

EBOOK!  
**INTERNER  
TARIFWECHSEL.  
IN ACHT  
SCHRITTEN  
ERFOLGREICH  
GESTALTEN!**



**KVOPTIMAL.DE  
GMBH**



**AUTORIN  
ANJA GLORIUS**

# VORWORT

ANJA GLORIUS

---

Herzlich willkommen in unserem kostenfreien E-Book „Interner Tarifwechsel in acht Schritten erfolgreich gestalten!“

Sie haben sicherlich schon mal darüber nachgedacht, wie schön es wäre, wenn die private Krankenversicherung langfristig bezahlbar oder beitragsstabil bliebe. Vielleicht sind Sie bei dem Wechsel in die private Krankenversicherung sogar davon ausgegangen und haben mit moderaten Beitragserhöhungen gerechnet. Die letzten Jahre haben dazu geführt, dass Sie eine neue Sichtweise zu diesem Thema bekommen haben.

Wie soll ich das denn später bezahlen? Wo soll das hinführen? Den meisten Versicherten wird nach den ersten Beitragserhöhungen schnell klar, dass sich der Beitrag der privaten Krankenversicherung ca. alle 20 Jahre verdoppelt und damit wird offensichtlich, dass die PKV ohne die richtigen Instrumente langfristig nicht bezahlbar sein wird.

Eines der wichtigsten Instrumente bei der langfristigen Bezahlbarkeit der privaten Krankenversicherung ist der interne Tarifwechsel. So sparen Kunden bei gleichem Leistungsniveau Beiträge und reduzieren ihre Kosten zur PKV. Private Krankenkversicherer stehen dem Thema skeptisch gegenüber, boykottieren es auch nach Jahrzehnten teilweise noch aktiv.

Was Sie tun können, um einen Tarifwechsel zu gestalten, auf was Sie achten müssen und welche Fehler Sie auf jedem Fall vermeiden müssen, erfahren Sie auf den folgenden Seiten von mir als Branchenkennerin, PKV Expertin mit 20-jähriger Berufspraxis und ebenfalls PKV Versicherten - Anja Glorius.

# INHALT

---

Was ist der interne Tarifwechsel innerhalb der PKV überhaupt?.....	3
Wie funktioniert der Tarifwechsel?.....	5
In acht Schritten zum Tarifwechsel! .....	7
1. Überblick verschaffen.	
2. Tarife recherchieren.	
3. Tarif auswählen.	
4. Willenserklärung abgeben   Gesundheitsprüfung!	
5. Störfall Versicherer!	
6. Risikozuschlag.	
7. Mehrleistungsverzicht	
8. Finish.	
Vermeiden Sie die klassischen fünf Fehler beim internen Tarifwechsel! .....	17
1. Der Fragebogen schränkt die Auswahl ein.	
2. Tarifwechselleitlinie wird überbewertet	
3. Angebote bei Beitragserhöhung.	
4. Aufgeben – Hartnäckigkeit zahlt sich aus.	
5. Ungeduld.	
Was es jetzt noch für Sie zu tun gibt?.....	20
First Things First-Strategie - damit die PKV ein Leben lang funktioniert .....	21

# WAS IST DER INTERNE TARIFWECHSEL INNERHALB DER PKV ÜBERHAUPT?

Den Versicherer störrisch zu wechseln bei steigenden Prämien war gestern. Jeder private Krankenversicherer hat zwischen 40-620 unterschiedliche Tarfkombinationsmöglichkeiten über alle Tarifwelten verteilt. Beim Abschluss Ihrer privaten Krankenversicherung haben Sie aktiv einen Tarif ausgesucht. Sie haben sich ausführlich mit Leistungen beschäftigt und einen Preis vereinbart. In den folgenden Jahren stiegen allerdings die Kosten. Ihnen steht seit Jahrzehnten die Möglichkeit offen, innerhalb Ihrer bestehenden privaten Krankenversicherung den Tarif zu wechseln. Ohne erneute vollständige Gesundheitsprüfung, ohne Verlust der Altersrückstellung und vieler weitere Vorteile.

Der Gesetzgeber definiert den internen Tarifwechsel in §204 Abs. 1 Nummer 1 VVG abschließend.

Schauen wir uns den Wortlaut etwas genauer an.



FACHBEREICHSLEITER  
KRANKENVERSICHERUNG  
MARCEL LIESEGANG

Schauen wir uns den Wortlaut etwas genauer an.

- Es muss sich um gleichartigen Versicherungsschutz handeln

Mit gleichartigem Versicherungsschutz ist gemeint, dass die gleichen Bereiche versichert sind. Versicherungsschutz ist hier mit ambulant, stationär und dental definiert. Kunden, die heute also nur stationäre und ambulante Leistungen versichert haben, haben Kraft Gesetz aus dem §204 VVG keinen Anspruch auf einen Tarifwechsel in einen Kompakttarif, welcher dentale Leistungen umfasst. Gerade Kunden, die nach sehr altem Recht versichert sind und nur den stationären Versicherungsbereich versichert haben, stehen hier vor einer zunächst

unlösbarer Aufgabe.

- Erworbene Altersrückstellung und Rechte

Erworbene Rechte und auch Altersrückstellung müssen voll übertragen werden. Die Altersrückstellungen bleiben also erhalten. Haben Sie im alten Tarif mehr Altersrückstellung als für den neuen Tarif in Ihrer Alterskohorte (Gruppe von Kunden einer bestimmten Altersgruppe) nötig gebildet, dann wird die überschüssige Altersrückstellung voll beitragsmindernd angerechnet. Die erworbenen Rechte können beispielsweise zurückgelegte Versicherungszeiten in Bezug auf Zahnstaffeln sein oder leistungsfreie Jahre wegen der erfolgsabhängigen Beitragsrück-erstattung. Auch diese bleiben erhalten.

- Gesundheitsprüfung bei umfassenderen Leistungen

Der Versicherer formuliert hier klar, dass er bei höheren oder umfassenderen Leistungen den Anspruch hat, die Leistungsverbesserungen auszuschließen oder einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen. Hier gibt es vorbildliche Versicherer, aber auch solche, die konsequent alle Leistungsverbesserungen ablehnen. Damit sind Kunden im schlimmsten Fall immer im ursprünglich gewählten Tarif

versichert und können nicht mehr von medizinischem Fortschritt, der in neuen Tarifen häufig inkludiert ist, profitieren.

- Mehrleistungsverzicht

Kunden, denen ein Risikozuschlag angeboten wird, können diesen abwenden, indem sie freiwillig auf Verbesserungen des neuen Tarifes verzichten.

Zu allen hier schon dargestellten Themen werden wir in den kommenden Kapiteln Praxiserfahrungen und -tipps für Sie bereitstellen.

# WIE FUNKTIONIERT DER TARIFWECHSEL?

Der Versicherer ist zum internen Tarifwechsel gesetzlich verpflichtet. Darüber hinaus gibt es Versicherer, die sich der Tarifwechselleitlinie des PKV Verbandes angeschlossen haben. Um zu verstehen, warum es den internen Tarifwechsel gibt und warum dies für Sie auch zwingend nötig ist, machen wir eine gemeinsame kleine Exkursion in die Systematik der PKV im Verhältnis zur GKV.

## **Exkursion:**

Die gesetzliche Krankenversicherung erhebt die Beiträge einkommensabhängig. Die Leistungen werden nicht fest vertraglich vereinbart, sondern sind im Sozialgesetzbuch vereinbart. Das heißt sie unterliegen im Wandel der Zeit auch Änderungen. Aktuelles Beispiel der Praxis ist, dass der „Check-up 35“ beispielsweise nicht mehr alle zwei Jahre, sondern nur noch alle drei Jahre bezahlt wird. Für die Leser, die in der dritten Phase des Lebens, der Rente, angekommen sind: Sie kennen



LEITER BETREUUNG  
KRANKENVERSICHERUNG  
BERT M. KOTZAN

sicherlich auch noch das Sterbegeld, das bis 2003 bezahlt wurde. Alles Leistungskürzungen.

Die private Krankenversicherung dagegen vereinbart die Prämie fest zu Beginn der Versicherung. Dabei spielen Eintrittsalter und Gesundheit eine Rolle. Bis 2012 spielte auch noch das Geschlecht eine Rolle. Seit 2013 gibt es jedoch geschlechtsneutrale Tarife – Frauen zahlen genauso viel wie Männer. Die Einstufung folgt den Logiken „je älter – je teurer“ und „mehr Vorerkrankungen – mehr Prämie“. Im Prinzip ist dieser vereinbarte Beitrag für den Rest Ihres Lebens in der Höhe festgelegt. Allerdings gibt es dennoch Beitragserhöhungen, weil Sie durch medizinischen Fortschritt länger leben und dadurch höhere Kosten im System

produziert werden, die Kosten im Allgemeinen für das Gesundheitswesen steigen und sich gegebenenfalls die geplante Verzinsung Ihrer gebildeten Altersrückstellung reduziert. Dies haben gerade Kunden seit 2017 zu spüren bekommen. Kunden im gleichen Tarif werden in unterschiedlichen Alterskohorten (Altersgruppen) zusammengefasst gerechnet. Auch wenn es um Beitragserhöhungen geht. Diese Zusammenfassung von Kunden für die Berechnung nennt man Kollektiv (Versicherungsgruppe). So kann es sein, dass Kunden, die 50 Jahre alt sind, eine hohe Anpassung bekommen und 40-Jährige eine geringere.

Schließt man eine PKV ab, erhält man ein festes Vertragswerk, auf das man sich berufen kann. Sie haben also einen festen Leistungskatalog. Allerdings können auch kaum Leistungsverbesserungen nachgefasst werden. Deswegen haben Kunden in sehr alten Tarifen häufig auch keine Hospizleistungen oder häusliche Krankenpflege versichert. Dies war damals noch kein Thema. Der Versicherer darf nur Leistungsänderungen am Tarif vornehmen, wenn diese die Leistung verbessern und beitragsneutral (also die Kosten nicht verändern) kalkuliert werden können. Bei vielen wichtigen Dingen ist dies nicht möglich. Der interne Tarifwechsel ist dann häufig die einzige Möglichkeit, um noch auf

aktuellem Leistungsstand versichert sein zu können.

Kunden, die Beitragserhöhungen bekommen, beschäftigen sich häufig auch mit einem Versichererwechsel und/oder internen Tarifwechsel. Sie verlassen also ihr Versichertenkollektiv. Üblicherweise wechseln nur Kunden den Versicherer, die noch bei guter Gesundheit sind und in der Regel unter 45 Jahre alt sind. Ist der Tarif bereits geschlossen, also für neue Kunden nicht mehr zugänglich, werden alle gemeinsam älter, aber die Gruppe wird immer kleiner. Einfach gesprochen nennt man dies „Vergreisung“. Dies sorgt in der Praxis für überproportionale Beitragserhöhungen, da man dem Tarif die Diversifikation von Risiken entzieht.

Versicherer haben viele unterschiedliche Tarife. Haben Sie den für sich richtigen Tarif gefunden, teilen Sie dies dem Versicherer mit. Dieser ist nun verpflichtet, Sie ab dem ersten Tag des Folgemonats im neuen Tarif zu versichern. Ihre Altersrückstellung werden auf den neuen Zieltarif überführt und Sie erhalten bei geänderten Leistungen ggf. eine neue Versicherungskarte. Gäbe es den internen Tarifwechsel nicht, wären flächendeckend Kunden von neuen Leistungen wie zum Beispiel Hospizleistungen, Palliativversorgung, Soziotherapie, Kryotechnik und neuen Hilfsmitteln abgeschnitten.

# IN ACHT SCHRITTEN ZUM TARIFWECHSEL!

## 1 | Überblick verschaffen

Zuerst sollten Sie recherchieren, wie viele alternative Tarifkombinationen Ihr Versicherer hat. So können Sie schon recht gut abschätzen, wie viel Zeit und Mühe sie investieren sollten. Die Menge ist sehr unterschiedlich und schwankt zwischen 40 und 620 Tarifkombinationen. Die DKK hat durch diverse Zukäufe von Anbietern die größte Tarifvielfalt und ist damit für Kunden aus meiner Sicht maximal undurchsichtig. Häufig hilft es, den Ausgangstarif mit einer Suchmaschine zu suchen. Portale, die über die Tarifleistungen Ihres heutigen Tarifes informieren, haben häufig auch ein umfangreiches Tarifverzeichnis. So kommen Sie in der Regel ein ganzes Stück weiter, um zu wissen, wo Sie stehen und können auf unabhängige Quellen vertrauen. Wichtig: Hat Ihr Versicherer ein Portal, in dem Sie alternative Tarife recherchieren können, seien Sie erst mal auf der Hut. Häufig schränken Sie durch unwich-



FACHBERATERIN  
KRANKENVERSICHERUNG  
YVONNE WENDICKE

tige Leistungsmerkmale die Auswahl extrem ein und kommen so nicht zum gewünscht besten Ergebnis.

## 2 | Tarife recherchieren

Wenn Sie Ihre heutigen Leistungen definiert haben, sollten Sie dies bei existenziellen Themen als Mindestkriterien festlegen. Zu engmaschig sollten Sie es dabei nicht definieren, da Sie sich sonst bei den möglichen Tarifen stark einschränken. Gerade bei Versicherern, die mit Plattformen arbeiten, in denen der Kunde selbst den Tarifwechsel berechnet und recherchiert, erleben wir häufig, dass man dadurch relevante Möglichkeiten nicht in Betracht zieht, da die wirtschaftliche Auswirkung nicht klar ist. Ein Beispiel:



- Die Allianz hat den Tarif AMP90 und den Tarif AMP90P. Diese unterscheiden sich nur darin, dass der Tarif AMP90P die Vereinbarung zur Einhaltung des Primärarztprinzips innehat. Also eher eine bürokratische Hürde als eine Leistungslücke. Der Kunde muss bei jeder Erstkonsultation (wir empfehlen die Erneuerung der Überweisung nach 6 Monaten) eine Überweisung eines Allgemeinarztes ohne Fachkennung vorweisen und geht dann zum Facharzt, außer bei Augenarzt, Zahnarzt, Gynäkologen und Bereitschaftsärzten. Kunden sparen hier häufig 80-100 EUR monatlich. Mit einem Rechner, der anhand der Wünsche den Beitrag berechnet, kommt diese Option aber nie in Kundensicht, da er einstellt, dass er freie Arztwahl wünscht. Da er aber bis zu 1.200 EUR sparen könnte, wäre das durchaus interessant.

Sie sollten sich eine Liste mit den Leistungsmerkmalen anlegen. Folgen Leistungspunkte sind aus meiner Sicht erst mal relevant:

- Ambulant
  - Behandlung
  - Gebührenordnung
  - Arznei- und Verbandmittel
  - Heilmittel
  - Hilfsmittel
  - Transportkosten

- Vorsorgeuntersuchungen
- Schutzimpfungen
- Häusliche Krankenpflege
- Hospizleistungen
- Rehabilitationsmaßnahmen / Kurleistungen
- Stationär
  - Unterbringung
  - Arztwahl
  - Gebührenordnung
  - Privatkliniken
  - Transportkosten
  - Rehabilitationsmaßnahmen / Kurleistungen
  - Hospizleistungen
- Dental
  - Zahnbehandlung
  - Prophylaxe
  - Zahnersatz
  - Implantate
  - Knochenaufbau
  - Gebührenordnung
  - Heil- und Kostenplan
  - Summenbegrenzung
  - Material- und Laborkostenliste

Wichtig könnten auch weitere Themen sein, dies hängt von Ihren persönlichen Präferenzen ab.

- Weltgeltung
- Auslandsrücktransport
- Regelung für Rooming-in bei Kindern
- Zusatzleistungen für Eltern in Elternzeit und Kinderkrankengeld

- Heilpraktiker, Hufelandverzeichnis und Naturheilverfahren
- Sozialtherapie
- Kryotechnik
- Künstliche Befruchtung
- Präventivmaßnahmen
- Beitragsrückerstattung pauschal oder erfolgsabhängig
- Optionsrechte
- Vereinfachte Umwandlungsoptionen für Selbstbehalt und Leistungsverbesserung

Nun, wo Sie die Liste erstellt haben, lesen Sie in Ihrem Tarif je Punkt die Leistung nach.

Die Leistung der Krankenversicherung lesen Sie aus drei Teilen Vertragsbedingungen. Sie beginnen mit den MB/KK – Musterbedingungen. Diese gelten für alle Krankenversicherungen. Dann lesen Sie die AVB – Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese gelten für Ihren Versicherer. Im Anschluss lesen Sie noch die TB – Tarifbedingungen, diese gelten dann noch für Ihren Tarif. So ergibt sich je Leistungspunkt die genaue Erstattung in Bezug auf Ihren Tarif.

Ich weiß, der Zeitaufwand ist groß, allerdings lohnt es sich, die Bedingungen genau zu lesen. Meiner Erfahrung nach ist es am einfachsten, mit einer gedruckten Version und

einem Textmarker die Bedingungen durchzugehen. Am relevantesten sind dabei die Leistungen und Leistungseinschränkungen. Die restlichen Passagen kann man auch gut noch in einem PDF mit der Abfrage STRG+F und Schlagwörtern vorantreiben.

Haben Sie Ihr Leistungsniveau gefunden, sollten Sie anhand der %-Grenze des Zahnersatzes und der stationären Leistung (Regelleistung oder Wahlleistungen) die Tarife des Versicherers in einem Verzeichnis ([www.kvoptimal.de](http://www.kvoptimal.de) hat diese Verzeichnisse hinterlegt) recherchieren und alle Tarife notieren. Diese sollten Sie beim Versicherer anfragen.

#### **Exkursion:**

Entscheidend für den Zugriff auf die Tarifkombinationen ist die Tarifwelt, in der der Tarif besteht. Sind Sie also bereits in der Tarifwelt ab 2008 versichert, könnten Sie auf die Tarife der Alten Welt vor 2008 und älter nicht mehr zugreifen.

In welcher Welt sind Sie versichert?

- Alte Welt – Tarife bis zum Jahr 2007, geschlechtsabhängig kalkuliert ohne teilweise Portierbarkeit der Altersrückstellung
- Neue Welt – Tarife von 2008-2012, geschlechtsabhängig kalkuliert mit teilweiser Portierbarkeit der Alters-

rückstellung

- Unisexwelt - Tarife seit 2013, geschlechtsneutral kalkuliert mit teilweiser Portierbarkeit der Altersrückstellung

### 3 | Tarif auswählen

Jetzt beginnt die zeitintensive Phase. Sie haben vermutlich 15 bis 20 Tarife recherchiert, um etwas Auswahl zu haben. Da eben neben der Leistung auch Themen wie Preis, Beitragsstabilität und Produktwelt eine Rolle spielen, ist es wichtig, keine schnelle Entscheidung zu erwarten oder übermäßig schnelle Fortschritte.

Unserer Erfahrung nach ist es sinnvoll, erst einmal alle Tarife in ein Raster zu bringen. Die Liste dafür haben Sie bereits im letzten Punkt „Tarife recherchieren“ erstellt. Sie nehmen nun je Tarif die MB/KK, AVB und TB und ermitteln so zu jedem Leistungspunkt die Erstattung des jeweiligen Tarifes.

#### **Praxistipp:**

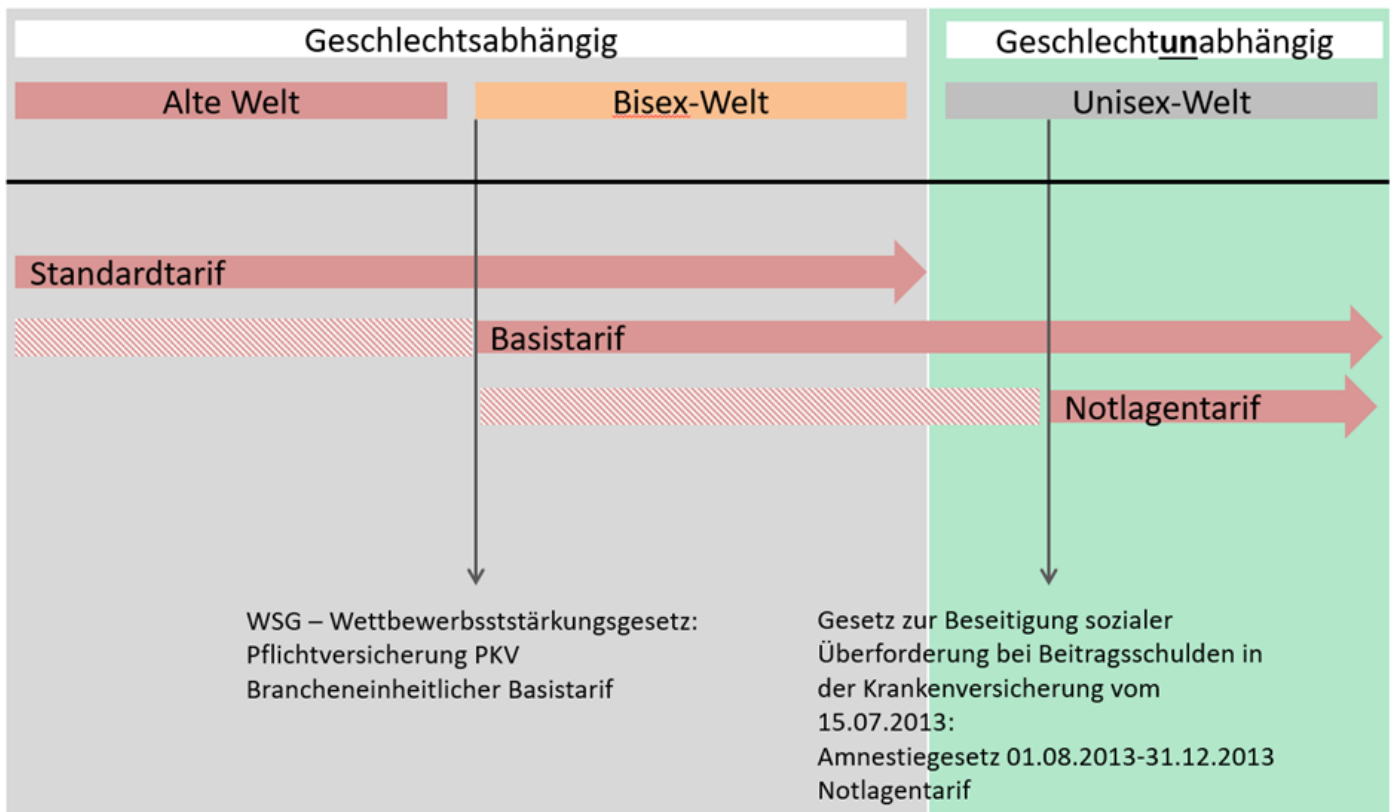
Folgende Leistungsthemen sollten Sie sich noch genauer anschauen

- Heilmittel (Themen: Was gilt als Heilmittel? Sind auch die Leistungserbringer mit drin? Nur Bademeister reicht beispielsweise nicht aus? Gibt es Höchstsätze, die fix vereinbart sind?)

- Hilfsmittel (Themen: Geschlossener oder offener Hilfsmittelkatalog? Wenn es ein geschlossener Hilfsmittelkatalog ist, welche Hilfsmittel sind ganz konkret versichert? Gibt es Einschränkung in Ausführung bsp. Standardausführung, Bezug bsp. über den Versicherer oder der Höhe nach bsp. Hörgeräte je Ohr 750 EUR)
- Gebührenordnung (unter dem 3,5fachen Höchstsatz der Gebührenordnung für ambulante und dentale Leistungen sollten Sie nicht versichert sein)

Zusätzlich sollten Sie sich über die Beitragsentwicklung des Tarifes informieren. Wurde er in den letzten zwei bis drei Jahren nicht erhöht, wird dies sicherlich im kommenden Jahr der Fall sein. Die Ersparnis sollte entsprechend hoch sein, um die neue Beitragserhöhung abzufedern und es dennoch attraktiv zu halten. Eine weitere große Rolle spielt die Tarifwelt, in der der Tarif angesiedelt ist.

Tarife der Unisex-Welt haben den Vorteil, dass noch neue und damit vermutlich junge Kunden in den Tarif dazu kommen. Die Tarife gibt es schon seit fast zehn Jahren, es liegt also bei der Beitragsbetrachtung durchaus eine gewisse Planbarkeit vor.



Quelle: KVoptimal.de GmbH – Anja Glorius

Allerdings können Sie dann nicht mehr auf geschlossene Tarife der Bisex-Welten zugreifen. Bei einigen Versicherern sind die Unisex-Tarife im Leistungsniveau so hoch angesiedelt, dass später die Diversifikation fehlt, um gegebenenfalls noch mal Geld mit einem Leistungsdowngrade einzusparen. Betrachten Sie also genau Ihre Alterseinkünfte und ob es wahrscheinlich ist, dass Sie sich die neue Prämie auch mit den kommenden Steigerungen leisten können. Viele Vermittler führen hier noch den Verlust des Anrechts auf den brancheneinheitlichen Standardtarif an.

#### 4 | Willenserklärung abgeben | Gesundheitsprüfung!

Haben Sie den passenden Tarif gefunden, können Sie den Antrag auf Umstellung gemäß §204 VVG stellen. Hat Ihr neuer Zieltarif Leistungsverbesserungen, ist der Versicherer berechtigt, von Ihnen die Beantwortung der Gesundheitsfragen zu verlangen. Die Versicherer haben also in der Regel Umstellungserklärungen ohne Gesundheitsprüfung und mit Gesundheitsprüfung. Mit Gesundheitsprüfung ist der Antrag, den auch neue Kunden nutzen, dies heißt jedoch nicht, dass Sie eine vollständig neue Gesundheitsprüfung haben. Der Versicherer darf die beantworteten Gesundheitsfragen nur für den Teil verwenden, der sich gegenüber Ihrem bisherigen Tarif verbessert.

Hier ergeben sich Folgefragen:

- Ihr Tarif hat auch Leistungskürzungen – ist eine Gesundheitsprüfung rechtens?
- Ja. Wenn Sie von einem Hochleistungstarif mit 1.000 EUR Selbstbehalt, Einbettzimmer, Chefarzt, freier Arztwahl und 100 % Zahnersatz in einen Einsteigertarif wechseln möchten, der neue Tarif aber keine oder weniger Selbstbeteiligung hat, wird eine Gesundheitsprüfung für die Verbesserung des Selbstbehaltes fällig. Die Leistungsunterschiede werden also nicht gegeneinander aufgewogen.
- Ich bin so krank, dass ich auf jeden Fall auf die Verbesserung verzichte (Mehrleistungsverzicht), warum muss ich noch Fragen beantworten?
- Das ist einfach erklärt. Weil der Versicherer es verlangen kann. Wir haben das seit Jahren immer wieder mit Versicherern besprochen und verhandelt. Es gibt Konstellationen, in denen schnell klar ist, dass die Leistungsverbesserungen einen so hohen Risikozuschlag auslösen, dass dies im Verhältnis zur partiellen Verbesserung nicht sinnvoll ist. Auch aus unserer Sicht könnte man auf die ausführliche

- Beantwortung von Gesundheitsfragen verzichten und direkt notieren „ich verzichte auf die Leistungsverbesserungen“. Der Versicherer ist nach dem Gesetz aber zur Prüfung berechtigt und tut es daher auch ganz klar. Man schickt Ihnen also nach Prüfung erst ein Angebot mit einem Risikozuschlag und dann verzichten Sie auf die Leistungsverbesserungen.
- Ich weiß nicht, wo ich beim Arzt war! Es gibt Versicherer wie die UKV/BBKK, die hier dem Bestandskunden entgegenkommen und die zeitlich gebundenen Fragen fast vollständig beenden, indem der Kunde nur bestätigen muss, dass er alle Rechnungen der letzten Jahre eingereicht hat. Kann er das bestätigen, schaut der Versicherer selbst in den Unterlagen nach. So komfortabel lösen das nicht alle Versicherer. Vorteil für PKV Versicherte: Sie haben alle Rechnungen bekommen. Sie können also vermutlich in Ihrer Ablage nachsehen und die Fragen fachgerecht und wahrheitsgetreu beantworten. Sollte dies nicht der Fall sein, gibt es noch weitere Möglichkeiten:

1 | Schauen Sie in der Versicherer-App, ob Sie eingereicht haben und holen sich dort die Unterlagen.

2 | Haben Sie ggf. eine überschaubare Anzahl an Ärzten? Dann lassen Sie sich hier die Patientenakte geben.

3 | Sie sind ja PKV Mitglied, also schauen Sie Ihr Bankkonto der letzten drei Jahre durch und schreiben sich jede Buchung heraus. Fassen Sie diese in „Anspruchsberechtigte“ zusammen und schreiben diese an, um eine Kopie der Rechnung zu erhalten.

Es ist knifflig, aber machbar. Bleiben Sie gründlich und ruhig und denken daran, dass ein Tarifwechsel in eigener Regie Geduld und Muße erfordert.

## 5 | Störfall Versicherer!

Ja, es gibt noch Versicherer, die dem Kunden mit bürokratischen Hürden und langwieriger Kommunikation das Leben schwer machen. Der Versicherer weiß, dass er verpflichtet ist, den Tarifwechsel umsetzen. Er weiß aber auch, dass er Ihr Vertrauen genießt und viele Kunden auf der Wegstrecke mit verschiedenen Hindernissen und Hürden irgendwann aufgeben. Unser Tipp: Wie immer ruhig sein, geduldig bleiben und atmen.

Hier die klassischen Störfälle:

- Der Versicherer schickt einen Fragebogen!

- Der Versicherer schickt Ihnen andere, nicht angeforderte Angebote!
- Der Versicherer besteht auf einen persönlichen Beratungstermin, um Sie noch einmal zu bekehren!
- Der Versicherer schickt Ihnen das falsche Angebot!
- Der Versicherer antwortet Wochen nicht und wenn, nur mit Unsinn oder völlig fehlerhaften Unterlagen!
- Der Versicherer bietet nur einen Risikozuschlag an!
- Der Versicherer definiert den Mehrleistungsverzicht nicht genau aus, sodass unklar ist, was nach altem Leistungsniveau versichert ist und wie es dann vereinbart ist!
- Der Versicherer stellt zu einem viel zu späten Termin um!

In allen Fällen gilt wie immer: beharren Sie auf Ihrem Wunsch und prüfen die Aussagen des Versicherers genau. Ist die Argumentation korrekt oder will man Ihnen hier nur etwas vorgaukeln? Wir erleben häufig, dass Versicherte sich mit fadenscheinigen Erklärungen abspeisen lassen in dem Glauben, der Versicherer würde seiner hohen Verantwortung gegenüber der Einzelperson nachkommen.

Dem ist mitnichten so. Wer nicht für die beste Lösung kämpft, wird sie auch nicht erreichen.

## 6 | Risikozuschlag

Der Versicherer hat Ihnen ein Angebot des neuen Tarifes gesendet, aber Sie finden hier Risikozuschläge. Es gibt unterschiedliche Risikozuschläge:

- Erstantragszuschlag

Diesen Risikozuschlag hatten Sie schon vorher inkludiert. Er wird umgerechnet auf den neuen Tarif und kann je nach Tarifstrukturzuschlag aus dem bisherigen Tarif und auch restriktiver Berechnung im neuen Tarif höher als bisher ausfallen.

- Risikozuschlag für Mehrleistungen

Dieser wird nur für den Teil erhoben, der sich auch wirklich verbessert hat.

Vorteil bei der Vereinbarung des Risikozuschlages für verbesserte Leistung im Zieltarif?

- Sie haben eine bessere Leistung vereinbart.
- Sie können den Risikozuschlag später reduzieren lassen oder er entfällt bei Entfall des gefahrerheblichen Umstandes (drei Jahre sollten nachweislich dokumentiert durch den Arzt keine

keine Erkrankung, Beschwerden und Behandlungen mehr bestehen) - §41 VVG.

- Auch bei einem künftigen Tarifwechsel können Sie noch die Verbesserungen mit verhandeln.

Nachteile bei der Vereinbarung des Risikozuschlages?

- Risikozuschläge werden zwar aktuell in EURO im Antrag vermerkt, werden aber in Prozent berechnet. In der Folge steigen die Beiträge also genau wie bei der Hauptversicherung. So können also aus einem heute kleinen Risikozuschlag von 25 EUR in 25 Jahren schnell 75 EUR werden.

### Praxistipp:

Haben Sie einen Risikozuschlag erhalten mit Diagnosen, die Ihnen nicht bekannt sind? Fragen Sie beim Versicherer nach. Häufig wird dies auf Leistungsabrechnungen von Ärzten begründet, die sich später aber nicht bestätigten. Daher kann man hier auch mal kritisch nachhaken und durch einen Arztbericht die Höhe noch mal reduzieren.

Wir konnten für einen Kunden den Risikozuschlag nachträglich um 250 Euro monatlich senken. Die Verhandlungen mit dem Versicherer haben ca. 6 Monate gedauert.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die ärztlichen Unterlagen. Wir hatten versprochen uns zu melden, sobald wir den Sachverhalt abschließend geprüft haben. Wie wir Sie informiert haben, kann ein Zuschlag nur dann wegfallen oder reduziert werden, wenn die Erkrankung für die der Zuschlag besteht zur folgenlosen und dauerhaften Ausheilung gekommen ist. Diese Voraussetzung kann im Zusammenhang mit einer Psoriasis nicht erfüllt werden, da es sich bei dieser Hauterkrankung um eine chronische Erkrankung handelt, die nicht ausheilen kann. Auch die eingereichten Unterlagen bestätigen nicht die folgenlose und dauerhafte Ausheilung sondern lediglich die Behandlungs- und Beschwerdefreiheit. Entgegenkommend haben wir jedoch den bisher günstigen Erkrankungsverlauf zum Anlass genommen und die Risikosituation erneut beurteilt. Wir freuen uns Ihnen mitteilen zu können, dass wir den Risikozuschlag zum oben genannten Zeitpunkt - entgegenkommend und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht - reduzieren.

Der zukünftige Risikozuschlag ab 01.02.2022 beläuft sich auf monatlich 50,79€.

## 7 | Mehrleistungsverzicht

Der Versicherer kann Leistungsverbesserungen ausschließen. Der einzige uns bekannte Versicherer, der konsequent immer ohne gesundheitliche Grundlagen alle Verbesserungen ausschließt, ist die Continentale. Leider ist der Versicherer auf dem Ohr taub, wenn man ihm erklärt, dass er neue Kunden versichert, aber seinen eigenen Bestandskunden nicht. Die Konsequenz für uns ist klar: seit mehr als zehn Jahren wird keiner unserer Mandanten bei der CONTI abgesichert. Es geht nicht, dass ein Kunde nie wieder die Chance haben kann, Leistungsverbesserungen zu erreichen. Der Gesetzgeber hat sich bei der Einbringung des internen Tarifwechsels etwas gedacht. Er hat versucht, das Risiko für Versicherer zu minimieren, in dem er die Risikoprüfung inkludiert hat. Trägt so aber auch Versicherten gegenüber Sorge, indem er Leistungsaktualisierungen

ermöglichen und der Vergreisung von Tarifkollektiven entgegenwirken möchte.

Der Versicherer ist gesetzlich verpflichtet, Ihnen genau zu notieren, welche Leistungsverbesserungen betroffen sind und welche Leistung Sie dann künftig aus der Klausel des alten Tarifes erhalten. Lassen Sie sich dies genau darstellen, damit es im Leistungsfall keine Probleme gibt.

## 8 | Finish

Sie haben es also geschafft und sind im perfekten Tarif. Sie sind geduldig und Sie haben Ausdauer, das sind wichtige Tugenden.

Jetzt nehmen Sie sich noch kurz die Zeit der Kontrolle und dann lehnen Sie sich für die nächsten sieben bis zehn Jahre zurück, dann geht's wieder los. Dinge, die jetzt noch zu tun sind:



- Versicherungsschein kontrollieren. Sind alle Tarife wie von Ihnen gewünscht aufgeführt? Zahntarife werden hier in der Praxis gerne mal vergessen. Krankentagegeld, Beitragsentlastung und Kurtagegeld noch da?
- Wurde der Termin der Umstellung eingehalten? Sie erinnern sich: Ganz am Anfang haben Sie den konkreten Wunsch des Tarifes geäußert, der nächste Erste des Folgemonats ist der korrekte Umstellungstermin. Dass die Versicherer lange brauchen, ist nicht Ihr Problem. Haben Sie immer innerhalb von ca. zwei Wochen auf den Versicherer reagiert, ist es sein Verschulden und der Termin ist einzuhalten.
- Es wurde rückwirkend umgestellt, hat man Ihnen die zu viel gezahlte Prämie zurückerstattet?

# VERMEIDEN SIE DIE KLASSISCHEN FÜNF FEHLER BEIM INTERNEN TARIFWECHSEL!

## 1 | Der Fragebogen schränkt die Auswahl ein

Der Versicherer schickt vermutlich bei der Anfrage nach Tarifen einen Fragebogen, um Ihre Wünsche zu berücksichtigen. Sie können sich das ein wenig wie die Bestellung eines Autos vorstellen: wenn ich gefragt werde, was ich möchte, steht da eine ganze Menge. Wenn ich die Preise zum Schluss sehe, reduzieren sich diese Wünsche. Es geht bei der privaten Krankenversicherung am Ende um die Absicherung der existenziellen Risiken. Der Rest ist Nice to have und mit der nötigen finanziellen Ausstattung machbar. Schränken Sie sich also nicht zu sehr ein. Klar, wenn Sie heute ein Einbettzimmer haben, dann müssen Sie im Fragebogen ja nicht Mehrbettzimmer notieren, aber vielleicht ist ein Zweibettzimmer auch denkbar. Wenn Sie bisher 85 % Zahnersatz versichert haben, notieren Sie nicht 85 % sondern vielleicht ab 75 %. Schauen



FACHBERATER  
KRANKENVERSICHERUNG  
FILIP ANDERLE

Sie sich die Ergebnisse erst mal an, Nein sagen können Sie doch immer noch. Sie sind nicht verpflichtet, diesen Fragebogen auszufüllen. Ich möchte Ihnen hier noch mal konkret meinen 8-Punkte-Plan ans Herz legen.

## 2 | Tarifwechselleitlinie wird überbewertet

Die Tarifauswahl erfolgt für den Kunden nach der Tarifwechselleitlinie nach festen Kriterien standardisiert oder auch nicht. Die Leitlinie ist mehr als schwammig. Unser Fazit ist hier klar: Deutliche Kanalisierung von Risiken in einen Zieltarif, dadurch künstliche Überalterung neuer Tarife mit der Folge von höheren Beitragsanpassungen. Am Ende also eine Spirale nach unten für den Kunden. Dies erleben Kunden der DKV gerade

in der Tarifserie BestMed 4 und werden es in den nächsten fünf Jahren vermutlich auch im Tarif ET erleben.

Versicherer haben sich verpflichtet, den Standard- und Basistarif, soweit man zugangsberechtigt ist, anzubieten. Außerdem den verkaufsstärksten offenen Tarif. Aus unserer Sicht ist klar, dass ein Unisex-Tarif anzubieten ist.

**Praxisbeispiel:**

Der Kunde ist 65 Jahre alt und seit 1995 in seinem Tarif der Vereinte versichert.

Der aktuelle Versicherungsschutz hat 1.800 EUR Selbsthalt im ambulanten Leistungsbereich und kostet monatlich 741,16 EUR. Es wurde eine Reduzierung der Zahnleistung um 15 % (?) angeboten. Damit spart der Kunde 3,07 EUR. Außerdem wurde eine Änderung des Selbstbehaltes von 1.800 EUR im Jahr auf 40 % oder maximal 2.000 EUR im Jahr angeboten. Einsparung: 31,50 EUR monatlich.

**3 | Angebote bei Beitragserhöhung**

Ganz klar nicht annehmen. Der Versicherer bietet zwischen 2 und 20 unterschiedliche Tarife an. Ein Schnellschuss endet häufig Jahre später im Fiasko. Es fehlt hier an Individualität und Spezifikation. Keine individuelle Rücksicht wird hier auf Ihre Themen genommen. Bleiben Sie dem 8-Punkte-Plan treu. Gerade die Tarife, die hier angeboten werden, sind negativ belastet, da sie einer riesigen Kundengruppe angeboten werden. Es werden Unmengen an Versicherte auf einen Tarif kanalisiert. Diese Kunden sind älter und kränker, als es in den neuen Tarifen vorgesehen ist.

Sie können sich das so vorstellen, als stünden Sie auf einem vereisten See. Wenn Sie das Eis punktuell überlasten, brechen Sie ein. Genau das kann passieren, wenn mit Beitragserhöhungen Tarife vom Versicherer angeboten werden. Wenn Sie aber dieselbe Last auf dem Eis verteilen, in dem Sie sich flach hinlegen, trägt Sie das Eis.

	Aktuelle Absicherung	Alternative Absicherung	Neuzugangsstärkster Tarif
<b>Neue Tarife</b>		742V (25,56 EUR)	712V (145,22 EUR)
<b>Bisherige Tarife</b>	705V (145,22 EUR), 720V (150,00 EUR), 741V (25,56 EUR), PVN	705V (145,22 EUR), 720V (150,00 EUR), PVN	720V (150,00 EUR), 741V (25,56 EUR), PVN
<b>Tarifwelt</b>	Bisex	Bisex	Bisex

Im Ergebnis beides nur ein Tropfen auf dem heißen Stein.

Viele Details lassen sich leider nicht auf den ersten Blick ableiten. Es gibt einige Versicherer, die Tarife exakt gleich benannt haben. Es kann also sein, dass man Unisex angeboten hat, obwohl Sie das gar nicht wünschen. Oft merken Kunden erst spät, dass sie sich wertvoller Möglichkeiten für später beraubt haben. Dass soll nicht heißen, dass das alles schlecht ist, es gibt keine Standardantwort. Aber Sie sollten sich wirklich alle Punkte ansehen und dann eine passende Entscheidung treffen. Es geht um Ihre Gesundheit.

#### **4 | Aufgeben – Hartnäckigkeit zahlt sich aus**

Zig Kunden werden müde auf dem Weg zum Tarifwechsel und lassen sich schlussendlich wirklich mit fadenscheinigen Aussagen und Boykott des Versicherers in ihren rechtlichen Möglichkeiten einschränken. Denken Sie immer daran: der Versicherer betreibt so viel Aufwand mit falschen oder fehlerhaften Informationen, Manövern und zeitlichen Verwerfungen, weil er damit Erfolg hat. Wobei es manchmal die Versicherer auch nicht besser wissen. Es fehlt an Lust und Mut, für den Kunden wirklich Gutes tun zu wollen.

Sie möchten bei gleichem Leistungsniveau Geld sparen. Wenn wir das auf ein Fahrzeug adaptieren,

könnte man sagen: Sie möchten weiterhin einen VW Passat fahren, aber nur noch einen Golf bezahlen. Das ist schwierig. Machen Sie sich immer klar: Der Versicherer ist ein Wirtschaftsunternehmen, alles ist also am Ende auf Profit ausgelegt. Bei dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit vielleicht weniger als bei Aktiengesellschaften.

#### **5 | Ungeduld**

Ungeduld führt zu schlechten Entscheidungen. Das ist in vielen Lebensbereichen so. Sie waren jetzt jahrelang in Ihrem Tarif versichert. Ein Tarifwechsel ist zu jedem Ersten des Folgemonats möglich, es hetzt Sie also niemand außer Ihre persönliche Ungeduld. Lassen Sie sich die nötige Zeit, um in allen Bereichen in Ruhe zu prüfen, ob Ihre Entscheidung langfristig richtig und tragbar ist. Ermitteln Sie die Risiken, die damit einhergehen könnten und wägen Sie langfristig ab, ob Sie die Entscheidung bereuen könnten und was das für Sie bedeuten wird. Langfristig bedeutet, die nächsten 25 Jahre zu planen.

# WAS ES JETZT NOCH FÜR SIE ZU TUN GIBT?

Wir erleben es in der Praxis immer wieder, dass Kunden sich sehr spät mit dem Thema des Tarifwechsels beschäftigen. Nicht aus strategischen, sondern aus aktuellen wirtschaftlichen Gründen. Häufig ist dann die Zukunft absehbar klar. Der Kunde reduziert seine Prämie drastisch um durchschnittlich 2.000 EUR pro Jahr. Da er aber weiterhin Beitragserhöhungen haben wird, ist er in fünf bis sieben Jahren an der gleichen problematischen Stelle.

Ich sehe es daher an dieser Stelle als meine Aufgabe, Sie darauf aufmerksam zu machen, dass die PKV gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung kein Sparmodell ist. Natürlich ist mir in Beratungen neuer Kunden, die im Schnitt Mitte dreißig sind, klar, dass die Kunden von dem Höchstsatz der gesetzlichen Krankenversicherung genervt sind. Das Ziel muss aber immer sein, dass die private Krankenversicherung langfristig ausfinanziert ist. Dazu gehört zum einen, dass man sich darüber



klar ist, dass die PKV Beiträge steigen. Im Schnitt verdoppelt sich die Prämie alle zwanzig Jahre. Klar sollte einem außerdem sein, dass die PKV im auch Rentenalter weiter steigen wird. Sie stabilisiert sich zwar durch die Zahlung des gesetzlichen Zuschlages, die Praxis zeigt aber, dass eine Aussetzung der Steigerungen im Rentenalter nicht gegeben ist.

Man muss dies in seiner Altersvorsorge einplanen. Ich sehe immer wieder Kunden, die das schon vorgesehen haben und durch sinnvolle Tarife der Altersvorsorge, Beitragsentlastungen und betrieblicher Altersvorsorge die PKV im Rentenalter finanziert wissen. Die Mehrheit der Versicherten hat das Thema PKV im Alter finanziell nicht eingeplant. Deshalb lassen Sie mich an dieser Stelle noch auf die Finanzierbarkeit der PKV Beiträge im Alter eingehen.

# FIRST THINGS FIRST-STRATEGIE - DAMIT DIE PKV EIN LEBEN LANG FUNKTIONIERT

Wir haben eine Strategie entwickelt, wie Sie Ihren PKV-Vertrag aufbauen sollten. Die Strategie heißt First Things First (das Wichtigste zuerst) und soll Ihnen dabei helfen, alle Klippen im PKV Leben zu umschiffen. Denn eine private Krankenversicherung ist deutlich mehr als eine Sammlung von Leistungen.

Die First Things First-Strategie hilft aber nicht nur bei der richtigen Struktur des Vertrages, sondern auch dabei, die Struktur in der richtigen Reihenfolge aufzubauen. Stellen Sie sich vor, Sie wollen eine Pizza selbst machen. Dann brauchen Sie Teig, Tomatensoße, Käse und Belag. Es bringt aber nichts, wenn Sie die Tomatensoße mit Käse und Belag vermischen. Zuerst muss der Teig ausgerollt werden. Ihr PKV-Vertrag braucht auch diesen Aufbau.

Deswegen sollten Sie als PKV-Kunde diese Zutaten beachten:



MITARBEITERIN  
KRANKENVERSICHERUNG  
SUSANN ZIEMANN

1. PKV- Tarif auswählen – die Leistungen müssen langfristig ausreichend sein.
2. Korrektes Krankentagegeld – wenn Sie vorübergehend arbeitsunfähig sind, müssen Sie Ihr Leben inklusive PKV-Vertrag und Altersvorsorge finanzieren können.
3. Berufsunfähigkeitsversicherung – wenn Sie dauerhaft berufsunfähig sind, müssen Sie Ihr Leben inklusive PKV-Vertrag und Altersvorsorge finanzieren können.
4. Altersvorsorge – Ihr PKV-Vertrag will auch im Rentenalter bezahlt werden.

Warum ist Reihenfolge wichtig?

Kunden, die PKV und Altersvorsorge korrekt gelöst und abgestimmt haben, sich jedoch nicht um Krankentagegeld und Berufsunfähigkeit gekümmert

haben, erleben im Krankheitsfall ein böses Erwachen.

In der Praxis sehen wir häufig Versicherte, die ein Einkommen von 5.000 EUR netto und mehr haben. Allerdings haben sie immer noch ein rudimentäres Krankentagegeld von 100 EUR Tagessatz (3.000 EUR – monatlich) und eine Pseudo-Berufsunfähigkeit mit 1.500 EUR Monatsrente.

In der Folge werden die Kunden im Krankheitsfall stark ihre Kosten reduzieren müssen. Wo fängt man als erstes an: bei der Wohnung, dem Auto oder der Lebenshaltung? Nein, die meisten Menschen beginnen, bei der Altersvorsorge zu sparen. Damit geht im Krankheitsfall die geplante Altersvorsorge über Bord und das gesamte Konstrukt kann nicht mehr funktionieren.

Der ein oder andere wird sich jetzt sagen: ja, das muss auch bezahlt werden. Korrekt. Deswegen gibt es für Angestellte und Arbeitnehmer auch die Zugangshürde des Einkommens pro Jahr von derzeit 64.350 EUR brutto. Erst dann lässt sich alles wie oben beschrieben gestalten. Daher sollte es auch für Selbstständige eine Hürde geben.

Wie die richtige Gestaltung geht, lesen Sie in unserem E-Book „PKV aber richtig in 8 Schritten“.

### **Schlusswort der Autorin:**

Sie haben jetzt sicherlich mehrere Tage und Wochen mit dem Thema verbracht. Ich freue mich, Ihnen geholfen zu haben und Sie bei der Wahl des perfekten Tarifes unterstützt zu haben. Ihre Mühe hat sich gelohnt. Ich wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg und eine schöne Zeit.