

Leitfaden zum

## PKV-Tarifwechsel

Mit diesem Leitfaden zeigen wir Ihnen einen möglichen Weg zum Tarifwechsel innerhalb Ihres privaten Krankenversicherers auf. **Dieser gilt auch für alle Krankenversicherungs- und Pflegezusatzversicherungstarife.** Sie können diesen nutzen, um den Tarifwechsel ohne fremde Hilfe durchzuführen.

1. Was sollten Sie vor einem Tarifwechsel überprüfen?
2. Wie erhalten Sie von Ihrem Versicherer Tarifalternativen?
3. Diese Tarifmerkmale sind entscheidend
4. Diese Kriterien sollte ein Krankenversicherungstarif erfüllen
5. Diese Kriterien sollte ein Pflegegeldtarif erfüllen
6. Wie können Sie die Tarifalternativen mit Ihrem aktuellen Tarif vergleichen?
7. Wie können Sie den Tarifwechsel beantragen?
8. Was ist, wenn der Versicherer Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand stellt?
9. So können Sie den neuen Versicherungsschein überprüfen

Der Tarifwechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung ist sehr komplex. Viele Fragestellungen werden auf Sie zukommen, bei denen wir Sie nicht alleine lassen – insbesondere, wenn es darum geht, Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich der versicherten Leistungen und der Beitragslast zu ermitteln und zu berücksichtigen.

Bei einem Tarifwechsel sollte immer ein hohes Leistungsniveau im Mittelpunkt stehen, das mindestens die BdV-K.-o.-Kriterien für die Krankheitskostenvollversicherung oder Pflegegeldversicherung erfüllt (siehe hierzu Abschnitte 4 und 5). Lassen Sie sich daher nicht darauf ein, einen Tarifwechsel ausschließlich oder vorrangig deshalb durchzuführen, um monatlich Geld zu sparen bei den Prämien. Denn eine monatliche Einsparung bei den Versicherungsprämien kann dazu führen, dass Sie viele Leistungen selbst bezahlen müssen und so im Krankheitsfall wirtschaftlich stärker belastet werden.

Nehmen Sie gern mit uns Kontakt auf, wir werden alle Ihre Fragen beantworten und Ihnen geeignete Lösungswege aufzeigen.

## 1. Was sollten Sie vor einem Tarifwechsel überprüfen?

Sie sollten zuerst drei Punkte prüfen:

1. Wie hoch ist der Rechnungszins in dem Tarif, in dem Sie aktuell versichert sind?

Grundsätzlich gilt: Je niedriger der Rechnungszins ist, desto vorteilhafter ist das für Ihre zukünftige Prämienentwicklung. Nachteilig ist hingegen, wenn Ihr Tarif einen hohen Rechnungszins aufweist. Wenn der Versicherer den Rechnungszins in der Zukunft absenkt, fallen die Prämiensteigerungen umso stärker aus. Dieser Nachteil kommt v. a. dann zum Tragen, **wenn Sie in einen Tarif mit einem höheren Rechnungszins wechseln** und dieser dann im Zuge der nächsten Beitragsanpassung abgesenkt wird.

Es gibt Versicherer, die diesen Zahlenwert regelmäßig in Ihrer jährlichen Beitragsmitteilung 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 einen Spezialisten, der Sie zum PKV-Tarifwechsel beraten kann (siehe hierzu unser Infoblatt „Tarifwechsel innerhalb des privaten Krankenversicherers“, Abschnitt 7).

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

2. Besteht aktuell ein Risikozuschlag? Beispielsweise aufgrund einer Allergie, die bei Vertragsabschluss bestand oder aber aufgrund von Rückenbeschwerden, die zu einem Risikozuschlag führten?

### **Hier sind folgende Dinge zu beachten:**

Die Gründe für die Erhebung des Risikozuschlages sollten geprüft werden. Denn das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sieht vor, dass die/der Versicherungsnehmer\*in in einigen Fällen vom Versicherer verlangen kann, dass die Prämie angemessen herabgesetzt wird. Und zwar wenn die Umstände für die Erhebung eines Risikozuschlages nach Antragstellung oder nach Vertragsabschluss weggefallen oder bedeutungslos geworden sind.

### **Ferner sollte geprüft werden:**

Besteht in dem Jahr, in dem der Tarifwechsel beabsichtigt ist, ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung? Ein Anspruch kann beispielsweise dann bestehen, wenn in einem Versicherungsjahr keine Leistung in Anspruch genommen wurde. Eine weitere Voraussetzung für diese Rückerstattung ist oftmals, dass der Vertrag bis zum 30. Juni des Folgejahres bestehen muss. Diese Rückerstattung kann entfallen, wenn der Tarifwechsel vor dem 30. Juni durchgeführt wird. Daher kann es gegebenenfalls sinnvoll sein, den Tarifwechsel zu verschieben.

### 3. Wird Ihre aktuelle Prämie durch sogenannte Limitierungsmittel gemindert?

Das bedeutet:

Enthält Ihre Monatsprämie eine Minderung aus befristeter Prämienbegrenzung? Hierbei handelt es sich um Zinserträge (sog. Überzinsen, ähnlich den Zinsüberschüssen bei Lebensversicherungen), die der Versicherer verwendet, um Prämienanpassungen befristet (z. B. für ein Jahr) zu begrenzen. Manche Versicherer bezeichnen dies auch als Limitierung, Begrenzung oder Reduzierung. Diese Limitierungen entfallen üblicherweise beim Tarifwechsel.

Der Versicherer weist diesen Zahlenwert regelmäßig in der jährlichen Beitragsmitteilung aus.

## **2. Wie erhalten Sie von Ihrem Versicherer Tarifalternativen?**

Fordern Sie zunächst bei Ihrer Gesellschaft Tarifalternativen an. Hierfür können Sie unseren Musterbrief „Tarifwechsel Tarifierfrage“ nutzen:

<https://www.bunddersicherten.de/musterbriefe>

**BdV-Tipp:** 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)

Bei den Umstellungsangeboten sollte es sich möglichst nicht um eine starke Erhöhung der Selbstbeteiligung handeln. Sollten Sie später die Selbstbeteiligung reduzieren wollen, hängt dies von Ihrem Gesundheitszustand ab. Sind Vorerkrankungen aufgetreten, kann der Versicherer die Reduzierung ablehnen.

Eine jährliche Selbstbeteiligungshöhe für Arbeitnehmer\*innen sowie beihilfeberechtigte Beamt\*innen von bis zu 500 Euro und für Selbständige sowie Freiberufler\*innen von bis zu 1.000 Euro halten wir für angemessen.

Die Vereinbarung einer noch höheren Selbstbeteiligungsstufe sollten Sie daher höchstens dann erwägen, wenn es keine andere tarifliche Lösung innerhalb der Gesellschaft gibt.

Prüfen Sie bei einem Tarifwechsel für die Pflegetagegeldversicherung, ob die vereinbarten Tagegeldeleistungen für Sie noch bedarfsgerecht sind.

Seit dem 21.12.2012 werden für neue Kund\*innen nur noch Unisex-Tarife angeboten. Die alten Bisex-Tarife mussten geschlossen werden. Sie als Bestandversicherte\*r können dennoch entscheiden, ob Sie in dieser sogenannten alten Tarifwelt (Bisex-Tarife) verbleiben oder in die neue Tarifwelt (Unisex-Tarife) wechseln möchten.

Hier ist allerdings zu beachten: Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig (Unisex) kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist (Bisex), ist ausgeschlossen.

Wenn Sie also in einen der neuen Unisex-Tarife wechseln, ist die Rückkehr in einen Bisex-Tarif **nicht** mehr möglich. Auch verlieren Sie dadurch nach heutiger Rechtslage den Anspruch auf einen Wechsel in den Standardtarif. Informationen zum Standardtarif finden Sie in unserem [Infoblatt „Sozialtarife“](#).

Daher sollten Sie sich diesen Schritt gut überlegen, bevor Sie sich für den Wechsel in einen Unisex-Tarif entscheiden. Insofern kann es sinnvoll sein, zunächst in der Welt der Bisex-Tarife zu verbleiben.

**Anmerkung:** Ziel ist es zuerst, möglichst viele geeignete Tarifalternativen innerhalb Ihres privaten Krankenversicherers zu ermitteln. Hier kommt es nicht auf die Höhe einer möglichen Ersparnis an, sondern auf eine genaue und vollständige Darstellung aller möglichen Tarife. Dadurch können Sie die dargestellten Leistungsinhalte der Tarifalternativen miteinander vergleichen und die Unterschiede für sich werten, damit Sie eine tragfähige Entscheidung hinsichtlich des Tarifwechsels treffen können. Sie sollten stets versuchen, die Leistungen auf einem möglichst

hohen Niveau zu erzielen, um auch zukünftig auf umfassende Leistungen zurückgreifen zu können (siehe hierzu den folgenden Abschnitt).

### 3. 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.

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

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.
3. Sind Sie aktuell in einem Bisex-Tarif versichert, sollten Sie den Wechsel in einen Unisex-Tarif sorgfältig prüfen und die Vor- und Nachteile abwägen (siehe hierzu auch oben Abschnitt 2).

### 4. Diese Kriterien sollte ein Krankenversicherungstarif erfüllen

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Kriterien, die Sie bei der Tarifauswahl berücksichtigen sollten (siehe hierzu auch das Infoblatt zum PKV-Tarifwechsel).

#### **BdV-K.-o.-Kriterien für den Bereich der ambulanten 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 den Bereich der ambulanten Heilbehandlung:**

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

#### **BdV-K.-o.-Kriterien für den Bereich der stationären 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 den Bereich der stationären Heilbehandlung:**

- Leistungen für privatärztliche Behandlung („Chefarztbehandlung“) werden auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOÄ hinaus erstattet.
- Stationäre Kurleistungen sind vor allem sinnvoll für Selbständige, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind (ggf. durch separaten Kurtarif).

#### **BdV-K.-o.-Kriterien für den Bereich 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 70 Prozent.
- Die Erstattung bleibt ohne regelmäßige Prophylaxe konstant.
- 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.

**Anmerkung:** Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die oben genannten Prozentsätze für die Mindestabsicherung aus der Addition der prozentualen Erstattung des jeweiligen privaten Restkostentarifs und des Beihilfebemessungssatzes.

Auch können **weitere Leistungskriterien** in Betracht kommen, wie z. B. die erweiterte Weltgeltung, wenn Sie mehr als einen Monat ins außereuropäische Ausland reisen wollen.



Zudem kann ein Selbstbehalt für Arbeitnehmer\*innen sowie beihilfeberechtigte Beamt\*innen bis maximal 500 Euro und für Selbstständige sowie Freiberufler\*innen bis 1.000 Euro jährlich sinnvoll sein.

**Bitte beachten Sie:** Der Arbeitgeberzuschuss wird nicht auf den Selbstbehalt gewährt, sondern ist von Ihnen alleine zu tragen.

Neben den Leistungskriterien können weitere Kriterien relevant werden, wie z. B. die Beitragsentwicklung in der Vergangenheit und die langfristige Tarifkontinuität.

**Wichtige Anmerkung:** Da die tariflichen Leistungen der Krankenversicherungsunternehmen zu den benannten BdV-K.-o.-Kriterien und den weiteren sinnvollen Kriterien unterschiedlich ausfallen können, sollten Sie diese Leistungspunkte genau mit einander vergleichen – **vor** einem Tarifwechsel.

## 5. Diese Kriterien sollte ein Pflagegeldtarif erfüllen

Folgende Kriterien hat ein guter Pflagegeldversicherungsvertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen auf jeden Fall zu erfüllen.

### **BdV-K.-o.-Kriterien für eine Pflagegeldversicherung:**

- Der Versicherer leistet, wenn die Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die private Zusatzversicherung übernimmt die Definition der Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung.
- Die Versicherungsgesellschaft leistet in allen fünf Pflegegraden.
- Der Versicherer leistet bei ambulanter und stationärer Pflege.
- Bei Angehörigen oder Freund\*innen dürfen die Leistungen dafür nicht niedriger sein, als bei einer professionellen Pflege (sog. Laienpflege).
- 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. Beitragsdynamik).
- Gleiches gilt, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beziehen (sog. Leistungsdynamik), also die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.
- Der Versicherungsschutz besteht beim vorübergehenden Auslandsaufenthalt weltweit fort.
- Auch bei dauerhaftem Umzug ins Ausland besteht – weltweit – weiterhin Versicherungsschutz.
- Der Versicherer leistet auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung.
- Während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen erbringt die Versicherungsgesellschaft ebenfalls ihre Leistungen.
- Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

**Sinnvolle Kriterien für eine Pflegetagegeldversicherung:**

- Der Versicherer verzichtet bei vorübergehendem oder dauerhaftem Umzug 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 Pflegetagegeld 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.

## 6. Wie können Sie die Tarifalternativen mit Ihrem aktuellen Tarif vergleichen?

Bevor Sie die Tarife miteinander vergleichen, sollten Sie über folgende Informationen verfügen:

Wie hoch ist der Rechnungszins in dem aktuellen Tarif und wie hoch ist der jeweilige Rechnungszins in den alternativen Tarifen? (**Siehe hierzu auch Abschnitt 1**)

Welche Leistungen sind aktuell versichert? Welche davon sind notwendig und sollten auch zukünftig Bestandteil des Versicherungsschutzes sein? Oder welche Leistungen wurden bisher nicht in Anspruch genommen? Auf diese könnte dann gegebenenfalls verzichtet werden.

**Stellen Sie dabei sicher, dass**

1. Sie ausschließlich solche alternativen Tarife berücksichtigen, die keinen höheren Rechnungszins ansetzen als Ihr aktueller Tarif – idealerweise sollten Sie sich auf Tarife mit einem niedrigeren Rechnungszins beschränken.
2. die von uns in den vorherigen beiden Abschnitten aufgezeigten BdV-K.-o.-Kriterien mindestens erfüllt sind.

Die von den Krankenversicherern angefertigten Gegenüberstellungen sind z. B. für die Krankheitskostenvollversicherung in diese drei Leistungsbereiche aufgeteilt,

- ambulante Leistungen,
- stationäre Leistungen,
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Anhand der Gegenüberstellung sind die Beitrags- und Leistungsunterschiede zu erkennen. Somit ist eine Wertung der Unterschiede möglich.

Offene Fragen zu Leistungsunterschieden und insbesondere zu den Auswirkungen, können wir gerne miteinander besprechen.

Hiernach können Sie eine Entscheidung hinsichtlich eines Tarifwechsels treffen.

## **7. Wie können Sie den Tarifwechsel beantragen?**

Sofern die Antragsunterlagen den Umstellungsangeboten nicht beigelegt waren, sollten Sie diese direkt beim Krankenversicherer anfordern.

Nutzen Sie hierfür unseren Musterbrief „Tarifwechsel Beantragung“ unter:

<https://www.bunderversicherten.de/musterbriefe>

**BdV-Tipp:** Liegen die Umstellungsangebote nach Ablauf einer angemessenen Frist (z. B. 15 Arbeitstagen) nicht vor, wenden Sie sich höflich aber bestimmt an den Chief Compliance Officer (CCO) der Gesellschaft und fordern Sie diese nochmals an. Hier sollte eine neue Frist von 15 Arbeitstagen bestimmt werden.

Nach Fristablauf sollten Sie sich dann an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Der Ombudsmann kann als außergerichtlicher Streitschlichter zwischen Versicherten und Versicherungsunternehmen Ihre Beschwerde bearbeiten und eine entsprechende Empfehlung gegenüber dem Versicherer aussprechen.

## **Kontakt**

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Tel.: 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)  
Webseite: <https://www.pkv-ombudsmann.de/>

## **8. Was ist, wenn der Versicherer Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand stellt?**

Der Versicherer stellt Ihnen erfahrungsgemäß Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wenn Leistungen im Zieltarif besser als im bisherigen Tarif sind.

Sind während der Vertragslaufzeit Erkrankungen oder gesundheitliche Einschränkungen hinzugekommen, kann das Versicherungsunternehmen für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag oder eine Wartezeit verlangen.

Den Risikozuschlag und eine Wartezeit können Sie abwenden, indem Sie hinsichtlich der Mehrleistungen einen Leistungsausschluss vereinbaren. Sie verbleiben dann nach einem Tarifwechsel in diesen Bereichen auf dem Leistungsniveau Ihres Alt-Tarifs.

Von einem Leistungsausschluss sollten Sie dringend absehen, wenn das Leistungsniveau Ihres Alt-Tarifes nicht die BdV-K.-o.-Kriterien (siehe Abschnitt 4) erfüllt.

Der Versicherer kann aber auch den Einschluss von Mehrleistungen vor oder nach einer Gesundheitsprüfung ablehnen.

Lassen Sie sich dennoch nicht von den Gesundheitsfragen abhalten und bleiben Sie bei der Zielsetzung, dass bei einem Tarifwechsel immer ein hohes Leistungsniveau im Mittelpunkt steht, das mindestens die BdV-K.-o.-Kriterien erfüllt. Bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen sollten Sie sich von Spezialist\*innen unterstützen lassen.

Auch eine Reduzierung der Selbstbeteiligung stellt eine Mehrleistung dar, folglich kann der Versicherer auch hier den Tarifwechsel von Ihrem Gesundheitszustand abhängig machen. Das Ergebnis kann sein, dass die bisherige Selbstbeteiligung nach einem Tarifwechsel bestehen bleibt.

Der Versicherer stellt Ihnen Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand gewöhnlich mittels Neuantrag. In diesem werden unterschiedliche Gesundheitsfragen gestellt, die wahrheitsgemäß beantwortet werden müssen.

Nachfolgende Gesundheitsfragen möchten wir exemplarisch darstellen.

#### **Beispiele für Antragsfragen:**

**Frage:** *Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen, Beratung, Untersuchungen, Therapien...statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?*

**Erläuterung:** *Antworten Sie mit „ja“, müssen Sie jeden ambulanten Arztbesuch und genaue Auskünfte über Art und Umfang der Behandlung angeben. Alle Arztbesuche müssen aufgeführt werden, auch wenn es sich nur um eine prophylaktische Maßnahme oder Beratung handelte.*

**Frage:** *Haben Sie in den letzten 3 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage ununterbrochen eingenommen bzw. angewandt? Dies gilt auch für **nicht ärztlich verordnete bzw. nicht rezeptpflichtige Medikamente (z. B. Aspirin).***

**Erläuterung:** *Egal um welches Medikament es sich handelt, Sie müssen alles angeben, was Sie über einen Zeitraum von mindestens 10 Tagen genutzt haben.*

**Frage:** *Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder Heilbehandler untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich des Stoffwechsels. Zum Beispiel auf Zuckerkrankheit, erhöhte Cholesterinwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse?*

**Erläuterung:** *Hier müssen Sie alle Behandlungen hinsichtlich konkreter Untersuchungen Ihres Stoffwechsels angeben. **Auch eine Blutuntersuchung ohne Befund müssen Sie angeben!***

**Frage:** *Fanden in den letzten drei Jahren ambulante Behandlungen aufgrund von **Beschwerden**, Medikamentenverordnungen, Untersuchungen oder Beratungen statt?*

**Erläuterung:** *Hier sind alle Arten der Erkrankungen (Arztdiagnose), Beschwerden, Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen, Medikamente mit Dosisangabe anzugeben.*

### **Beispiel für einen Leistungsausschluss und Risikozuschlag für Mehrleistungen**

Ihr aktueller Tarif sieht im stationären Bereich die Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte vor. Der neue Tarif sieht hingegen auch eine Erstattung darüber hinaus vor. Somit liegt eine Mehrleistung vor, die der Versicherer nach einer Gesundheitsprüfung ausschließen kann.

Erhebt der Versicherer allerdings für die Mehrleistungen im Zieltarif einen Risikozuschlag, können Sie aus drei Möglichkeiten wählen:

- Sie möchten die Mehrleistungen im stationären Bereich in Anspruch nehmen? Dann zahlen Sie den verlangten Risikozuschlag.
- Sie möchten die Mehrleistungen nicht in Anspruch nehmen. Dann haben Sie die Möglichkeit, die Mehrleistungen auszuschließen. Sie verbleiben dann auf dem Leistungsniveau Ihres Alt-Tarifs. Folglich wird kein Risikozuschlag erhoben.
- Der Versicherer möchte die Mehrleistungen nicht anbieten. Die Mehrleistungen werden dann ausgeschlossen. Der Verbleib auf dem Leistungsniveau Ihres Alt-Tarifs wäre die Folge.

Das Ergebnis der Gesundheitsprüfung müssen Sie abwarten. Liegt dieses vor, können Sie die Möglichkeiten abwägen und eine Entscheidung hinsichtlich des Tarifwechsels treffen.

## 9. So können Sie den neuen Versicherungsschein überprüfen

Nach der abschließenden Antragsprüfung erhalten Sie den neuen Versicherungsschein.

Diesen sollten Sie dahingehend überprüfen:

- Sind die beantragten Tarife im Versicherungsschein korrekt dargestellt?
- Stimmt die Höhe der Prämie mit der im Angebot überein?
- Stimmt die Höhe des Risikozuschlages, sofern vereinbart, mit der im Angebot überein?
- Ist die übertragene Alterungsrückstellung korrekt?
- Sind die Mehrleistungsausschlüsse, sofern vereinbart, korrekt dargestellt?

Wenn alle Daten im Nachtrag zum Versicherungsschein stimmen, ist der Tarifwechsel durchgeführt. Alle künftigen Rechnungen werden entsprechend dem geänderten Versicherungsumfang erstattet.

**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](mailto:info@bunddersicherten.de)  
Internet: [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)

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