

Infoblatt zum Thema

PKV-Tarifwechsel

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1982 dafür ein, Verbraucherrechte gegenüber Politik, Staat und Versicherungslobby zu vertreten. Er ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und mit seinen rund 45.000 Mitgliedern eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands. Der BdV finanziert sich über die Beiträge seiner Mitglieder und erhält keine öffentlichen Zuwendungen. So kann er sich überparteilich und unabhängig von politischer Einflussnahme als Interessenvertreter für Versicherte einsetzen.

Der BdV ► **informiert Verbraucher*innen** zu privaten Versicherungen und Altersvorsorge-Themen.

► **setzt sich für Versicherte ein** – aktiv auf politischer Ebene und offensiv über Verbandsklagen.

► **unterstützt seine Mitglieder** bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen und bietet ihnen die Möglichkeit, bestimmte private Risiken über Gruppenversicherungen und Gruppenrahmenverträge abzusichern.

In diesem Infoblatt finden Sie die wichtigsten Informationen zum Thema „PKV-Tarifwechsel“.

Auf der nächsten Seite finden Sie **das Wichtigste auf einen Blick**.

Das Wichtigste auf einen Blick

Allgemeiner Hinweis: Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie unter <https://www.bunddersicherten.de> bereit – dabei behalten wir uns jederzeit inhaltliche Änderungen vor. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen. Das Infoblatt gibt den aus der Fußzeile ersichtlichen Stand wieder, sofern nicht abweichend kenntlich gemacht. Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierungshilfe geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen.

Sie sind zum Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gesetzlich verpflichtet, wenn Sie in Deutschland einen Wohnsitz haben und weder

- 1) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, noch
- 2) Anspruch auf Heilfürsorge oder vergleichbare Ansprüche haben und
- 3) keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben.

Wenn Sie PKV-versichert sind, ist für Sie entscheidend, ob die versicherten Leistungen Ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind.

Privatversicherte haben einen gesetzlichen Anspruch, jederzeit in andere Tarife ihres Versicherers zu wechseln. Hierdurch können sie ihren Versicherungsschutz verbessern. Die bis dahin erworbenen Rechte und Altersrückstellungen werden beim Wechsel innerhalb des Versicherers komplett mitgenommen. Wenn die Leistungen im angestrebten Tarif höher oder umfassender als im bisherigen Tarif sind, kann der Versicherer für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag und insoweit eine Wartezeit verlangen. Der Risikozuschlag und eine Wartezeit können abgewendet werden, indem hinsichtlich der Mehrleistungen ein Leistungsausschluss vereinbart wird.

Ein Tarifwechsel ist aber nur sehr eingeschränkt dazu geeignet, eine Prämienersparnis zu erzielen. Im Vordergrund sollte immer ein hohes Leistungsniveau stehen. Das gilt auch für Pflegezusatzversicherungen, insbesondere Pflegetagegeldversicherungen, wenn für bestimmte Pflegegrade ein höherer finanzieller Bedarf besteht als der aktuelle Tarif leistet. Ein Tarif sollte mindestens die BdV-K.-o.-Kriterien erfüllt (siehe hierzu die Abschnitte 5 und 6).

Für Fragen rund um private Versicherungen, Altersvorsorge und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Gasstr. 18 – Haus 4
22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 (für Mitglieder)
Telefon: +49 40 – 357 37 30 98 (für Nichtmitglieder)
Fax: +49 40 – 357 37 30 99
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Stephen Rehmke

Inhalt

- 1. Warum erhöht der Krankenversicherer die Prämien?**
- 2. Warum ist ein Wechsel des privaten Krankenversicherers nicht empfehlenswert?**
- 3. Warum ist es wichtiger, den Versicherungsschutz zu verbessern anstatt Prämien zu sparen?**
- 4. Diese Tarifmerkmale sind entscheidend**
- 5. Diese Kriterien sollte ein Krankheitskostenvollversicherungstarif erfüllen**
- 6. Diese Kriterien sollte ein Pflagegeldtarif erfüllen**
- 7. Wer kann einen Tarifwechsel unterstützen?**

1. Warum erhöht der Krankenversicherer die Prämien?

Die Berechnung der Prämien in der privaten Krankenversicherung folgt dem sogenannten Äquivalenzprinzip: „Ein Euro Prämie für ein Euro Leistung“. Der Versicherer vergleicht jährlich die im Voraus angenommenen Versicherungsleistungen mit den tatsächlich erforderlichen Versicherungsleistungen. Ergibt sich aus dieser Gegenüberstellung eine Abweichung von zehn Prozent, ist das Unternehmen gesetzlich verpflichtet, die Prämie soweit zu erhöhen, wie es sich aus dem geänderten Leistungsbedarf ergibt. Die Versicherungsbedingungen können jedoch vertraglich eine geringere Abweichung – von beispielsweise fünf Prozent – vorsehen, damit eine Prämienanpassung früher erfolgen kann. Dabei können auch Selbstbehalte angepasst werden.

Ein weiterer Grund für eine Prämienanpassung ist die Sterbewahrscheinlichkeit der versicherten Personen. Sinkt diese, so steigt die Lebenserwartung und der Versicherer muss länger leisten als ursprünglich kalkuliert. Auch das wird jedes Jahr überprüft. Ergibt sich aus dieser Überprüfung eine Abweichung von fünf Prozent, muss das Unternehmen die Prämien entsprechend dem zu erwartenden geänderten Leistungsbedarf erhöhen.

Wenn einer dieser beiden sogenannten „auslösenden Faktoren“ eintritt, muss der Versicherer darüber hinaus alle Rechnungsgrundlagen prüfen und im erforderlichen Umfang anpassen – dazu gehört auch der Rechnungszins (anders als bei Lebensversicherungsverträgen gibt es in der privaten Krankenversicherung keinen „Garantiezins“). Stellt das Unternehmen bei dieser Überprüfung fest, dass es den Rechnungszins für die Zukunft nicht halten kann, muss es ihn entsprechend anpassen. Aktuell sind Absenkungen des Rechnungszinses bei allen Unternehmen die Regel. Dieser Zinseffekt verstärkt die Prämienanpassung ganz massiv, weil der Versicherer mehr Kapital für die Alterungsrückstellungen bilden muss.

Die Rechtsvorschriften zur Prämienanpassung gelten für alle Kranken- und Pflegeversicherungstarife mit Alterungsrückstellungen und damit auch für entsprechende Kranken- und Pflegezusatzversicherungen.

2. Warum ist ein Wechsel des privaten Krankenversicherers nicht empfehlenswert?

Von einem Wechsel der Versicherungsgesellschaft raten wir grundsätzlich ab. Wer seinen Krankenversicherungsvertrag bereits vor 2009 abgeschlossen hat, würde bei einem Wechsel die bis dato aufgebauten Alterungsrückstellungen komplett verlieren. Personen, die nach 2009 der privaten Krankenversicherung beigetreten sind, erhalten zwar ihre Alterungsrückstellungen

übertragen, jedoch nur in eingeschränktem Umfang (im Umfang des Basistarifs). Je nach Tarif sind auch hier erhebliche Verluste zu erwarten.

Zusätzlich stellt Ihnen der Versicherer Fragen zum Gesundheitszustand, da alle Anträge für eine Krankheitskostenversicherung sehr hohe Anforderungen an die Gesundheit des Antragsstellers stellen. Ein Versicherungsunternehmen kann dann zum Beispiel aufgrund inzwischen aufgetretener Krankheiten Ihren Antrag nur zu erschwerten Bedingungen annehmen (Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) oder sogar vollständig ablehnen. Zudem würde das höhere Eintrittsalter zu einer höheren Prämie führen. Außerdem gilt: Je später der Wechsel zu einem anderen Versicherer erfolgt, desto kürzer ist der Zeitraum, in dem wieder Alterungsrückstellungen neu aufgebaut werden können.

Allgemeiner Hinweis: Ein Wechsel der Versicherungsgesellschaft sollte nur in Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Sie erst seit kurzer Zeit bei einer Gesellschaft versichert und kerngesund sind. Spielen Sie mit dem Gedanken, den Versicherer zu wechseln, sollten Sie sich vorher am besten anbieterunabhängig beraten lassen, ob ein solcher Unternehmenswechsel ausnahmsweise für Sie eine geeignete Lösung darstellen kann.

3. Warum ist es wichtiger, den Versicherungsschutz zu verbessern anstatt Prämien zu sparen?

Privatversicherte haben einen gesetzlichen Anspruch darauf (§ 204 Versicherungsvertragsgesetz), jederzeit in andere Tarife ihrer Versicherungsgesellschaft zu wechseln. Hierdurch können sie ihren Versicherungsschutz verbessern. Die bis dahin erworbenen Rechte und Altersrückstellungen werden beim Wechsel innerhalb der Versicherungsgesellschaft mitgenommen. Wenn die Leistungen im angestrebten Tarif besser als im vorherigen Tarif sind, kann das Versicherungsunternehmen allerdings für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag oder eine Wartezeit verlangen. Der Risikozuschlag und eine Wartezeit können abgewendet werden, indem hinsichtlich der Mehrleistungen ein Leistungsausschluss vereinbart wird.

Bei einem Tarifwechsel sollte immer ein hohes Leistungsniveau im Mittelpunkt stehen, welches mindestens die vom BdV festgelegten K. o.-Kriterien erfüllt (siehe hierzu den Abschnitt 5.).

Dies gilt v. a. auch für Pflegezusatzversicherungen, insbesondere Pflegetagegeldversicherungen. Wenn Sie feststellen, dass Sie für bestimmte Pflegegrade einen höheren finanziellen Bedarf für

Pflegetagegeldleistungen haben als Ihr aktueller Tarif leistet, kann ein Tarifwechsel sinnvoll sein. Beachten Sie auch hier die BdV-K. o.-Kriterien für die Pflegetagegeldversicherung in Abschnitt 6.

Allgemeiner Hinweis: Während die Reduzierung der Leistungen durch einen Tarifwechsel innerhalb derselben Versicherungsgesellschaft immer erfolgen kann, hängt eine später benötigte Leistungsverbesserung von dem dann aktuellen Gesundheitszustand ab. Auch eine Reduzierung der Selbstbeteiligung wird in der Regel vom Versicherer als eine Mehrleistung angesehen, folglich kann auch hier eine Gesundheitsprüfung verlangt werden. Ergebnis kann sein, dass die bisherige Selbstbeteiligung nach einem Tarifwechsel bestehen bleibt.

BdV-Tipp: Lassen Sie sich nicht darauf ein, einen Tarifwechsel ausschließlich oder vorrangig zur Prämiensparnis durchzuführen. Eine Krankenversicherung gehört zu den wichtigsten Absicherungen – deshalb sollte für Sie immer im Vordergrund stehen, ein Leistungsniveau zu versichern, das mindestens die BdV-K.-o.-Kriterien (siehe Abschnitt 5) erfüllt.

Können Sie durch einen Tarifwechsel bei gleichen Leistungen dauerhaft Prämien sparen?

Es gibt keine Belege dafür, dass ein Tarifwechsel langfristig zu einer geringeren Prämienzahlung ohne Leistungsverzicht führt. Dies hat im wesentlichen drei Gründe:

Wenn ein Tarif bei gleichen Leistungen günstiger ist, bedeutet das lediglich, dass dieser Tarif

1. zunächst zu „optimistisch“ kalkuliert ist oder dass das Kollektiv zufällig kurzzeitig überdurchschnittlich gesund ist. Es ist wahrscheinlich und realistisch, dass die Prämie des neuen Tarifs in den kommenden Jahren ebenfalls angepasst wird.
2. Ein Tarif kann deshalb günstiger sein als Ihr aktueller Tarif, weil keiner der in Abschnitt 1 angesprochenen auslösenden Faktoren in jüngerer Vergangenheit zu einer Prämienanpassung geführt hat. Deshalb konnte der Versicherer auch den Rechnungszins noch nicht absenken. Das hat zwangsläufig zur Folge, dass er eine Anpassung in der Zukunft durchführen muss – ebenfalls mit der Konsequenz, dass das Absenken des Rechnungszinses die nächste Prämienanpassung deutlich verstärkt.
3. Wenn ein Tarif weniger Alterungsrückstellungen bildet, ist er ebenfalls prämiengünstiger. Dies hat dann aber den gravierenden Nachteil, dass er im Alter ein höheres Prämienniveau hat als ein Tarif mit höheren Alterungsrückstellungen.

Es ist naheliegend und wahrscheinlich, dass die anfänglich erzielte Ersparnis wegfällt oder sich ins Gegenteil verkehrt, sodass Sie schon mittelfristig mehr Prämie zahlen als im vorherigen Tarif. Wenn Sie dann – um Prämien zu sparen – einen erneuten Tarifwechsel vornehmen und auf Leistungen verzichten, geraten Sie in eine Abwärtsspirale hinsichtlich des Leistungsumfangs, weil durch den sich üblicherweise mit zunehmenden Alter verschlechternden Gesundheitszustand die Vereinbarung von Mehrleistungen immer schwieriger wird.

Besonderer Hinweis: Wenn Sie Leistungen reduzieren möchten, sollten das ausschließlich Leistungen sein, die über die BdV-K. o.-Kriterien hinausgehen, wie z. B. bei der Krankheitskostenvollversicherung privatärztliche Behandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus.

Über diesen Weg haben Sie die besten (und oftmals die einzigen) Möglichkeiten, die Prämie nachhaltig zu senken.

Warum kommt es während des Tarifwechsels zu Problemen?

Der Tarifwechsel ist sehr komplex. Privatversicherte erhalten von ihrem Versicherer zur Ausübung dieses Rechts eine Flut von Informationen. Hierzu gehören insbesondere die eigens angeforderten Tarifalternativen und die Vertragsbestimmungen.

Nach Vollendung des 60. Lebensjahres muss der Versicherer noch verpflichtend bestimmte weitere Informationen geben. Diese umfassen auch Angebote für den Basis- und den Standardtarif. Ferner Angebote für die Tarife, die im abgelaufenen Geschäftsjahr den größten Neuzugang an Versicherten hatten.

Da sich gezeigt hat, dass sich die Versicherungsgesellschaften mit der Durchführung eines Tarifwechsels schwertun, hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) spezielle Leitlinien entwickelt. Mit diesen verpflichten sich viele private Krankenversicherer, bestimmte Regelungen beim Tarifwechsel einzuhalten. Diese Leitlinien haben aus Sicht des Verbraucherschutzes allerdings eine große Schwäche: Der Versicherer wählt geeignete Tarife für die Versicherungsnehmer*innen aus und zeigt nicht alle nötigen Informationen auf, so fehlen z. B. Angaben zum Rechnungszins. Ob den Versicherungsnehmer*innen dabei tatsächlich vorteilhafte weitere Tarife aufgezeigt werden, ist nicht nachvollziehbar und daher intransparent.

4. Diese Tarifmerkmale sind entscheidend

Bei einem Tarifwechsel sollten Sie drei wesentliche Punkte berücksichtigen:

1. Wenn Sie Leistungen reduzieren möchten, sollten das ausschließlich Leistungen sein, die über die BdV-K.-o.-Kriterien hinausgehen, wie z. B. (bei der Krankheitskostenvollversicherung) privatärztliche Behandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus.
2. Ziehen Sie ausschließlich solche Tarife in Betracht, die **nicht** mit einem höheren Rechnungszins kalkuliert sind als Ihr aktueller Tarif – idealerweise sollten Sie sich auf Tarife mit einem niedrigeren Rechnungszins beschränken.

Es gibt Versicherer, die diesen Zahlenwert regelmäßig in ihrer jährlichen Prämienmitteilung ausweisen. Wenn Ihr Versicherer den Rechnungszins nicht ausweist, haben Sie noch zwei weitere Möglichkeiten:

- 1) Fragen Sie beim Versicherer nach, welchen Rechnungszins er für Ihren Tarif aktuell angesetzt hat.
- 2) Wenden Sie sich an jemanden, der auf die Beratung zum PKV-Tarifwechsel spezialisiert ist (siehe hierzu unten Abschnitt 7).

Wenn ein Ermitteln des Rechnungszinses nicht möglich ist, sollten Sie für sich sorgfältig abwägen, ob Sie dennoch einen Tarifwechsel vornehmen möchten und ggf. davon Abstand nehmen.

3. Sind Sie aktuell in einem Bisex-Tarif (geschlechtsabhängig kalkuliert) versichert, sollten Sie den Wechsel in einen Unisex-Tarif (geschlechtsunabhängig kalkuliert) sorgfältig prüfen und die Vor- und Nachteile abwägen. Bisex-Tarife dürfen seit dem 21.12.2012 im Neugeschäft nicht mehr angeboten werden. Ein Wechsel in Bisex-Tarife ist weiterhin zulässig, solange Sie nicht bereits in einem Unisex-Tarif versichert sind.

5. Diese Kriterien sollte ein Krankheitskostenvollversicherungstarif erfüllen

Der BdV hat zur Ermittlung von Tarifempfehlungen in diversen Versicherungssparten die **BdV-K.-o.-Kriterien** entwickelt.

Wenn Sie eine private Krankenversicherung abschließen möchten, erfüllt ein guter Tarif diese Kriterien.

Das sollen die **BdV-K.-o.-Kriterien** leisten:

Das sollen sie **nicht** leisten:

Sie beziehen sich auf den Neuabschluss eines Vertrages.

Sie sind zur Bewertung eines Altvertrages nicht immer geeignet.

Sie bewerten den Versicherungsschutz eines Tarifs gemäß seiner Versicherungsbedingungen.

Sie haben nichts mit der Prämienhöhe des empfohlenen Tarifs zu tun.

Sie bilden einen allgemeinen Mindeststandard ab.

Sie sollen nicht aufzeigen, was der marktweit umfangreichste Versicherungsschutz leistet.

Sie orientieren sich daran, was ein durchschnittlicher Verbraucher von einem guten Versicherungsprodukt dieser Sparte mindestens erwarten kann.

Sie sind nicht auf den konkreten Einzelfall oder die Individualberatung zugeschnitten, d. h. sie sollen nicht vorgeben

- wann der Abschluss eines Versicherungsprodukts der jeweiligen Sparte grundsätzlich zu empfehlen ist,
- welcher Versicherungsschutz Vorrang haben sollte.

Für diese Sparte haben wir außerdem **sinnvolle Kriterien** ergänzt. Es sind Leistungen, die (neben den BdV-K.-o.-Kriterien) gesonderte Risiken absichern. Prüfen Sie vor Vertragsabschluss, ob diese Risiken bei Ihnen eintreten können und Sie sie ebenfalls absichern möchten.

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Krankenversicherung – ambulante Heilbehandlung

- Es wird für Hilfsmittel ohne prozentuale oder preisliche Summenbegrenzung geleistet – möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage der Versicherungsgesellschaft.
- Der Tarif leistet für Hilfsmittel ohne Einschränkung, bspw. auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführung.
- Sämtliche Hilfsmittel werden ohne abschließende Aufzählung erstattet (= offener Hilfsmittelkatalog).
- Alle Heilmittel werden ohne abschließende Aufzählung übernommen (= offener Heilmittelkatalog). **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Tariflich wird für Logopädie und Ergotherapie, möglichst ohne Einschränkung, geleistet.
- Ambulante ärztlich durchgeführte Psychotherapie wird auch ohne vorherige Genehmigung durch die Versicherungsgesellschaft erstattet – und möglichst ohne Sitzungszahlbegrenzung. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Ambulante Psychotherapie im Delegationsverfahren (von Ärzt*in auf Psychotherapeut*in) ist erstattungsfähig.
- Ambulante Psychotherapie durch Psychotherapeut*innen im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wird erstattet.
- Aufwendungen für ambulante Rehabilitation sind unter bestimmten Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erstattungsfähig. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Die Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlung sind mindestens erstattungsfähig, sofern diese innerhalb einer tariflich festgelegten Frist nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird und kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann – und möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherungsunternehmens. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.

- Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind mindestens zu 100 Prozent bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der für die Aufwendung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
- Kosten für häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Behandlungspflege) sind erstattungsfähig, zumindest nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherungsunternehmens.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf die Leistungseinschränkung für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort („Verzicht auf Kurortklausel“).
- Erstattet werden mindestens die Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der ständigen Kommission des Robert-Koch-Instituts (StIKo) empfohlen werden.
- Erstattet werden im ambulanten Bereich: Gebühren über die Regelhöchstsätze (bis zu 2,3fach) hinaus – bis zum Höchstsatz (3,5fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- Ambulante Transportkosten und Fahrten sind bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit von und zum nächsterreichbaren und für die Behandlung geeigneten Arzt erstattungsfähig.
- Kosten für den ambulanten Transport und Fahrten für Hin- und Rückfahrt zu Bestrahlungen, Chemotherapie und Dialyse sind erstattungsfähig, möglichst ohne Summenbegrenzung.

Sinnvolle Kriterien für die private Krankenversicherung – ambulante Heilbehandlung

- Leistungen für ambulante Kuren sind mitversichert.
- Es sind auch Leistungen für Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik vorgesehen.

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Krankenversicherung – stationäre Heilbehandlung

- Bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige Genehmigung durch das Versicherungsunternehmen nicht vorgeschrieben. Eine Begrenzung von Behandlungstagen besteht nicht. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.

- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für stationäre Versorgung in einem Hospiz mindestens zu 100 Prozent bis zu der Höhe, der für die Aufwendung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
- Aufwendungen für eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig ohne vorherige Genehmigung durch das Versicherungsunternehmen, sofern die AHB innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach der stationären Akutbehandlung angetreten wird und wenn kein anderer Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitation sind erstattungsfähig, sofern sie nicht von einem gesetzlichen Reha-Träger übernommen werden – und möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherungsunternehmens. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Geleistet wird für stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne vorherige schriftliche Zusage durch das Versicherungsunternehmen. Eine Beschränkung auf bestimmte Fallgruppen ist marktüblich: Die Versicherungsgesellschaft muss mindestens leisten bei Notfalleinweisung, wenn die gemischte Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes ist oder, wenn während des Krankenhausaufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.

Sinnvolle Kriterien für die private Krankenversicherung – stationäre Heilbehandlung

- Leistungen für privatärztliche Behandlungen („Chefarztbehandlung“) werden auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOÄ hinaus erstattet.
- Stationäre Kurleistungen sind vor allem sinnvoll für Selbständige und Freiberufler*innen, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind (ggf. sind diese über einen separaten Kurtarif abzusichern).

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Krankenversicherung – Zahnbehandlung und Zahnersatz

- Die Kosten für Zahnbehandlung sind mindestens zu 75 Prozent erstattungsfähig.
- Tariflich werden mindestens 50 Prozent der Kosten für Implantate, Prothesen, Brücken, Kronen und Inlays sowie kieferorthopädische Behandlungen erstattet.

- Mindestens für acht Implantate pro Kiefer erfolgt eine Erstattung der Kosten zu 50 Prozent.
- Es erfolgt keine Summenbegrenzung mehr nach Ablauf der ersten Versicherungsjahre mit Höchstbeträgen (Zahnstaffel). D. h. über die gesamte Laufzeit des Vertrages sind keine Höchsterstattungsbeträge (generelle Summenbegrenzung) vorgesehen.

Allgemeiner Hinweis: Für beihilfeberechtigte Beamt*innen ergeben sich die oben genannten Prozentsätze für die Mindestabsicherung aus der Addition der prozentualen Erstattung des jeweiligen privaten Restkostentarifs und des Beihilfebemessungssatzes.

Weitere relevante Punkte über die Kriterien hinaus

Neben den Leistungskriterien können weitere Punkte relevant werden, wie z. B. der Rechnungszins, die Prämienentwicklung in der Vergangenheit und die langfristige Tarifkontinuität.

6. Diese Kriterien sollte ein Pfl egetagegeldtarif erfüllen

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Pfl egetagegeldversicherung

- Das Versicherungsunternehmen leistet, wenn die Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die private Zusatzversicherung übernimmt die Definition der Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung.
- Die Versicherungsgesellschaft leistet in allen fünf Pflegegraden.
- Das Versicherungsunternehmen leistet bei ambulanter und stationärer Pflege.
- Wenn Angehörige oder Freund*innen pflegen (sog. Laienpflege), dürfen die Leistungen dafür nicht niedriger sein, als bei einer professionellen Pflege.
- Der Vertrag sieht keine Karenzzeit oder Wartezeit vor. Beides ist nachteilig, weil Sie im Pflegefall erst nach Ablauf dieses Zeitraums Leistungen erhielten.

- Eine regelmäßige Erhöhung der versicherten Leistung, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit, sollte vereinbart werden können. (sog. Prämiendynamik).
- Gleiches gilt, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beziehen, also die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist (als sogenannte Leistungsdynamik).
- Der Versicherungsschutz besteht beim vorübergehenden Auslandsaufenthalt weltweit fort.
- Auch bei dauerhaftem Umzug ins Ausland besteht – weltweit – weiterhin Versicherungsschutz.
- Das Versicherungsunternehmen leistet auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung.
- Während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen erbringt die Versicherungsgesellschaft ebenfalls ihre Leistungen.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

Sinnvolle Kriterien für die private Pfl egetagegeldversicherung

- Das Versicherungsunternehmen verzichtet bei vorübergehendem oder dauerhaftem Verzug ins Ausland auf Untersuchungen im Inland, oder es trägt zumindest in einem bestimmten Umfang etwaige Mehrkosten für den von ihm beauftragten Sachverständigen im Ausland.
- Nachversicherungsrecht: Bei Heirat, Geburt oder Adoption eines Kindes können Sie – ohne erneute Gesundheitsprüfung – das Pfl egetagegeld erhöhen.
- Weitere Nachversicherungsrechte – ohne erneute Gesundheitsprüfung – sind auch bei weiteren Ereignissen wie Erwerb einer Immobilie, Scheidung oder erstmaliger Bezug einer Alters-, BU- oder EU-Rente möglich. Je nach Tarif variieren die versicherten Ereignisse, sodass eine genaue Prüfung dieser erforderlich ist.

7. Wer kann einen Tarifwechsel unterstützen?

Aufgrund der Komplexität eines Tarifwechsels, ist eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema erforderlich. Erste Anlaufstelle für einen Tarifwechsel sollte Ihr Versicherer sein, denn er

ist gesetzlich verpflichtet, Sie zu beraten, wenn Sie mit einem Tarifwechselwunsch an ihn herantreten. Im Falle einer fehlerhaften Beratung macht er sich schadensersatzpflichtig.

Besonderer Hinweis: Verlangen Sie von Ihrem Krankenversicherer eine Beratung gemäß § 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Eine Beratung und Begleitung kann auch durch Spezialist*innen erfolgen: Dies betrifft v. a. die Unterstützung bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen.

Viele private Krankenversicherer erhöhen regelmäßig ihre Prämien spürbar, sodass der Tarifwechsel-Markt sehr dynamisch wächst. Es ist nicht immer einfach, hier eine kompetente Beratung zu finden. Nachfolgend zeigen wir Ihnen die wesentlichen Unterschiede bei der Vergütung auf.

Erfolgsabhängiges Honorar

Versicherungsmakler bieten gegen ein erfolgsabhängiges Honorar ihre Unterstützung an. Versicherungsberatern hingegen ist diese Vergütungsform verboten. Erfolgsabhängig bedeutet, dass das Honorar nur zu bezahlen ist, wenn ein Tarifwechsel tatsächlich durchgeführt wurde. Die Höhe des Honorars richtet sich nach der Höhe der monatlichen Ersparnis. Diese wird dann mit einem vorher vereinbarten Faktor multipliziert.

Im Durchschnitt verlangen diese Anbieter das Acht- bis Zehnfache der monatlichen Ersparnis zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer.

Beträgt die Ersparnis nach einem Tarifwechsel beispielsweise 250 Euro pro Monat, wird ein Honorar von 2.000 Euro bis 2.500 fällig. Diese Honorarhöhe entspricht demnach etwa der Ersparnis eines Versicherungsjahres.

Scheitert der Tarifwechsel beispielsweise aus Mangel an günstigeren Tarifvarianten, ist in der Regel keine Vergütung an den Versicherungsmakler zu zahlen.

Bei diesem Vergütungsmodell besteht die Gefahr, dass die Dienstleister vorrangig die Prämienlast senken wollen. Dies geht häufig einher mit der Reduzierung der Leistungen im neuen Tarif. Das Ergebnis kann eine hohe Ersparnis sein, meistens jedoch nur in Verbindung mit Leistungseinbußen. Es gilt also: je höher die Ersparnis, desto höher das Honorar.

Häufig verlangen die Anbieter auch dann eine Honorierung, wenn lange Zeit nach dem Ende der Dienstleistung ein Wechsel in einen der vorgeschlagenen Tarife stattfindet.

Erfolgsunabhängiges Honorar

Versicherungsberater rechnen nach einem Pauschalhonorar oder einem vorher fest vereinbarten Stundensatz ab. Der Stundensatz beträgt erfahrungsgemäß für Privatkund*innen etwa 100 Euro bis 150 Euro pro Stunde, zzgl. gesetzlicher Umsatzsteuer. Wird ein Zeitaufwand von sechs bis acht Stunden pro Tarifwechsel unterstellt, beträgt das Honorar bei einem Stundensatz von 100 Euro netto also 714 Euro bis 952 Euro brutto.

Das Honorar wird in jedem Falle fällig, unabhängig davon, ob die/der Versicherungsnehmer*in in einen anderen Tarif wechselt oder nicht. Das Honorar hängt somit nicht von einem erfolgreichen Tarifwechsel ab. Das ist positiv und vorzugswürdig gegenüber einem erfolgsabhängigen Honorar, da der Berater hier nicht einem wirtschaftlichen Zwang unterliegt, Ihnen einen Tarifwechsel zu empfehlen.

Ähnlich gestaltet sich die Beratung zum Tarifwechsel durch Verbraucherzentralen. Die Beratung erfolgt gegen ein vorher fest vereinbartes Honorar. Die Honorarhöhe muss individuell bei den Verbraucherzentralen nachgefragt werden.

Auch der Bund der Versicherten e. V. (BdV) bietet seinen Mitgliedern die Möglichkeit der Tarifwechselberatung gegen ein vorher fest vereinbartes Honorar in Höhe von 570 Euro inkl. Umsatzsteuer. Die Beratung erfolgt durch die BdV Verwaltungs GmbH (BVG), welche als Versicherungsberaterin zugelassen ist. Dieses Angebot beinhaltet neben einer umfassenden neutralen Beratung den kompletten Schriftwechsel mit dem Krankenversicherer und die Bewertung von alternativen Tarifangeboten.

Außerdem haben BdV-Mitglieder die Möglichkeit, sich im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zu Fragen hinsichtlich eines Tarifwechsels – ohne zusätzliche Kosten – beraten zu lassen. Dazu erhalten die Mitglieder einen Leitfaden inklusive Musterbriefen, anhand dessen sie einen Tarifwechsel selbst durchführen können.