BUND DER VERSICHERTEN
Verein für Verbraucherschutz

PKV-Tarifwechsel

Die PKV-Unternehmen bieten oftmals eine Vielzahl von Vollversicherungstarifen an, die sich sowohl bei der Prämie als auch bei den Leistungen unterscheiden. PKV-Versicherte haben das Recht, in andere Tarife ihres Versicherers zu wechseln. Dies ist zum einen aufwändig und kann zum anderen sowohl zu Vorteilen als auch zu Nachteilen führen

In diesem Infoblatt finden finden Sie hierzu die wichtigsten Informationen. Am Ende dieses Infoblatts finden Sie weitere Informationen zum BdV.

Verbrauchertelefon: Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 0900 6 737 300 (**2,29 Euro/Minute** aus dem dt. Festnetz).

Das Wichtigste auf einen Blick

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

Eine Vervielfältigung und Verbreitung zu privaten Zwecken ist mit Quellennachweis gestattet. Zu gewerblichen Zwecken ist eine Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, nur nach vorheriger ausdrücklicher Genehmigung erlaubt. Wenden Sie sich hierzu an: presse@bundderversicherten.de

© Copyright Bund der Versicherten e. V. (BdV), 27. Dezember 2025

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 den Abschnitt 5).

Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierung geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen. Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt.

Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie auf unserer Website 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 wir einen abweichenden Stand nicht im Text kenntlich gemacht haben.

Inhalt

1 Warum erhöht der Krankenversicherer die Prämien? 3

2 Warum ist ein Wechsel des privaten Krankenversicherers nicht empfehlenswert? 3

3 Warum ist es wichtiger, den Versicherungsschutz zu verbessern anstatt Prämien zu sparen? 4

4 Diese Tarifmerkmale sind entscheidend 6

5 Diese Kriterien sollte ein Tarif erfüllen 7

6 Wer kann einen Tarifwechsel unterstützen? 7

Das ist der BdV 10

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.

Besonderer Hinweis: Lassen Sie sich nicht darauf ein, einen Tarifwechsel ausschließlich oder vorrangig zur Prämienersparnis 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 zunehmendem 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 Tarif erfüllen

Beachten Sie bei der Tarifauswahl – auch im Zuge eines Tarifwechsels – dringend die Leistungskriterien in unseren Infoblättern Private Krankenversicherung (PKV) und Pflegezusatzversicherung.

6 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.

Ersparnisabhängige Provision

Versicherungsmakler bieten gegen eine ersparnisabhängige Provision (= erfolgsabhängige Vergütung, oftmals bezeichnet als „Erfolgshonorar“) ihre Unterstützung an. Versicherungsberatern hingegen ist diese Vergütungsform verboten. Ersparnis- bzw. erfolgsabhängig bedeutet, dass die vertraglich zu vereinbarende Provision vom Versicherungsnehmer an den Vermittler zu zahlen ist – und zwar dann, wenn ein Tarifwechsel tatsächlich durchgeführt wurde. Die Höhe der Provision 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, würde dann eine Brutto-Provision von 2.380 Euro bis 2.975 Euro fällig.

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 die Provision.

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

Erfolgsunabhängige Gebühr

Versicherungsberater rechnen nach einer Pauschalgebühr 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 die Gebühr bei einem Stundensatz von 100 Euro netto also 714 Euro bis 952 Euro brutto.

Die Gebühr (oftmals bezeichnet als „Honorar“) wird in jedem Falle fällig, unabhängig davon, ob der Versicherungsnehmer in einen anderen Tarif wechselt oder nicht. Die

Gebühr hängt somit nicht von einem erfolgreichen Tarifwechsel ab. Das ist positiv und vorzugswürdig gegenüber einem „Erfolgshonorar“, da der Berater hier nicht einem wirtschaftlichen Zwang unterliegt, Ihnen einen Tarifwechsel zu empfehlen.

BdV-Mitglieder haben 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.

Das ist der BdV

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 42.000 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.

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
E-Mail: info@bundderversicherten.de
Internet: www.bundderversicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Stephen Rehmke (Sprecher), Bianca Boss

Verbrauchertelefon: Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 0900 6 737 300 (**2,29 Euro/Minute** aus dem dt. Festnetz).