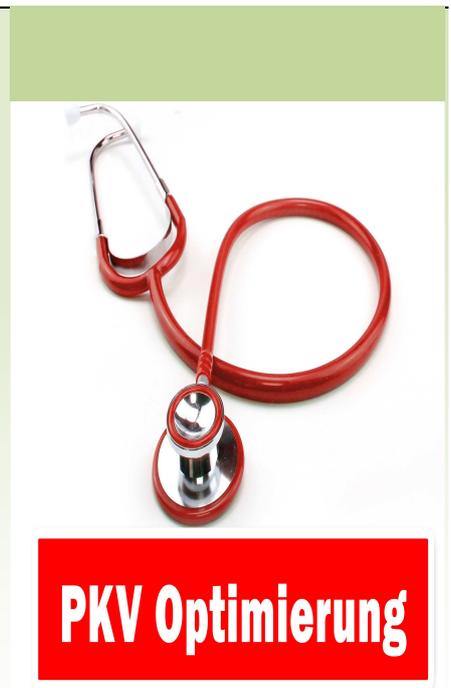


E-Book 6 Gründe für die PKV-Überprüfung



Was ist PKV-Tarifoptimierung

Der Begriff „PKV Tarifoptimierung“ ist eine künstliche Wortschöpfung, welche sehr häufig von Journalisten bei einschlägigen Presseartikeln zum Thema private Krankenversicherung verwendet wird. Gemeint ist ein Tarifwechsel innerhalb der bestehenden privaten Krankenversicherung nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Speziell langjährig privat Krankenversicherte können durch einen Wechsel in einen anderen Tarif ihrer PKV eine zum Teil erhebliche Beitragsreduzierung, ohne einen Verlust der Leistungsqualität, der privaten Krankenversicherung (kurz:PKV) erreicht werden.

Erklärung der Privaten Krankenversicherung

Private Krankenversicherung (PKV) schließt man individuell ab. Das heißt, jeder Versicherte zahlt seinen Beitrag je nach Alter, Geschlecht (seit 01.01.2013 geschlechtsneutral), Umfang der gewünschten Leistungen und Gesundheitszustand.

Im Beitrag für die jeweiligen Tarife sind auch Alterungsrückstellungen enthalten. Der Bedarf kann sich verändern und folglich der Leistungsumfang (zeitgleich auch der Beitrag) angepasst werden. Diverse Leistungseinschlüsse und -ausschlüsse können dies in erheblichem Maße direkt beeinflussen. Auch Risikozuschläge sind an der Tagesordnung, weil viele Versicherte bei Beantragung der Versicherung bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen teilweise mitbringen.

Inhalt

Artikelübersicht (Innenseite)

Definition „PKV-Tarifoptimierung	
Erklärung der Privaten Krankenversicherung	1
Fehler, die oft gemacht	3
Geeignete Berater	5
PKV-Tarife altern	6
5 Gründe	6
Lösungsansätze	7
Kosten	8
Zur freundl. Beachtung	8

Spezialartikel

Alterungsrückstellungen	2
Blockadepolitik	3
Einschüchterungstaktik	4
Chefarztbehandlung, Hilfsmittelkatalog, AHB	5
ARS kann man mitnehmen	6
§ 204 VVG	7

Alterungsrückstellungen

Die Private Krankenversicherung bildet gesetzlich vorgeschrieben Alterungsrückstellungen, um den höheren Krankheitskosten im Laufe des Alters entgegenzuwirken. Dadurch sollen die Beiträge nicht steigen. Je nach Kalkulation der Tarife werden diese Vorgaben verschieden umgesetzt. Man könnte auch vermuten, dass es je nach Versicherer auch verschiedene Philosophien gibt.

Beispielsweise steigen die Krankenhausleistungen zw. 30. und 80. Lebensjahr auf das Zehn- bis Zwölfwache.

Die Versicherer berücksichtigen dies in den Alterungsrückstellungen.

Es wird bei der Entwicklung eines neuen Tarifs je nach Eintrittsalter ein Monatsbeitrag für die gesamte Laufzeit berechnet. Die darin enthaltenen Alterungsrückstellungen sollen zukünftig höhere Leistungsausgaben und dadurch Beitragserhöhungen auffangen.

Zusätzlich zu den Alterungsrückstellungen gibt es seit dem 01.01.2000 den 10-prozentigen Gesetzlichen Zuschlag, weil der Gesetzgeber in der Vergangenheit gemerkt hat, dass die Mindestanforderungen für die Alterungsrückstellungen nicht ausreichend sind. Dieser Zuschlag wird zw. 22. und 61. Lebensjahr zusätzlich berechnet, verzinslich angesammelt und ab dem Alter 65 des Versicherten genutzt, dass der Beitrag konstant bleibt.

Zusätzlich zu den bereits genannten Kalkulationsbestandteilen kommen noch weitere Punkte hinzu.

Bereits bei Kalkulation der Tarife wird eine sogenannte Abgangsordnung kalkuliert, d.h. nichts anderes als wie viel von den Neuversicherten wirklich in der PKV ins Rentenalter kommen, also wie viele Versicherte ihre eigenen angesparten Alterungsrückstellungen auch benötigen. Da viele Privatversicherte diese bei den Gesellschaften lassen müssen, weil sie wieder in der Gesetzlichen KV pflichtversichert werden oder weil sie auswandern und deswegen aus dieser auch rausfallen, sind als Folge noch zusätzliche Alterungsrückstellungen in Form von Guthaben für die Versichertengemeinschaft vorhanden, was bereits kalkuliert ist, aber immer je nach Tarif und Gesellschaft unterschiedlich.

Dann ist es auch noch sehr entscheidend wie diese Rückstellungen über diese teilweise langen Zeiten verzinst werden. Allein bei Prozentzahlen nach dem Komma Verzinsungsdifferenz kommen bei diesen hohen Alterungsrückstellungen große Unterschiede beim dadurch vorhandenen Guthaben zustande.

Was passiert, wenn viele Versicherte nicht mehr zahlen können?



In Zeiten der Versicherungspflicht kommt ein zusätzlicher Punkt dazu. Denn wenn Versicherte nicht mehr zahlen können, dann kann die Gesellschaft nicht mehr kündigen. Sie kann diesen in den Basis-/Standardtarif nach einer Frist umstellen bzw. bei Erfüllung diverser Kriterien auf den Notlagentarif umstellen. Das Versichertenkollektiv haftet untereinander, was auch zu dramatischen Beitragserhöhungen führen kann.

Wenn dann gar nichts mehr geht, und der Tarif für das Neugeschäft nicht mehr konkurrenzfähig ist, wird dieser plötzlich geschlossen, d.h. es kommen keine weiteren Neukunden in diesen Tarif, es fehlen somit die jungen Kunden, die im Regelfall weniger Kosten verursachen.

Es werden neue Tarife ins Leben gerufen, die zudem meist ziemlich günstig sind. Die neuen gesunden Kunden sind hinterher in diesen Tarifen.

Bestandskunden wird so ein neuer günstiger Tarif meist nicht angeboten, da die Gesellschaft vor allem junge Neukunden werben will, die Bestandskunden sind ja bereits vorhanden. Und wenn diese neuen günstigeren Tarife den bestehenden Kunden auch angeboten werden würden, dann würden die Beiträge automatisch schneller steigen, die jungen Kunden noch die Gesellschaft wechseln, und vor allem bei den Bestands-Einnahmen erhebliche Beitragseinbußen hingenommen werden müssen.

In der Praxis kommt es auch mittlerweile sehr oft vor, dass die Selbstbeteiligung mit einem Nachtrag erhöht wird. Es gibt bei dieser Mitteilung oftmals über die Änderung keine Gegenüberstellung über die Änderung anhand von dem alten und neuen Betrag und ist meistens sehr klein geschrieben.

TIPP: Lesen Sie immer genau die Änderungsmitteilungen!!!



Blockadepolitik

Fehler, die oft gemacht werden

Wenn die Beiträge in der Vergangenheit immer wieder gestiegen sind, ist es an diese Punkt nur noch eine Frage der Zeit, wann der Privatversicherte irgendwann das Maß als voll sieht und verärgert ist. Spätestens an dieser Stelle wird er sich um Möglichkeiten, die er hat, umsehen.

Hier werden sehr schnell Fehler gemacht, da eine Kündigung oftmals schnell gehen muss und ist hierbei noch zusätzlich sehr oft von Emotionen beeinflusst.

Der Gesellschaftswechsel

Darauf sehen viele Versicherte nur noch den Ausweg zu wechseln.

Ein großer Fehler, der später viel Geld kosten kann!!!

Wie vorhin bereits beschrieben, sind das junge Tarife, die verschieden kalkuliert sind. Es kann sogar sein, dass der aktuelle Tarif, der zwar jetzt teuer ist, besser kalkuliert ist, aber dieser bereits 15, 20 oder mehr Jahre auf dem Markt ist und noch immer offen. Es gibt neue Tarife, die es als offene Tarife für Neukunden nicht lange gibt.

Des Weiteren muss man dort ganz neu anfangen, also auch ohne die bereits angesparten Alterungsrückstellungen (Ausnahme: Privatversicherte ab 1.1.2009, die einen Teil dieser Rückstellungen mitnehmen können).

Der Tarifwechsel bei der bestehenden Gesellschaft

Der häufigste Fehler wird hier gemacht. Gerne wird dazu geraten, dass diverse Leistungen, wie z.B. die Chefarztbehandlung, die statistisch gesehen viel Geld den Versicherer kosten, in einem Alter, wo die Kosten weitaus höher ins Gewicht fallen als in jungen Jahren, auf einmal vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Übrigens wissen auch viele Privatversicherte überhaupt nicht, was die Chefarztbehandlung überhaupt ist! Ein Irrtum ist hier, dass diese nur dem Chef-

Viele Versicherer blocken ab, wenn die Versicherten anfragen, in welche Tarife sie wechseln können.

Es wird schon auch gerne ein Tarif vorgeschlagen, der bereits geschlossen ist, und sicherlich gibt es einen Grund, wieso dieser geschlossen ist, soweit dies nicht mit der Einführung der Unisex-tarife zu tun hat.

Mit Hinhalte-techniken versuchen die Versicherer auch gerne, dass man nicht hartnäckig genug ist, und die Anfrage im Sande verläuft.

Ein Privatversicherer versuchte sogar einmal, aufgrund dem Gesundheitszustand den Wechsel abzulehnen. Das ist rechtlich nicht richtig, da nur ein Ausschluss oder Risikozuschlag vereinbart werden kann. Ein anderer Fall ging sogar bis zum Bundesverwaltungsgericht, was ein Verbot für einen Tarifstrukturzuschlag aussprach.

Wieso Privatversicherte scheitern, wenn sie in günstigere Tarife wechseln wollen

Einschüchterungstaktik

Da viele Privatversicherte meistens einen direkten Betreuer, als Vertreter der Gesellschaften haben, bekommen diese Ausschließlichkeitsvertreter oftmals mit, wenn im Auftrag des Kunden eine Anfrage hinsichtlich Tarifoptimierung von freien Beratern gestellt werden.

Wie wir mittlerweile wissen, tun das die Gesellschaften überhaupt nicht gerne, da dann diesen sehr viele Beitragseinnahmen bei gleichen Leistungen fehlen.

In der Höhe des Beitrags ist eine Bestandspflegeprovision enthalten, die dem Betreuer für diesen Vertrag zusteht. Je höher dieser Betrag ist, desto höher ist auch seine Bestandspflege.

Das gefällt dem Berater wie der Gesellschaft natürlich nicht.

Sehr oft wird dann versucht, „im Kundeninteresse“ die Leistungen des bestehenden und neuen Tarif zu vergleichen. Da es nie die identischen Tarife bei einer Gesellschaft gibt, also es Unterschiede immer gibt, besteht schnell die Möglichkeit, dass eine oder mehrere angeblich wichtige Leistung(en) im neuen Tarif nicht enthalten ist, die aber auch unerheblich sein kann. Es ist immer entscheidend, welches Kostenrisiko es gibt.

Es wird auch oft von Privatversicherten eine Meinung angenommen, dass Versicherer nach dem Tarifwechsel verärgert sind, und dann nicht mehr zahlen wollen.

arzt die Möglichkeit gibt, eine Rechnung zu schreiben, weil diese Chefarztbehandlung in Anspruch genommen wurde.

Ferner ist dies der Vorteil, wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Dazu zählt nicht nur ein Chefarzt, sondern auch Oberarzt, Belegarzt usw.

Dadurch wird nicht ein fester Betrag wie bei GKV-Versicherten von dem Versicherer bezahlt und versucht, dass der Patient nicht zu viel verbraucht (durch Einsatz von günstigen Materialien, wenig Tage Krankenaufenthalt) und von dieser Pauschale so viel wie möglich für das Krankenhaus übrigbleibt, sondern es können alle medizinisch notwendigen Dienstleistungen (einschl. Materialien) mit einer Ziffer nach der GOÄ abgerechnet werden.



Gesundheitsprüfung

Diese sollte man sehr ernst nehmen und lieber bei den eigenen Ärzten, die einen behandelt haben, kontaktieren und Rücksprache halten.

Hier besteht die Gefahr, bei nicht exakten Angaben, dass man innerhalb der ersten drei bis fünf Jahre folgende Risiken eingeht:

Beitragszuschläge,

Leistungsausschluss und

Umstellung in den teuren, leistungsschwachen Basistarif.

Dies kann bei einem Gesellschaftswechsel wie auch beim Wechsel innerhalb der Gesellschaft geschehen, da der eigene Versicherer nicht immer alle Unterlagen vorliegen hat, z.B. wenn die Rechnungen in einem Jahr die Selbstbeteiligung noch nicht übersteigt.

Standardtarif

Dieser ist für Privatversicherte, die bereits über 10 Jahre bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen sind, bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert waren und mind. 65 Jahre alt sind (hier gibt es Ausnahmen).

Ob dieser Tarif Sinn macht, muss jeder für sich entscheiden. Aber wenn man bereits viele Jahre privat versichert ist, ist ein Tarifwechsel sehr oft zum ähnlichen Beitrag mit besseren Leistungen möglich.

Basistarif

Seit 1.1.2009 sind alle Privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Basistarif anzubieten. Leistungsmäßig lehnen diese sich auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen an und folglich sind die Vorschriften aus dem fünften Sozialgesetzbuch gebunden.

Der Beitrag für einen erwachsenen Versicherten darf maximal aus dem Durchschnitt aller Höchstbeträge der gesetzlichen Krankenkassen betragen. Die beitragsfreie Familienversicherung ist ausgeschlossen.

Wechsel zurück in die GKV

Viele Privatversicherte vertreten die Meinung, dass sie sich erst privat versichern und dann später sich wieder in die Gesetzliche Pflichtversicherung begeben. Das hat den Vorteil als Erstes, dass man in jungen Jahren den günstigeren Beitrag einer Privatversicherung genießen kann und später, wenn die Beiträge steigen, man die später angeblich günstigere Variante einer Gesetzlichen Krankenversicherung wieder in Anspruch nehmen kann.

Sicherlich gibt es diesen Weg, aber beinhaltet auch Nachteile.

Leider wird in der Praxis immer wieder die PKV gemacht, um Geld zu sparen.

Das sollte aber nie der Grund sein, sondern die Vorteile, die eine Private Krankenversicherung bietet.

Wenn man für immer die Beiträge der PKV und GKV (eingerechnet mit Zusatztarifen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich) vergleicht, dann fährt man mit der PKV immer besser. Der Beitrag hier würde bei der GKV schnell auf ca. 1.000,- hochgehen, inkl. Zusatztarifen, d.h. auch bei Mitversicherung von Kindern ist man nicht grundsätzlich bei der Gesetzlichen Krankenkasse besser aufgehoben.

Es gibt auf jeden Fall verschiedene Möglichkeiten, dass man wieder in die GKV zurückkommt, wenn auch nur bedingt, aber wenn das 55. Lebensjahr vollendet ist, dann ist diese Tür zu.

Viele langjährig Privatversicherte sollten Ihre gesetzlichen Möglichkeiten von einem Fachmann prüfen lassen, denn aus der Erfahrung heraus, macht ein Wechsel beim aktuellen Versicherer mehr Sinn. Und die letzte Alternative ist immer noch der Basistarif bzw. Standardtarif möglich. Bei beiden letzten Varianten zahlen viele nach Umstellung unter 300 Euro.

Wer sind geeignete Berater?

Die Vertreter der Gesellschaften sind -wie der Name schon sagt - Erfüllungshelfer der jeweiligen Gesellschaft. Da diese die Interessen der Versicherer zu vertreten haben, dürfen sie - wenn sie überhaupt die Möglichkeit kennen, da auch von der Gesellschaft geschult - diese gesetzliche Gegebenheit gar nicht anbieten.

Freie Berater sind gesellschaftsneutral und dadurch unabhängig. Allgemein gesehen sind diese zumindest schon einmal keine Interessenvertreter der Versicherer. Allerdings sind deren Möglichkeiten unterschiedlich.

Versicherungsberater sind ein guter Weg. Diese sind verpflichtet, unabhängig zu sein. Sie dürfen immer nur beratend tätig sein.

Es gibt Versicherungsmakler, die sich auf dieses Thema spezialisiert haben. Ohne Spezialisierung bei diesem komplexen Thema könnte es fatale Folgen haben, wenn der Berater nicht mit dem speziellen Hintergrundwissen vertraut ist.

Umfangreiches Wissen im Bereich Private Krankenversicherung ist unbedingt notwendig, denn die Leistungsunterschiede müssen genau klar sein, wie auch der Umgang und Umsetzung der gesetzlichen Möglichkeiten.



Freie Arztwahl - umgangssprachlich: Chefarztbehandlung

Jede medizinische Dienstleistung nach Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) möglich.

Sonst nur die Gesetzliche Variante, nach Sachleistungsprinzip, Fallpauschale (nur günstige Materialien) usw.

Hilfsmittelkatalog

Zwischen einfacher und hochwertiger Ausführung großer Unterschied.

Dieser sollte umfangreich sein, denn es können schnell bei Bedarf Rechnungen im 5-stelligen Bereich zusammenkommen. (z.B.

Beinprothese einfach 500-600 Euro, hochwertig: 20.000 bis 30.000 Euro.

Anschlussreha (AHB)

Für eine Anschlussheilbehandlung müssen schnell 30.000 bis 60.000 Euro aus eigener Tasche bezahlt werden, wenn dies nicht Vertragsbestandteil ist.



Auch PKV-Tarife altern

Auch Tarife in der Privaten Kalkulation des Tarifs nicht ganz richtig Krankenversicherung werden älter war, steigen bereits deswegen schon die und mit ihnen ihre Versicherten. Beiträge. Dann werden Tarife auch immer Dies liegt vor allem an der ständig wieder geschlossen, weil diese für steigenden Lebenserwartung sowie am Neukunden unattraktiv werden. Dadurch Kaufkraftverlust (Inflation) und kommen keine jungen gesunden Kunden Kostensteigerungen im mehr dazu und das Versichertenkollektiv Gesundheitswesen, die oftmals wird immer schlechter. Es gibt aber noch deutlich über der allgemeinen genügend neue bzw. nicht so alte Tarife, Teuerungsrate liegen. deren Versichertenkollektiv noch Wenn sich herausstellt, dass die ausgewogen gut ist. Genau diese Tarife ursprüngliche finanzmathematische gibt es herauszufinden.

Je mehr Versicherte das Versichertenkollektiv belasten, weil Sie hohe Behandlungskosten verursachen, desto mehr wird der Beitrag steigen!!!

„Alterungsrückstellungen kann man mitnehmen, oder?“

1. Privatversicherte vor 1.1.2009

Eine Mitnahme der Alterungsrückstellungen ist grundsätzlich nicht möglich, wenn man den Versicherer wechselt.

2. Privatversicherte ab 1.1.2009

Eine Mitnahme der Alterungsrückstellungen ist nur im Umfang des Basistarifs möglich, wenn man den Versicherer wechselt.

Bei einem Tarifwechsel innerhalb der Gesellschaft kann man diese aber in voller Höhe mitnehmen und anrechnen lassen.

5 Gründe für eine Tarifoptimierung

Beitragsvorteil von durchschnittlich 40 %
(bis zu 70% auch möglich)

Garantierte Aufnahme durch gesetzlichen Anspruch gesichert

100% Erhalt Ihrer Alterungsrückstellungen

Teilweise bessere Leistungen
(identische Leistungen auf jeden Fall möglich)

Sie bleiben beim aktuellen Versicherer
(Keine Kündigung erforderlich!)

Ohne Gesundheitsprüfung möglich



Lösungsansätze

Um festzustellen, ob es sich um einen geeigneten Berater mit reichlich Vorkenntnissen und dem notwendigen Know-How, könnten man sich von diesem Unterlagen von bereits abgewickelten Kunden zukommen lassen. Faire, seriöse Berater machen das gerne und nehmen sich auch Zeit für den Kunden, auch wenn dieser am Anfang etwas skeptisch ist.

Folgende Vorgehensweise wäre angebracht und notwendig:

Diagnose der aktuellen Situation

Zuerst ist der IST-Zustand wichtig. Dazu zählen aktuelle Tarife, ob auch alle Leistungen derzeit bereits enthalten, die gewünscht sind. Sehr oft glauben Privatversicherte, dass sie eh alles bekommen. Das ist nicht so. Des Öfteren glauben diese sogar Versicherungsleistungen zu bekommen, aber diese dann nicht Vertragsbestandteil sind.

Es gibt heutzutage sehr gute Softwares, die auch alle alten Tarife beinhalten.

Ein genauer Blick kann nicht schaden. Die wichtigsten Leistungen, die man selber auf jeden Fall haben möchte, sind sehr wichtig für den Berater für seine Arbeit.

Wenn man die Versicherungsleistungen verbessern will, ist auch der aktuelle Gesundheitszustand von entscheidender Bedeutung.

Arbeit des Beraters (Kommunikation mit dem Versicherer)

Hier kommt der entscheidende Faktor, nachdem der Berater davon Kenntnis hat, was für den Kunden wichtig ist.

Die Umsetzung kann bis zu ca. 6 Monaten dauern, da es je nach Ausgangssituation mal mehr, mal weniger Schriftverkehr, Erklärungsbedarf usw. gibt.

Es gibt sehr viele verschiedene Ergebnisse bei einer Tarifoptimierung, weil viele voneinander unabhängige Aspekte gleichzeitig zum Tragen kommen.

§ 204 VVG

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart



Kosten für eine Tarifoptimierung

Versicherungsberater arbeiten auf festem Honorar, egal ob sie Erfolg haben bei der Umstellung oder nicht. (Sollte kein passender Tarif gefunden werden, der identisch ist mit den Leistungen des aktuellen Tarifs und Sie sich Beiträge durch die Umstellung sparen.

Versicherungsmakler arbeiten meist erfolgsorientiert, d.h. wenn für den Kunden kein Tarif gefunden wird, in dem er gewillt ist auch zu wechseln, ist die Dienstleistung komplett kostenfrei. Andernfalls berechnet sich das Erfolgshonorar von der Beitragsersparnis.

Zur freundlichen Beachtung

Dieses Werk ist durch das Urheberrecht geschützt. Zuwiderhandlungen werden straf- und zivilrechtlich verfolgt. Ohne schriftliche Genehmigung des Autors ist jegliche – auch auszugsweise – Vervielfältigung und Verbreitung nicht gestattet, sei es

in gedruckter Form,

durch fotomechanische Verfahren,

auf Bild- und Tonträgern,

auf Datenträgern aller Art.

Außer für den Eigengebrauch ist untersagt: das elektronische Speichern, insbesondere in Datenbanken und das Verfügbar machen für die Öffentlichkeit zum individuellen Abruf, zur Wiedergabe auf Bildschirmen und zum Ausdruck beim jeweiligen Nutzer. Dies schließt auch Podcast, Videostream usw. ein.

Die Informationen in diesem Werk spiegeln die Sicht des Autors aufgrund eigener Erfahrungen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dar. Bitte beachten Sie, dass sich gerade im Internet die Bedingungen ändern können.

Sämtliche Angaben und Anschriften wurden sorgfältig und nach bestem Wissen und Gewissen ermittelt. Trotzdem kann von Autor und Verlag keine Haftung übernommen werden, da (Wirtschafts-) Daten in dieser schnelllebigen Zeit ständig Veränderungen ausgesetzt sind. Insbesondere muss darauf hingewiesen werden, dass sämtliche Anbieter für ihre Angebote selbst verantwortlich sind. Eine Haftung für fremde Angebote ist ausgeschlossen. Gegebenenfalls ist eine Beratung bei einem Anwalt, Wirtschafts- oder Steuerberater angeraten.