

Wie kommt der PKV Versicherte in einen günstigen PKV Tarif und viel interessante Infos...

Wieder Anfang 2025 ist die private Krankenversicherung (PKV) erneut teurer geworden. Für fast zwei Drittel aller Privatversicherten sind die Beiträge um durchschnittlich 18 bis 20 % Prozent gestiegen. Sparen kann jeder durch einen Wechsel in einen oft günstigeren Tarif und das natürlich beim gleichen Versicherer. Den Versicherer zu wechseln, ist dagegen meistens nicht empfehlenswert. Jeder Privatversicherter hat das Recht auf einen internen Tarifwechsel. Und so funktioniert das...

- Wenn man meistens selbst schon mal seinen Versicherer aufgefordert hat, alternative Möglichkeiten oder gewisse Änderungen zu nennen, war die Antwort meistens immer gleich. Ihr Tarif ist Topp und der Beitrag entsprechend. Besser geht nicht und billiger taugt nichts! Und von daher macht es Sinn, sich von einem Berater objektiv und neutral beraten zu lassen.
- Erst vergleiche die aktuellen Leistungen mit den Vorschlägen bzw. Angebote der neuen Tarife. Denn der neue Tarif enthält nicht immer dieselben Leistungen wie der alte Tarif.

Jeder, der schon länger in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert ist, kennt diese Probleme. Jedes Jahr vor dem Jahreswechsel kommt ein Brief mit einer heftigen Beitragsanpassung. Laut dem Verband der privaten Krankenversicherungen sind die Beiträge 2025 für die Mehrheit der Privatversicherten **um durchschnittlich fast 20 Prozent** teurer geworden. Einige Versicherte haben bei bestimmten Tarifen auch von Beitragserhöhungen bis zu 40 Prozent erzählt. Viele Versicherte akzeptieren solche Beitragserhöhungen stillschweigend, bis Ihnen eines Tages die Belastungen zu hoch sind. Dabei hat jeder Privatversicherter die Möglichkeit, die Beiträge zu senken. Man darf und das ist gesetzlich geregelt § 204 VVG jederzeit kostenlos in einen anderen Tarif wechseln und dadurch lässt sich oft sparen.

Wer kann den Tarif wechseln?

Jeder privat Krankenversicherte hat das Recht, bei seinem PKV Versicherer in einen anderen Tarif zu wechseln. Das wird im Paragraf 204 Versicherungsvertragsgesetz VVG geregelt.

Für einen Tarifwechsel gibt es zwei Gründe:

- Man möchte die Kosten der privaten Krankenversicherung senken oder...
- Man ist mit den Leistungen des Tarifs nicht zufrieden und möchte in einen besseren Tarif wechseln vielleicht in einen abgeschwächten Tarif.

Grundsätzlich darf jeder in alle offenen und geschlossenen Tarife des Versicherers wechseln. **Ausnahme:** Ein Wechsel aus einem **Unisex-Tarif**, also einem Tarif mit gleichen Beiträgen für Männer und Frauen **in einen Bisex-Tarif** mit Beitragsunterschieden zwischen den Geschlechtern, **ist nicht möglich** (§ 204 Abs. 1 VVG). Dieser Tarifwechsel wäre auch nicht zu empfehlen, also immer in den Bisex Tarifen bleiben!

Davon abgesehen kann man beliebig oft in einen anderen Tarif mit gleich gutem oder schlechterem Versicherungsschutz wechseln. Die bisher angesammelten Altersrückstellungen werden im neuen Tarif voll angerechnet und auch das derzeitige Alter und der Gesundheitszustand spielen für alle Leistungen, die man bisher schon versichert hatte, keine Rolle! Heißt, keine Gesundheitsprüfung und auch kein Neuantrag, solange es keine Besserstellungen zu dem bisherigen Tarif sind.

Insbesondere auch dann, wenn die Beiträge für die private Krankenversicherung in den vorangegangenen Jahren erheblich gestiegen sind, lohnt es sich immer, den aktuellen Tarif mit anderen Angeboten des Versicherers zu vergleichen. Das Ziel sollte dabei immer sein, einen Tarif zu finden, mit dem man bei gleich gutem oder abgespeckten Versicherungsschutz Beiträge sparen wird.

Und warum funktioniert ein Tarifwechsel nicht immer so einfach?

Wenn man **bessere Leistungen** vereinbaren oder die Selbstbehalt reduzieren, ist das nicht ohne Prüfung des Versicherers möglich. Der Versicherer wird in solchen Fällen den aktuellen Gesundheitszustand prüfen und auch entsprechend schlechter zu berücksichtigen. Das kann zur Folge haben...

- das der Versicherer einen Risikozuschlag verlangen kann,
- oder eine Wartezeit festlegen, in dem die besseren Leistungen nicht in Anspruch genommen werden kann,
- im schlimmsten Fall, die beantragten besseren Leistungen ausgeschlossen werden.

Ist aber erstmal ein Antrag auf bessere Leistungen gestellt und dieser wurde negativ vom Versicherer bewertet, ist dieser nicht mehr annullierbar und der Versicherer hat das Recht, wie zuvor beschrieben, den Vertrag mit den dann schlechteren Bedingungen fortzuführen. Zusätzliche Leistungen können beispielsweise auch höhere Zahlungen für Zahnersatz oder bei den Medikamenten sein, aber auch weniger Einschränkungen bei der Erstattung von Hilfsmitteln z. B. Rollstühlen oder Brillen.

Worauf sollte man beim Tarifwechsel achten?

Auf wichtige Leistungen sollte man auch zugunsten eines niedrigeren Beitrags nicht verzichten. Bevor man den TW durchführt sollte man sich beim Arzt erkundigen, ob gewisse mögliche Behandlungen oder Op's anstehen oder Eingriffe beim Zahnersatz angeraten werden. Denn es gibt keine Garantie, dass man im neuen Tarif dauerhaft sparen wird. Auch nach einem Tarifwechsel werden die Beiträge wieder steigen...

Nicht den Versicherer wechseln !

Als Privatversicherter sollte man nur den Tarif wechseln, aber nicht Versicherer! Wenn man zu einem anderen Versicherer geht, verliert einen erheblichen Teil der angesparten Altersrückstellungen. Diese ist dafür da, um im Alter die höheren Beiträge abzufedern und dafür zu sorgen, dass der Beitrag nicht zu hoch ist. Aber meistens reichen die Alterungsrückstellungen leider nicht aus.

Und außerdem musst man sich bei einem Wechsel des Versicherers dann erneut einer Gesundheitsprüfung unterziehen und natürlich einen Neuantrag stellen. Das kann und wird **Risikozuschläge** und den **Ausschluss von Leistungen** zur Folge haben. Falls der eigene Makler oder Agent einen Anbieter- Versichererwechsel als Lösung vorschlägt, ist er wohl eher auf eine neue Abschlussprovision aus. Deswegen nicht voreilig den Vertrag kündigen, es kann sein, dass der alte Versicherer den gekündigten Vertrag auch nicht wieder in Kraft setzt und dann hat man ein echtes Problem.

Den alten Vertrag zu kündigen und zu einer anderen privaten Krankenversicherung zu wechseln ist deshalb nur in wenigen Ausnahmefällen sinnvoll, und nur dann wenn der Vertrag erst wenige Jahre läuft und man noch vollständig gesund ist.

Wie geht man beim Tarifwechsel vor?

Vor dem Tarifwechsel sollte man sich Gedanken darüber machen, was man erreichen möchte.

Wenn man mit seinem bisherigen Versicherungsschutz zufrieden ist oder man wünscht sich einen leistungsstärkeren Tarif und wenn man bessere Leistungen möchte, wäre man dann auch dafür bereit auch einen höheren Beitrag zu zahlen? Oder ist es wichtig, künftig weniger zu zahlen und dafür auch Einschränkungen zu akzeptieren? Spätestens dann stellt man sich die Frage, welche Leistungen man in jedem Fall behalten möchte und ob es irgendwelche Leistungen gibt, auf die man zugunsten eines günstigeren Beitrages verzichten kann. Reicht beispielsweise ein Zweibettzimmer statt eines Einbettzimmers im Krankenhaus, oder doch nur das Mehrbettzimmer und im Falle der stationären Unterbringung dann im Krankenhaus das Einzelzimmer selbst bezahlen. Pro Tag 100,00 € aus eigener Tasche bezahlen) Braucht man den Chefarzt oder reicht der Oberarzt? Daher hilft es bei solchen Überlegungen, die Leistungen des eigenen Vertrags genau zu kennen.

Fordere erst ein kostenfreies Angebot von deiner Versicherung an...

Im ersten Schritt forderst man seine Versicherung schriftlich dazu auf, sich zum Tarifwechsel zu beraten. Diese Beratung ist natürlich kostenlos und die Versicherung ist wie gesagt, gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Wünsche und Bedürfnisse zu beantworten (§ 6 VVG). Damit Ihr Versicherung geeignete Alternativen zu dem bisherigen Tarif vorschlägt, solltest du deutlich machen, welches Ziel man mit dem Tarifwechsel verfolgen will und welche Details bei dem künftigen Versicherungsschutz wichtig sind. Man sollte sich nicht telefonisch abwimmeln oder zu einem Besuch von einem Vertreter überreden lassen, sondern immer ein schriftliches Angebot bestehen. Dann kann man in Ruhe prüfen und abwägen, ob sich der Tarifwechsel überhaupt lohnt. Und außerdem muss der Versicherer dazu beraten, welche Beiträge man dann im neuen Tarif zahlen muss und ob in dem Zieltarif eine Gesundheitsprüfung nötig ist. Sollte die Versicherung einen Risikozuschlag erheben, muss sie darüber informieren, wie sich der Zuschlag vermeiden lässt und welche Folgen es hat, wenn man auf bestimmte Leistungen verzichtet. Außerdem muss der Versicherer darauf hinweisen, wenn in einem Zieltarif bereits künftig eine Beitragsanpassung ansteht. Darüber hinaus verpflichten sich die Versicherer, Anfragen zum Tarifwechsel innerhalb von 15 Arbeitstagen zu bearbeiten und Kunden ab dem 55. Lebensjahr automatisch über ihr Wechselrecht zu informieren. Viele Versicherer, die meisten haben grundsätzlich wenig Interesse daran, ihre Kunden beim Tarifwechsel optimal zu unterstützen – schließlich bekommen sie dann weniger Profit für dieselbe Leistung. Man sollte daher hartnäckig bleiben und der Versicherung eine Frist für die Antwort auf die Wechselanfrage setzen. Sollte sich der Tarifwechsel über Monate hinziehen, kannst du verlangen, dass der neue Tarif und damit auch der Beitrag rückwirkend umgestellt wird. Und schlussendlich stellt sich der Versicherer quer, kann man sich beim PKV-Ombudsmann kostenlos beschweren. Der kann auch im Streitfall vermitteln. Außerdem sollte man auch die Finanzaufsicht Bafin informieren. Diese Beschwerden sind kostenlos und die Versicherer mögen es nicht, dort mit den Beschwerdeverfahren entsprechend gelistet zu sein.

Und immer die Leistungen von altem und neuem Tarif vergleichen...

Wenn zwei Tarife ähnliche Leistungen bieten, aber identisch sind sie so gut wie nie. Die Versicherer sind nur verpflichtet, einen „gleichartigen“ Tarif vorzuschlagen (§ 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG). Das bedeutet, dass dieser dann dieselben Leistungsbereiche abdeckt wie der bisherige Tarif z. B. ambulante und stationäre Behandlungen sowie zahnärztliche Leistungen. Im Detail können sich die Tarife aber deutlich unterscheiden. Damit man nicht unwissentlich auf wichtige Leistungen verzichtet, ist es sinnvoll, die verschiedenen Tarife genau zu vergleichen. Als Grundlage dafür sollte die Versicherung verständlich durch eine Synopse die Tarife bisher und neu gegenüberstellen, wie sich der empfohlene Zieltarif von dem bisherigen Versicherungsschutz unterscheidet.

Die Leistungsübersicht ist zu beachten...

Denn der Verzicht auf irgendwelche Leistungen ist meistens nur mit viel Mühe wieder rückgängig zu machen. Vermeiden sollte man immer einen neuen Tarif mit einer angeordneten Gesundheitsprüfung. Das ist nach unserer Erfahrung immer ein Risiko. Zwar darf ein Risikozuschlag nur für bessere Leistungen im neuen Tarif erhoben werden, aber sollte der Versicherer durch die Gesundheitsprüfung Kenntnis von einer neuen Krankheit bekommen, hat man ein Problem, dem Versicherer glaubhaft zu machen, dass es nicht relevant war. Wichtig ist auch zu bedenken: Es gibt eben keine Garantie, dass in dem neuen Tarif dauerhaft gespart wird. Auch nach einem Tarifwechsel werden die Beiträge wieder steigen, falls sich die Kosten im neuen Tarif ungünstig entwickeln. Verzichte sollte man deshalb zugunsten eines niedrigen Beitrags keinesfalls auf wichtige Leistungen.

Aber immer Vorsicht beim Wechsel in einen Unisex-Tarif !

Bis zum 21. Dezember 2012 wurde der Beitrag in der privaten Krankenversicherung nach dem Geschlecht berechnet. Wenn man noch in einem alten, sogenannten Bisex-Tarif versichert ist, sollte man immer den Wechsel in einen neueren Unisex-Tarif nicht beantragen. Denn wenn man einmal in einem Unisex-Tarif ist, in dem Frauen und Männer den gleichen Beitrag zahlen, gibt es kein zurück mehr in die alten Bisex-Tarife. Das kann besonders für Männer nachteilig sein, die seinerzeit von der geschlechtsabhängigen Berechnung profitiert haben. Falls man befürchtet, sich irgendwann nur noch einen minimalen PKV-Schutz z. B. den Standardtarif STN leisten zu können, sollte man ebenfalls nur innerhalb von Bisex-Tarifen wechseln! Dadurch hat man später immer noch die Möglichkeit, notfalls in den günstigsten Standardtarif STN, dann ähnlich versichert zu sein, wie ein gesetzlich Krankenkasse GKV Versicherter. Diese Möglichkeit haben dann am Ende nur die Versicherten mit einem alten Bisex-Tarif. Das regelt der Paragraph 19 in den Musterbedingungen der Privaten Krankenversicherung, an die sich auch die Versicherer in aller Regel halten müssen. Aus einem Unisex-Tarif ist nur ein Wechsel in den teuren und unattraktiven Basistarif möglich. Grundsätzlich darf man als Privatversicherter in alle Tarife wechseln, die der Versicherer anbietet. Dabei behält man alle im alten Tarif gebildeten Altersrückstellungen. Diese werden dann beim Wechsel voll auf den neuen Tarif angerechnet. Unter Umständen kann dann der neue Beitrag sehr günstig sein.

Kannst man den Selbstbehalt erhöhen?

Eine simple aber nicht gute Möglichkeit, beim PKV-Beitrag zu sparen, ist die Änderung auf einen höheren Selbstbehalt. Der lohnt sich vor allem für Selbstständige, aber aufgepasst. Wird der Versicherte im Alter krank oder hat er Beschwerden, wie Rücken- oder Herzprobleme, dann ist

die hohe SB eine schlechte Alternative. Der Angestellte muss sich die Beitrags-ersparnis mit seinem Arbeitgeber teilen, während der Selbstständige den höheren Selbstbehalt allein zahlt. Bevor man beabsichtigt den Selbstbehalt zu erhöhen, sollte man sich absolut sicher sein, dass das Ersparte später dann für den Eigenanteil auch im Rentenalter übrig ist. Denn den Selbstbehalt wieder zu reduzieren, ist in der Regel nur sehr schwer mit Gesundheitsprüfung möglich. Er kann sogar auch steigen, denn der Versicherer darf den Selbstbehalt auch von sich erhöhen. Wichtig zu wissen: Den Selbstbehalt kannst man im Gegensatz zu den Krankenversicherungsbeiträgen nicht voll von der Steuer absetzen. Das kann die Ersparnis schmälern.

Und wer hilft beim Tarifwechsel?

Den Überblick in dem großen Tarifdschungel der privaten Krankenversicherung zu behalten, ist nicht einfach. Daher sollte man sich besser fachkundige Unterstützung für den Tarifwechsel suchen, z. B. gerade dann wenn der Versicherer behauptet, es gebe keinen anderen Tarif, in den man wechseln kann und alles ist gut, besser geht nicht...

Kostenlose Beratung bei dem Versicherungsverkäufer...

Eine mögliche Anlaufstelle für kostenfreie Unterstützung beim Tarifwechsel ist der Versicherungsverkäufer, bei dem man seine private Krankenversicherung abgeschlossen hat. Er ist verpflichtet, Dich auch nach dem Vertragsabschluss zu betreuen und bekommt dafür jedes Jahr eine laufende Provision Vergütung (§ 6 Abs. 4 VVG). Genau das ist aber auch das Problem. Der Verkäufer oder Makler verdient an dem Tarifwechsel nichts zusätzlich. Und wünscht man sich Einsparungen beim Tarif, dann sagt der Makler meistens , dass alles gut ist ! Denn je weniger man bezahlt um so weniger verdient er an dem Vertrag. Daher kann man sich nicht immer darauf verlassen, dass er sich die notwendige Zeit nimmt oder Interesse hat, um ausführlich und neutral zu beraten. Daher immer unabhängige und neutrale Berater, die beim Bundesverband der Versicherungsberater (www.bvvb.de) zu finden sind. Auch die örtlichen Verbraucherzentralen VZ beraten zu diesem Thema aber nur begrenzt.

Besser Beratung gegen Honorar

Wenn man sich bei seinem Versicherungsagenten nicht gut aufgehoben fühlt, kann man sich von einem Versicherungsberater s. o. gegen ein Honorar beraten lassen. Er sollte auf das Thema private Krankenversicherung spezialisiert sein und viel Erfahrung mit Tarifwechseln nachweisen können. Einen Versicherungsberater in der Nähe kann man zum Beispiel über die Suche auf der Website des Bundesverbands der Versicherungsberater (www.bvvb.de) finden. Diese unabhängigen behördlich zugelassenen Berater rechnen in der Regel entweder nach Aufwand ab, beispielsweise mit einer Pauschale oder nach Stunden. Der TW Berater sollte nicht nur helfen, den passenden und günstigsten Tarif zu finden. Er sollte auch die entsprechende Korrespondenz mit dem Versicherer übernehmen. Die haben die Erfahrung und wissen, wie es geht. Das spart Zeit und Nerven. Manchmal erhebt die Versicherung Risikozuschläge für bestimmte zusätzliche Leistungen, die entweder zu hoch oder gar nicht gerechtfertigt sind. Über diese kann der Versicherungsberater mit dem Anbieter verhandeln und sie bestenfalls oft auch abwenden oder löschen lassen. Allerdings kann auch ein Versicherungsberater nicht immer einen geeigneten Tarif für den Wechsel finden, das ist oft aber auf zu hohe Erwartungen der Versicherten zurückzuführen.

Worauf solltest man bei der Beratung achten?

Wichtig ist, dass der Berater die Unterschiede zwischen dem bisherigen Tarif und den möglichen Alternativen erklärt. Er sollte aufzeigen, welche Leistungen sich bei einem Tarifwechsel verschlechtern oder verbessern würden. Eine Gegenüberstellung aktuell zu neu reicht da schon meistens aus. Manchmal wird auch empfohlen, einen Teil des gesparten Beitrages in einen Beitragsentlastungstarif BET zu investieren. Mit einem solchen Tarif können Privatversicherte zusätzliche Rücklagen bilden, die im Alter die Beiträge zur Krankenversicherung um eine bestimmte Summe reduzieren. Wir halten solche Zusatzversicherungen zur Beitragsentlastung nur in Einzelfällen nicht für sinnvoll, etwa dann wenn der Arbeitgeber mit einzahlt. Man sollte einen solchen BET Tarif deshalb nicht unüberlegt abschließen. Wann für die Beratung zum PKV-Tarifwechsel ein Honorar fällig wird und wie hoch es ausfällt, hängt jeweils vom Berater ab. Grundsätzlich gibt es mehrere Konzepte, die Vor- und Nachteile haben.

Was bedeutet erfolgsabhängiges Honorar?

Bei diesem Modell zahlt man, wenn der Berater zu einem günstigeren Tarif verhilft: Er bekommt in der Regel und meistens das Ersparnis $\times 12$, den man im ersten Jahr spart. Bei diesem Modell solltest du in der Honorarvereinbarung festhalten, dass der neue Tarif in allen Bereichen mindestens gleichwertige Leistungen wie der bisherige aufweisen muss. Sprich mit dem Berater auch gleich zu Beginn über die Leistungen, die besonders wichtig sind und auf die man keinesfalls verzichten will. Und nochmal die oft überbezahlte Honorarberechnung $\times 12$ vom Ersparten Beitrag besprechen und besser eine übersichtliche und immer eine festgelegte Pauschale vereinbaren. Der Nachteil eines erfolgsabhängigen Honorars besteht nur in dem hohen Anreiz für den Berater, nicht neutral zu beraten, sondern so, dass der Berater ein möglichst hohes Honorar bekommt. Da die Versicherungsbedingungen komplex sind, könnte er schlimmstenfalls zum Wechsel in einen deutlich billigeren, aber für den Versicherten nachteiligen Tarif verführen, ohne dass man es merkt. Unseriöse Anbieter arbeiten gerne und immer mit diesem Modell, um eine möglichst hohe Beitrags-Ersparnis und damit ein möglichst hohes Honorar zu erhalten. Daher sollte man sich deshalb keinesfalls dazu drängen, in einen Tarif mit ungenügenden Leistungen zu wechseln oder den Selbstbehalt drastisch zu erhöhen. Denn auch der Berater kann die berechnete Ersparnis nicht dauerhaft garantieren. Natürlich auch nach einem Tarifwechsel können die Beiträge wieder steigen, das sollte bekannt sein. Eine Rückkehr zu einem Tarif mit besseren Leistungen oder einer geringeren Selbstbeteiligung ist so gut wie unmöglich. Und außerdem wichtig zu wissen, wenn man sich erstmal gegen einen Tarifwechsel entscheidet, zahlt man erstmal nichts, soweit so gut. Aber überlegt man es sich später aber doch anders und wechselt innerhalb der Vollmacht Frist von oft 36 Monate, dieser bestimmten Frist nach der Beratung in einen den empfohlenen günstigen Tarif, wird auch noch später das Erfolgshonorar fällig – unabhängig davon, wer sich letztlich darum gekümmert hat, den Vertrag umzustellen. Selbst auch dann wenn's in Eigenregie war. In der Regel beträgt diese Frist 35 Monate. Honorarvereinbarungen oder Vollmachten, die länger als 2 bis zu 3 Jahre an diese sogenannten Tarif Optimierer - Berater sich zu binden oder verpflichten, sollte man niemals akzeptieren und schon gar nicht unterschreiben.

Besser ist ein pauschales oder zeitbezogenes Honorar?

Im Gegensatz zum erfolgsabhängigen Modell wird der Berater in diesem Fall nach Aufwand bezahlt. Entweder nennt er vorab einen festen Preis für die Überprüfung des Tarifs oder er

rechnet nach Zeit ab. Auch wenn er keinen passenden Tarif findet, musst man hier immer ein Honorar zahlen. Der Vorteil dieses Konzepts liegt darin, dass der Berater keinen Anreiz hat, einen schlechten oder billigen Tarif zu empfehlen. Er wird in jedem Fall für seine Arbeit bezahlt und kann daher neutral und objektiv beraten. Es schadet auch nicht seinem Ertrag, wenn er von billigen Tarifen mit schlechteren Leistungen abrät oder auch auf Tarife mit geringer Beitragsersparnis, aber deutlich besserem Versicherungsschutz hinweist. Der einzige geringe Nachteil besteht in dem finanziellen Risiko. Man muss immer das Honorar zahlen, ohne zu wissen, ob und wie viel am Ende bei der Krankenversicherung gespart wird. Deshalb ist es immer von Vorteil, wenn der Berater kostenlos eine erste Einschätzung dazu anbietet, ob sich ein Tarifwechsel in der aktuellen Situation lohnt. Für die Beratung auf Zeit sollte man von 150 bis 250 Euro pro Stunde einkalkulieren. Wenn der Berater nicht nach Arbeitsstunden, sondern pauschal abrechnet. Oft wird ein Vorab Honorar verlangt und am Ende nochmal die gleiche Pauschale. So musst Du nicht mit dem gesamten Honorar in Vorleistung gehen. Du solltest in jedem Fall gleich zu Beginn die zu erwartende Honorar Kalkulation erfragen.

Warum wird die PKV mit der Zeit teurer?

Die Krankenversicherungen werden eigentlich jedes Jahr immer teurer. Dafür gibt es hauptsächlich mehrere Ursachen. Zum einen werden die Menschen älter und somit häufen sich Krankheiten und Gebrechen. Die stationäre Unterbringung erhöht sich durch Erhöhung der Gehälter der Steigerung der Medizinischen Entwicklung auch der Forschung entwickelt sich die stetig weiter und modernere Therapien haben eben ihren Preis. Wie sich die Beiträge einzelner Tarife entwickeln, kann selbst innerhalb eines Versicherungsunternehmens höchst unterschiedlich sein. Das liegt daran, dass in der privaten Krankenversicherung jeweils alle gleichaltrigen Versicherten innerhalb eines Tarifs die Gesundheitskosten unter sich aus-machen (§ 155 Abs. 3 und 4 VAG). So können Tarife mit ähnlichen Leistungen unterschiedlich teuer sein, je nachdem wie gesund die Versicherten sind. Besonders extreme Preisunterschiede gibt es bei Versicherten, die regelmäßig neue, sehr günstige Tarife auf den Markt bringen. So versuchen diese, neue Kunden anzulocken. Doch wenn der Anbieter den Preis zu knapp kalkuliert hat, muss er die Beiträge später besonders stark anheben. Das führt dazu, dass gesunde Kunden den Tarif verlassen. Diese sind eher bereit, den Tarif zu wechseln als Kranke – obwohl jeder das Recht auf einen Tarifwechsel hat, unabhängig vom Gesundheitszustand. Wenn aber Gesunde einen Tarif verlassen, verbleiben anteilig mehr Kranke, wodurch die Kosten und damit auch die Beiträge noch stärker steigen. Doch nicht immer sind die Beitragssteigerungen jedoch rechters. Die Versicherungen müssen bestimmte gesetzliche Vorgaben beachten.

Kanzlei Rösler 12/2024 – Peter Rösler

PS...Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit und der schnelleren Bearbeitung verzichten wir auf die unterschiedliche Verwendung einzelner geschlechtsspezifischer Personenbezeichnungen. Selbstverständlich gelten unsere Angaben für sämtliche Geschlechter gleichermaßen. Dafür erwarten wir Ihr Verständnis. Danke.