde, wie teuer die ganze Sache am Ende geworden ist). Das könnte ich mir gar nicht unbedingt leisten, ohne einen Kredit aufzunehmen.

Ich bin privat versichert und finde auch, dass das mit vielen Nachteilen verbunden ist. Eine befreundete Ärztin von mir meinte, sie würde sich auch nicht privat versichern. Und sie als Ärztin muss es ja wissen...

Naja, nichtsdestotrotz würde ich als Beamter immer versuchen, von der privaten aufgenommen zu werden. Es sind und bleiben mindestens 300€ Unterschied - zumindest bei voller Stelle.

Beitrag von „Aktenklammer“ vom 18. Januar 2015 15:52

[Zitat von Sofie](#)

Ich sehe das ja genauso. Eine Kollegin von mir musste eine künstliche Befruchtung komplett selbst bezahlen!! Das muss man sich mal vorstellen. Das sind ja mehrere 1000 € (bin jetzt nicht im Bilde, wie teuer die ganze Sache am Ende geworden ist). Das könnte ich mir gar nicht unbedingt leisten, ohne einen Kredit aufzunehmen.

Ich bin privat versichert und finde auch, dass das mit vielen Nachteilen verbunden ist. Eine befreundete Ärztin von mir meinte, sie würde sich auch nicht privat versichern. Und sie als Ärztin muss es ja wissen...

Naja, nichtsdestotrotz würde ich als Beamter immer versuchen, von der privaten aufgenommen zu werden. Es sind und bleiben mindestens 300€ Unterschied -

zumindest bei voller Stelle.

ein Jahr lang die Differenz von 300 Euro gespart macht ja schon 3600 Euro -- da sehen die Kosten für die Reproduktionsmedizin schon anders aus.

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 15:57

Was willst du damit jetzt sagen?

Beitrag von „Aktenklammer“ vom 18. Januar 2015 16:01

Es wurde zuvor angeführt, dass die GKV reproduktive Maßnahmen (unter bestimmten Voraussetzungen) zahlt, während die PKV das (teilweise) nicht tut. Da aber die Differenz pro Monat z.B. 300 Euro sind, könnte man diese ja monatlich zurücklegen und dann bei einer solchen Maßnahme verwenden. In Kurzform: Die GKV zahlt solche Maßnahmen evtl. eher, aber dafür zahlt man auch höhere Beiträge. Und nicht jeder braucht diese Maßnahmen, hat also real gespart.

Auch eine GKV zahlt nicht unendlich viele Versuche und auch nur, wenn die Prognose günstig ist und die Partner in einer bestimmten Verbindung miteinander stehen (in der Regel verheiratet) und ein gewisses Alter nicht überschritten haben. Eine Bekannte hat - trotz der Leistungen der GKV - einen Kredit aufnehmen müssen bzw. musste am Ende noch andere Touren machen.

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 16:49

Ich würde auch trotzdem zur PKV raten, finde es aber dennoch ein Unding, dass die private PKV in vielen Fällen keine KB zahlt. Wenn für mich als Beamter PKV GKV gleich teuer wären, würde ich mich eher gesetzlich versichern. Aber das muss ja jeder selbst wissen - war ja auch nicht das ursprüngliche Thema...

Beitrag von „blabla92“ vom 18. Januar 2015 18:39

Bei KB ist die Lage recht komplex! Es ist nicht korrekt, zu sagen, die PKV bezahle nichts, aber die GKV bezahle sie. Es kommt a) auf den "Ehestand" an, b) auf die Frage, wie BEIDE Partner versichert sind, c) auf die "Verursacherfrage" und d) auf die Kulanz der jeweiligen Versicherung. Wenn man Glück hat, bezahlt die PKV viel mehr als die GKV. Die GKV und die Beihilfe gehen nach dem Körperprinzip, die PKV nach dem Verursacherprinzip,

Beispiel: Mann steril, Frau nicht. Mann GKV, Frau Beihilfe/PKV. GKV des Mannes zahlt nur, was am Körper des Mannes gemacht wird --> NICHTS außer Untersuchungen und Spermientnahme; Beihilfe zahlt Anteil dessen, was bei der Frau gemacht wird --> alles andere; PKV der Frau zahlt nichts, weil Frau ja nicht krank/zu heilen ist! --> Ehepaar zahlt fast alles selbst

Die GKV aber zahlt insgesamt maximal 3 Versuche der KB bei Verheirateten, wenn sie leistungspflichtig ist, davon einen gedeckelten Betrag (max. 50%!!!), und nur bis die Frau max. 39 ist; die PKV hat, sofern ihre Versicherungsbedingungen nichts ausschließen, länger zu zahlen, solange die Aussichten gut sind. Wenn die PKV zahlen muss, muss sie das großzügiger tun und auch länger. PKV zahle in vielen Fällen nicht, kann man definitiv nicht behaupten!

Falls jemand seine Entscheidung für/gegen GKV ausgerechnet davon abhängig machen möchte, hier wird das gut erklärt: <http://www.kinderwunsch-anwalt.de/tag/korperprin...ng-test-kosten/>
<http://kinderwunsch-recht.info/kostenubernahme/gesetzliche-krankenkasse/>

Beitrag von „Traci“ vom 18. Januar 2015 18:44

Zitat von chemie77

Mal ganz abgesehen davon erschließt sich mir der Vorteil der privaten Krankenversicherung eh nicht unbedingt! Ich frage mich manchmal, ob ich nicht besser gesetzlich versichert geblieben wäre :-).

Vielleicht hat man an ein paar Stellen bessere Leistungen in der privaten, aber ständig der Stress ob die Versicherung auch bezahlt, auch höhere Rechnungen erst mal auslegen und dann wochenlang auf die Erstattung warten und das gleich bei 2 Stellen, denn die Beihilfestelle ist da auch nicht besser. Die will immer weniger bezahlen und das ist irgendwo auch ein Nervenkrieg (vom Papierkrieg ganz zu schweigen).

Die Beiträge können in der privaten Versicherung auch innerhalb eines Tarifes über die Jahre extrem ansteigen...

Inzwischen denke ich ähnlich und bereue es fast, nachdem ich nun bereits ein Jahr lang wegen einer Zahnarztrechnung über 400 € (Kariesbehandlung, Schmerztherapie wegen Knirschens...) herum streite, diverse Anrufe, Wiederrufe usw. inklusive... Mir ging das so an die Nieren zwischendurch -dieser Nervenkrieg um vorgelegtes Geld-, dass ich einen Reizmagen davon bekommen habe. Auch der ganze Papierkram generell, das Vorstrecken von Geld, die hohen Versicherungsbeiträge usw usw. Und dann durfte ich jetzt noch kürzlich erfahren, nachdem ich fünf Wochen ausfiel, dass ich bei längerer Krankheit (6 Wochen) überhaupt kein Krankengeld erhalte, weil mich mein Berater wohl falsch beraten und dies nicht mitversichert hat, da ging mir der A. richtig auf Grundeis!!! Jetzt kann ich zu den 250 im Monat noch weitere Kohle einplanen, weil ich mich dahingehend auch absichern muss.

Abgeschlossen habe ich privat, weil ich im Ref damit sehr zufrieden war damals, aber nun gibt es nur Zoff um die Erstattungen, man sollte sich das wirklich sehr gut überlegen.

Ich bereue es fast schon- ehrlich.

Gruß Jenny

Beitrag von „*Eichhoernchen*“ vom 18. Januar 2015 19:00

Liebe Jenny, aber braucht man Krankengeld nicht eh nur als Angestellter, weil man volles Gehalt weiter bekommt? Auch wenn es länger als 6 Wochen Krankheit sind?

Beitrag von „Sofie“ vom 18. Januar 2015 20:59

[Zitat von blabla92](#)

Beispiel: Mann steril, Frau nicht. Mann GKV, Frau Beihilfe/PKV. GKV des Mannes zahlt nur, was am Körper des Mannes gemacht wird --> NICHTS außer Untersuchungen und Spermientnahme; Beihilfe zahlt Anteil dessen, was bei der Frau gemacht wird --> alles andere; PKV der Frau zahlt nichts, weil Frau ja nicht krank/zu heilen ist! --> Ehepaar zahlt fast alles selbst

So ist es wohl in dem Fall. Allerdings ist auch das nicht ganz korrekt, wie du es darstellst, denn die Beihilfe zahlt auch nichts, keinen Pfennig.

Beitrag von „blabla92“ vom 18. Januar 2015 22:15

Zitat von Sofie

So ist es wohl in dem Fall. Allerdings ist auch das nicht ganz korrekt, wie du es darstellst, denn die Beihilfe zahlt auch nichts, keinen Pfennig.

Äh, ja stimmt. Ich habe mir selbst widersprochen 🤔 denn gleiches Prinzip wie GKV und das wollte ich eigentlich auch schreiben?!?

Beitrag von „Sarek“ vom 24. Januar 2015 09:37

Zur Kostenfrage bei der Reproduktionsmedizin kann ich nichts sagen, habe aber bei der PK bisher gute Erfahrungen gemacht bei Zahnersatz und Sehhilfen. Ich habe noch den Zusattarif, der bei Zahnersatz alles übernimmt, was die Beihilfe nicht bezahlt, und habe bisher alle Kosten in diese Richtung voll erstattet bekommen. In der GK hätte ich das zum größten Teil selbst bezahlt. Auch bei Brille/Kontaktlinsen bekomme ich einen Großteil erstattet.

Monatlich liege ich mit derzeit Mitte 40 und Risikozuschlag insgesamt bei knapp 310€. Ich denke auch bisweilen an die hohen Beiträge, wenn ich alt bin, aber denkt daran, dass bei den Pensionisten die Beihilfe 70 % übernimmt, die PK also nur noch 30 %, und sich das natürlich auf die Beiträge auswirkt.

Sarek

Beitrag von „Irgendeiner“ vom 24. Januar 2015 10:50

Sofie: Ist zwar ein bisschen Off-Topic, aber [hier](#) haben ich und einige Kollegen dargelegt, warum wir in der GKV geblieben sind. Da sollte deine Freundin schon in Ruhe drüber nachdenken. So sie sich trotzdem für die PKV entscheidest, sollte sie sich auf die Öffnungsklausel berufen. Darauf wurde hier ja schon hingewiesen. Auch in diesem Fall muss Sie dann aber mit einem Aufschlag von 30% und AUsschlüssen rechnen. Gerade die AUsschlüsse widersprechen - in

meinen AÜGen - dem Zweck einer Versicherung. Sie soll ja gerade sicherstellen, dass ich im Fall einer Erkrankung (insbesondere bei schweren Erkrankungen und hohen Kosten) eine angemessene Versorgung habe. Wenn man mir dann sagt, dass bestimmte Sachen ausgeschlossen werden, ist das nicht mehr der Fall (in meinem Fall wäre es so gewesen). Bei der PKV würde ich dann aber darauf achten, dass es ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit und keine Aktiengesellschaft ist.

Nachtrag: Ich habe gerade nochmal gegoogelt. Wenn man die Öffnungsklausel in Anspruch nimmt, werden keine AUsschlüsse vorgenommen. Der Risikoaufschlag beträgt maximal 30%.

Quelle: [Hier](#)

Beitrag von „NRW-Lehrerin“ vom 24. Januar 2015 11:21

ich bin auch nur mit 30% zuschlag versichert worden. zahle, da wir mehrer kinder haben und ich daher 70% beihilfe habe, etwa 180E im monat.

ausschlüsse gab es natürlich keine.. das darf nämlich gar nicht.. allerdings kann es sein, dass du nicht alles bei der pkv versichern kannst.

mir hat man z.b. den beihilfergänzungstarif versagt.. schade.. für die paar cent hätte ich den gerne genommen.. aber was solls 😊

Beitrag von „hanuta“ vom 24. Januar 2015 11:24

dich, es gibt Ausschlüsse. Bei meiner Tochter ist Psychotherapie ausgeschlossen. (Dafür hat sie als einzige von uns 3 den Beihilfegänzungstarif)

Kuren sind bei den pkv fast immer ausgeschlossen.

Beitrag von „NRW-Lehrerin“ vom 24. Januar 2015 16:24

bei deinen kindern kann es zur gesundheitsprüfung kommen, wenn sie neu in die pkv wechseln. wenn sie sofort ab geburt bei der pkv versichert werden entfällt jegliche gesundheitsprüfung und es gibt keine ausschlüsse.. nur darf dein kind nie besser versichert werden als die eltern .