

Tarifwechsel zahlt sich aus

Private Krankenversicherung. Weniger Beitrag bei gleichen Leistungen – das ist oft möglich. Doch privat Krankenversicherte müssen hartnäckig sein.

Was tun, wenn die private Krankenversicherung immer teurer wird? Ein Wechsel des Tarifs beim eigenen Versicherer ist für viele Kunden der einzige Ausweg. Doch die Versicherer machen es ihren Kunden schwer, ihr Recht zum Tarifwechsel wahrzunehmen.

Finanztest hat seine Leserinnen und Leser im vergangenen Herbst nach ihren Erfahrungen gefragt. Das Ergebnis: Kunden, die einen Tarifwechsel bei ihrem Versicherer durchsetzten, sparten zwischen 100 und

500 Euro Beitrag im Monat. Doch von 75 Versicherungskunden, die geantwortet haben, lief nur bei zehn alles problemlos. Alle anderen stießen zumindest beim ersten Anlauf auf Hindernisse.

Mal wurde den Kunden beschiedener, sie seien schon in einem sehr guten Tarif. Mal behaupteten Versicherer, ein bestimmter Tarif sei neuen Kunden vorbehalten. Manche Leser gaben auf, als ihr Unternehmen ihnen mitteilte, sie könnten nur nach einer erneuten Gesundheitsprüfung wechseln.

Auch der Versicherer von Markus Runte, die DKV, zeigte sich zugeknöpft. Erst als der Mann aus Essen ankündigte, sich an die Versicherungsberaterfirma Widge.de zu wenden (siehe Kasten S. 66), bewegte sich das Unternehmen. Runte erhielt ein günstigeres Angebot mit annähernd gleichen Leistungen. „Hartes Nachfassen verbunden mit ein wenig Recherche im Vorfeld führte zum Ziel“, berichtet er uns.

Alle Kunden dürfen wechseln

Jeder Kunde kann jederzeit von seinem Versicherer einen Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen. Dabei bleiben ihm die Rückstellungen fürs Alter erhalten, die der Versicherer bisher aus seinen Beiträgen gebildet hat. Auch alle übrigen aus dem bisherigen Vertrag erworbenen Rechte bestehen weiter. So steht es in Paragraph 204 des Versicherungsvertragsgesetzes.

„Andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz? Haben wir nicht.“ Reagiert ein Versicherer so, entspricht seine Antwort meistens nicht der Wahrheit. Denn wenn der Kunde bisher eine Versicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung hat, darf er in jeden anderen Tarif seines Versicherers wechseln, der diese Leistungsbereiche abdeckt.

Dabei ist es egal, ob es sich um Baustein- oder Kompakttarife handelt und ob einzelne Leistungen höher oder niedriger sind, also zum Beispiel ein anderer Selbstbehalt oder statt des Zweibettzimmers im Krankenhaus das Einbettzimmer vorgesehen ist. Kunden können auch in Tarife wechseln, die im Neugeschäft nicht mehr angeboten werden.

Versicherer müssen informieren

Auf das Wechselrecht müssen Versicherer ihre Kunden bei jeder Beitragserhöhung schriftlich hinweisen. Den Kunden über 60 Jahre muss das Unternehmen sogar Tarife nennen, die für einen Wechsel geeignet sind. Darunter müssen auch die Angebote sein, die im vergangenen Geschäftsjahr den höchsten Neuzugang hatten. Das Unternehmen muss dabei auch angeben, welchen Beitrag der Kunde dort jeweils zahlen müsste.

Doch die Versicherer sperren sich gegen das Tarifwechselrecht, das 1994 eingeführt wurde. Seitdem gibt es darüber immer wieder Streit zwischen der Versicherungs-

Unser Rat

Chance. Wenn Sie schon jahrelang privat krankenversichert sind, können Sie in vielen Fällen durch einen Wechsel in einen günstigeren Tarif Ihres Versicherers Geld sparen. Unter Umständen müssen Sie dabei nicht einmal auf Leistungen verzichten. Rechnen Sie aber damit, dass Ihr Versicherer sich querstellt. Sie müssen auch selbst recherchieren.

Brief. Fragen Sie den Versicherer schriftlich nach Tarifen, die für einen Tarifwechsel nach Paragraph 204 Versicherungsvertragsgesetz für Sie infrage kommen. Richten Sie diese Anfrage direkt an die Zentrale und bestehen Sie auf einer schriftlichen Antwort.

Hilfe. Lassen Sie sich beim Vergleich der Angebote beraten, zum Beispiel in einer Verbraucherzentrale oder von einem Versicherungsberater. Anders als Vertreter bekommen Versicherungsberater kein Geld vom Unternehmen, sondern ein Honorar vom Kunden (Be-

ratersuche zum Beispiel unter www.bvvb.de, siehe auch Kasten S. 66). Verzichten Sie nicht ohne Not auf Leistungen. Finden Sie heraus, welche Punkte im neuen Tarif als Mehrleistungen gelten und wie viel Risikozuschlag der Versicherer dafür verlangt.

Beschwerde. Gibt Ihr Versicherer Ihnen keine Informationen oder verweigert er den Tarifwechsel, beschweren Sie sich bei der Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Verbrauchertelefon 02 28/41 08 77 77, www.bafin.de. Beschwerden können Sie sich auch beim Ombudsmann Private Krankenversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Telefon: 0 180 2/55 04 44, www.pkv-ombudsmann.de.

Termin. Verlangen Sie, dass der Versicherer Sie rückwirkend in den gewünschten Tarif umstuft, wenn die Prozedur sich über Monate hinzieht.

Markus Runte zahlt jetzt 120 Euro im Monat weniger als in seinem alten Tarif – bei etwa gleichen Leistungen und ohne Selbstbehalt. Sein Krankenversicherer DKV habe den Wechselantrag „eher mürrisch“ genommen, sagt er. Erst als er darauf hinwies, dass er mit einem externen Berater in Kontakt sei, ging es voran.

aufsicht und einzelnen Versicherern. Bereits in drei Fällen musste das Bundesverwaltungsgericht entscheiden.

Leistungen nicht beliebig verringern

Sparen können Versicherte manchmal auch ohne auf Leistungen zu verzichten. Das geht, wenn in dem neuen Tarif mehr gesunde Menschen versichert sind als im alten Tarif und daher die Kosten niedriger ausfallen.

Sieht der neue Tarif zugleich geringere Leistungen als der bisherige vor, senkt das den Beitrag noch viel stärker. Dann kann nämlich auch ein Teil der fürs Alter gebildeten Rückstellungen aufgelöst und zur Verringerung des Beitrags eingesetzt werden.

Das klingt verlockend, niemand sollte jedoch ohne Not auf Leistungen verzichten. Dr. Klaus Zieseniss verhandelt gerade mit der Allianz. Der Versicherer teilte ihm mit, er könne seinen Beitrag nur durch Leistungsverzicht senken. Das will der ehemalige Arzt nicht: „Gerade im Alter will ich die Leistungen nicht reduzieren, wenn es wahrscheinlicher wird, dass man sie braucht.“

Eine Erhöhung des Selbstbehalts sollten sich Versicherte ebenso gut überlegen. Denn es ist davon auszugehen, dass jeder den vereinbarten Betrag früher oder später für Behandlungskosten ausgeben muss. Um die tatsächliche Ersparnis zu errechnen, sollten sie den Selbstbehalt daher durch zwölf teilen und zum monatlichen Beitrag addieren.

Außerdem kann der Selbstbehalt noch steigen, wenn der Vertrag dies vorsieht. Einen Selbstbehalt später wieder zu reduzieren, ist meist nicht möglich.

Auch eine Entscheidung für den Standard- oder Basistarif ihres Versicherers können Kunden nicht ohne weiteres wieder rückgängig machen. Diese brancheneinheitlichen Sondertarife bieten etwa das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen. Im Gegensatz zu üblichen privaten Verträgen ist beispielsweise im Krankenhaus keine Chefarztbehandlung vorgesehen, die Erstattung



für Zahnersatz fällt oft geringer aus und auch andere Ärzte bekommen deutlich weniger Honorar. Daher kommt es vor, dass Ärzte solche Patienten ungern behandeln. Allerdings sind alle Kassenärzte dazu verpflichtet.

Keine Angst vor Gesundheitsprüfung

„Leider müssen wir Ihnen mitteilen, dass das Ergebnis der Gesundheitsprüfung besagt, dass der von Ihnen angedachte Tarifwechsel nur mit einem sehr hohen Risikozuschlag durchgeführt werden könnte. Allein dieser

Risikozuschlag würde dabei höher sein wie der im gewünschten Tarif zu zahlende normale Tarifbeitrag“, schrieb die Axa ihrem Kunden Peter Hansen*. „Bedeutet das für mich mit 70 Jahren, dass ein Tarifwechsel nicht mehr finanzierbar ist?“, fragte Hansen uns. Nein, auch ältere oder kranke Menschen können wechseln. Der Ausschluss von Mehrleistungen ist eine Alternative, die die Versicherer oft nicht erwähnen.

*Namen von der Redaktion geändert.

Versicherte haben beim Wechsel das Recht, mit ihrem ursprünglichen Gesundheitszustand eingestuft zu werden. Auch Wartezeiten, zum Beispiel für Zahnersatz, dürfen nicht noch einmal neu beginnen.

Eine Gesundheitsprüfung darf sich nur auf Mehrleistungen beziehen, die der neue Tarif gegenüber dem bisherigen enthält. Nur dafür kann der Versicherer einen neuen Risikozuschlag verlangen und eine Wartezeit vorgeben. Ausschlaggebend für diesen Risikozuschlag ist dann der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Tarifwechsels.

Wird das zu teuer, können Versicherte immer verlangen, dass der Risikozuschlag durch einen Leistungsausschluss ersetzt wird. Das heißt: Wenn der neue Tarif das Einbettzimmer im Krankenhaus vorsieht, im alten aber nur das Zweibettzimmer versichert war, kann der Kunde auf die Verbesserung verzichten und muss dann keinen Risikozuschlag dafür zahlen. Ebenso kann er vorgehen, wenn der neue Tarif einen geringeren Selbstbehalt vorsieht als der alte Tarif.

Für bestehende Leistungen kann nur im Ausnahmefall ein Risikozuschlag dazukommen: wenn ein Kunde bereits bei dem



Dr. Klaus Zieseniss war früher selbst Arzt: „Viele Kollegen, die jetzt im Rentenalter sind, haben Schwierigkeiten, für sich und ihre Familien die Krankenversicherungsbeiträge aufzubringen.“ Selbst in seinem günstigen Gruppenvertrag sind die Beiträge in den letzten zehn Jahren um mehr als 70 Prozent gestiegen.

ursprünglichen Vertragsschluss in jungen Jahren eine Krankheit hatte, die im alten Tarif aber noch nicht oder mit einem geringeren Risikozuschlag bewertet wurde. Berechnet der Versicherer die Zuschläge in einem neuen Tarif generell – das heißt, auch für Neukunden – anders, kann sich für eine bereits bestehende Krankheit der Risikozuschlag erhöhen. Allerdings darf eine mittlerweile eingetretene Verschlimmerung der Krankheit dabei keine Rolle spielen.

Nicht erlaubt sind außerdem generelle Zuschläge beim Tarifwechsel. Die hat das Bundesverwaltungsgericht der Allianz im Jahr 2010 untersagt (Az. 8 C 42/09).

Auch Leistungen vergleichen

Kunden können auch pauschal auf alle im neuen Tarif angebotenen Mehrleistungen verzichten. In diesem Fall entfällt die erneute Gesundheitsprüfung. Es kann sich jedoch lohnen, vor einer solchen Entscheidung einen Blick auf die einzelnen Mehrleistungen zu werfen, die der neue Tarif bieten würde.

Einige ältere Verträge sehen zum Beispiel vor, dass ambulante Psychotherapie von Ärzten erbracht werden muss. Modernere Verträge lassen dagegen auch die Behandlung durch psychologische Psychothera-

Beratung gegen Honorar

Widge.de und Beitragsoptimierung24.de helfen beim Wechsel

Spezialisierte Versicherungsberaterfirmen haben den Tarifwechsel als Marktlücke entdeckt. Sie beschaffen den Kunden Informationen, beraten über die Vor- und Nachteile verschiedener Tarife und wickeln den Schriftverkehr mit dem Versicherer ab. Dafür erhalten sie einen Teil der künftigen Ersparnis. Wir stellen zwei Beispiele vor.

Widge steht für „Wechsel innerhalb der Gesellschaft“ und ist ein Unternehmen aus Hamburg (www.widge.de). Für einen erfolgreichen Wechsel beträgt das Beraterhonorar achtmal die monatliche Ersparnis plus Mehrwertsteuer. Arbeitnehmer bekommen oft Rabatt. Der Kunde muss nur dann zahlen, wenn er tatsächlich in einen der vorgeschlagenen Tarife wechselt.

Wenn das Honorar von der Höhe der Ersparnis abhängt – besteht dann nicht die Gefahr, dass Kunden in Billigtarife mit gefährlichen Leistungslücken gedrängt werden? Das weist Widge-Geschäftsführer Ozan Sözeri von sich.

Die Gefahr von Leistungsverlusten oder überhöhten Selbstbehalten sieht er eher, wenn Kunden direkt mit dem Versicherer verhandeln. „Ohne professionelle Beratung kann sich ein Kunde den Weg für einen optimalen Tarifwechsel verbauen. Denn Leistungen, auf die er einmal verzichtet hat, kann er nicht zurückverlangen.“ Nur mit fachkundiger Hilfe fänden Kunden heraus, welche Tarife ihr Versicherer hat und wie deren Leistungen im Vergleich zum bestehenden Tarif zu bewerten sind.

So sieht das auch Harald Leissl, Chef der Delegare AG (www.beitragsoptimierung24.de). Das Erfolgshonorar beträgt hier die Ersparnis von zwölf Monaten plus Mehrwertsteuer. Allerdings wird die Ersparnis anders berechnet als bei Widge: Hat der neue Tarif einen höheren Selbstbehalt als der bisherige, wird das von der Ersparnis abgezogen. Das zu zahlende Honorar fällt dann entsprechend geringer aus.

Außerdem wird bei Beitragsoptimierung24.de das Honorar nur dann fällig, wenn der Kunde nicht nur spart, sondern im neuen Tarif das bisherige Leistungsniveau erhalten bleibt oder sich sogar verbessert. Eine Verbesserung ist auch für ältere oder kranke Kunden nicht ausgeschlossen, betont Leissl.

Wenn gar nichts mehr geht

Standardtarif für Rentner als letzter Ausweg

Wenn es für ältere Versicherte keine andere Wechselmöglichkeit gibt, kommt der Standardtarif infrage. Seine Leistungen entsprechen etwa denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ärzte dürfen hier nur bis zum 1,8-fachen Satz der privaten Gebührenordnung (GOÄ) abrechnen. Üblich ist der 2,3- bis 3,5-fache Satz. Kassenärzte sind allerdings verpflichtet, Standardtarif-Patienten zu behandeln.

Versicherte sparen im Standardtarif fast immer, da die Leistungen niedriger sind als in ihrem bisherigen Tarif. Ein Großteil der Alterungsrückstellung aus dem alten Tarif kann daher beitragsmindernd angerechnet werden. Als Obergrenze gilt der Höchstbeitrag der gesetzlichen Kassen von derzeit rund 593 Euro im Monat, die meisten zahlen jedoch deutlich weniger.

Ehepaare zahlen zusammen nur maximal 150 Prozent davon, also rund 889 Euro im Monat. Das gilt allerdings nur, wenn das gemeinsame Jahresbruttoeinkommen nicht höher ist als derzeit 45 900 Euro.

Der Standardtarif steht allen Versicherten offen, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen haben und folgende Voraussetzungen erfüllen: Sie sind mindestens seit zehn Jahren privat versichert und

- entweder mindestens 65 Jahre alt
 - oder mindestens 55 Jahre alt und haben ein Einkommen, das für 2012 nicht über 45 900 Euro im Jahr liegt,
 - oder jünger als 55 Jahre, beziehen aber eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben eine solche beantragt und liegen mit ihrem Einkommen außerdem nicht über 45 900 Euro im Jahr.
- Für Beamte gelten entsprechende Regelungen, angepasst an das Beihilfe- und Pensionssystem.

Basistarif meist ungeeignet

Der brancheneinheitliche Basistarif wurde 2009 in erster Linie für Menschen eingeführt, die bislang gar nicht versichert waren. Die Versicherer dürfen hier auch Schwerkranke nicht ablehnen und von ihnen auch keine Risikozuschläge verlangen. Die Leistungen

gleichen wie beim Standardtarif denen der gesetzlichen Kassen. Allerdings sind die Arzthonorare mit maximal dem 1,2-fachen GOÄ-Satz noch geringer als im Standardtarif. Auch hier gilt aber eine Behandlungspflicht für Kassenärzte.

Da sich im Basistarif vor allem ältere und kranke Menschen sammeln, ist der Beitrag relativ hoch. Er darf nach dem Gesetz jedoch nicht höher sein als der Höchstbeitrag der gesetzlichen Kassen von derzeit rund 593 Euro im Monat. Nach der Kalkulation der Versicherer müsste der Beitrag aber noch viel höher sein. Deshalb bringt es Altkunden trotz der geringeren Leistungen nichts, dass ihre Alterungsrückstellung aus anderen Tarifen angerechnet wird.

Um Beiträge zu sparen, ist der Basistarif daher meist die schlechteste Lösung – es sei denn, jemand ist auf Sozialhilfe, ALG II oder Grundsicherung angewiesen. In diesem Fall müssen die Versicherer den Beitrag halbieren. Falls nötig geben der Sozialhilfeträger oder die Arbeitsagentur einen Zuschuss.

peuten zu. Das ist eine sinnvolle Verbesserung, weil der Patient es dadurch leichter hat, einen für ihn geeigneten Therapeuten zu finden.

Eine solche Mehrleistung würde den Kunden vielleicht gar nicht viel zusätzlich kosten. Erst einmal muss er jedoch davon erfahren. Die Versicherer sind nicht verpflichtet, ihre Kunden von sich aus über die Leistungsunterschiede zwischen dem bisherigen und einem neuen Tarif zu informieren und aufzuschlüsseln, welche Mehrleistung wie viel zusätzlich kosten würde.

Kunden müssen sich diese Informationen also selbst beschaffen – entweder durch Nachfragen beim Versicherer selbst, oder indem sie sich Hilfe von außen holen, zum Beispiel bei einem Versicherungsberater. Auf diese Weise kann der Kunde entscheiden, auf welche Mehrleistungen er verzichtet und für welche er bereit wäre, mehr zu bezahlen.

Die Informationen, die Kunden für ihre Entscheidungen brauchen, rücken Versicherer aber nur widerstrebend heraus. Allianz-Kunde Friedrich Zeidler* erhielt zunächst

von seinem Kundenbetreuer keine Angebote für geeignete Tarife, sondern lediglich den Vorschlag, seinen Selbstbehalt um rund 1 000 Euro pro Jahr zu erhöhen. „Größeres Interesse zeigte der Vertreter an meinen anderen Versicherungen, die ich nicht bei der Allianz habe, zum Beispiel der Autoversicherung“, berichtete er uns.

Nicht abwimmeln lassen

Zeidler bestand jedoch auf einem Angebot. Nach mehreren Wochen Schriftwechsel über Gesundheitsfragen, Mehrleistungen und Risikozuschläge ist der 60-Jährige nun im neuen Tarif Aktimed Plus 90 P versichert. Selbst wenn er den etwas höheren Selbstbehalt voll einrechnet, spart er noch rund 175 Euro im Monat.

Geholfen hat ihm eine kostenpflichtige Anleitung, die er im Internet unter www.tarifwechsel24.de gefunden hat. Er kämpfte konsequent: Zeidler setzte der Allianz in seinen Briefen Fristen für die Antworten auf seine Fragen und gab sich mit ausweichenden Formulierungen oder unvollständigen

Informationen des Versicherers nicht zufrieden. Dörte Elß von der Verbraucherzentrale Berlin betont: „Kunden bleibt keine Wahl, als dem Versicherer so lange auf die Nerven zu gehen, bis er die Informationen herausrückt. Gibt es Probleme, sollten sie sich bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und beim Ombudsmann beschweren.“

Viele Versicherte haben schon gescheiterte Wechselversuche hinter sich, wenn sie die Hilfe der Verbraucherzentrale suchen. „Im Alter können die steigenden Beiträge existenzbedrohend werden. Wenn dann als einzige Alternative der Basistarif genannt wird, ist das eine Sauerei“, schimpft Michael Wortberg, Versicherungsreferent der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz. Dort können Versicherte kostenlose Informationen zum Tarifwechsel herunterladen (www.vz-rlp.de/beitragserhoehung-pkv).

Die Verbraucherzentralen wollen außerdem Beschwerden anonymisiert sammeln und sich politisch für eine Verbesserung der Wechselmöglichkeiten stark machen. ■

Wie die Versicherer rechnen

Beiträge älterer Kunden steigen stärker

Die Beiträge in der privaten Krankenversicherung können vor allem bei älteren Kunden enorm ansteigen. Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz berichtet beispielsweise, dass die von ihr in diesem Winter beratenen Kunden im Schnitt Beitragserhöhungen um 36 Prozent hinnehmen mussten, einzelne Kunden sogar bis zu 58 Prozent.

Allein wegen der höheren Krankheitskosten im Alter dürfen die Beiträge jedoch nicht steigen. Deshalb zahlen junge Versicherte am Anfang einen höheren Beitrag, als für ihre aktuellen Gesundheitskosten nötig wäre. Das überschüssige Geld wird in der Alterungsrückstellung angelegt und verzinst. Später soll die Rückstellung die höheren Ausgaben im Alter decken.

Für einen Mann, der zum Beispiel mit 38 Jahren in den Tarif A eines privaten Versicherers eintritt, muss der Versicherer deshalb einkalkulieren,

- wie hoch seine Lebenserwartung laut Statistik ist,
- wie viele Krankheitskosten er im Tarif A in jedem Jahr seines Lebens voraussichtlich verursachen wird,
- wie viele heute 38-jährige Männer im Durchschnitt in welchem Alter kün-

gen oder in die gesetzliche Kasse zurückkehren werden

- und mit welchem Zinssatz sich das Geld in der Alterungsrückstellung voraussichtlich wird verzinsen lassen.

Immer wieder geht die Kalkulation der Krankenversicherer jedoch nicht auf. Das liegt unter anderem daran, dass ständig neue und teurere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten eingeführt werden und auch die Lebenserwartung steigt. Wenn die tatsächlichen Behandlungskosten in einem Tarif dauerhaft über den ursprünglich kalkulierten Werten liegen, so kann der Versicherer die Beiträge neu festsetzen. Auch Selbstbehalte und Risikozuschläge dürfen dann erhöht werden, sofern dies vertraglich vereinbart ist. Das Gleiche passiert bei einem Anstieg der statistischen Lebenserwartung. Das Recht, ihre Kalkulation immer wieder zu aktualisieren, wurde den Krankenversicherern eingeräumt, weil sie ihren Kunden nicht kündigen dürfen.

Ältere Kunden leiden mehr

Der Beitragsanstieg fällt bei älteren Versicherten deutlich stärker aus als bei Neukunden. Das liegt daran, dass in Verträgen, die bereits lange laufen, ein

großer Teil der Alterungsrückstellung bereits in der Vergangenheit aufgebaut wurde. Sind nun für die Zukunft höhere Kosten zu erwarten als kalkuliert, erweist sich nicht nur der bisherige Risikobeitrag, sondern auch die bestehende Alterungsrückstellung als zu niedrig. Sie muss rückwirkend erhöht werden. Steigen die Versicherungsleistungen zum Beispiel um 4 Prozent, erhöhen sich die Beiträge von Altkunden um $4 + x$ Prozent. Dieses x ist umso größer, je länger der Vertrag bereits läuft.

Hinzu kommt, dass in Tarifen, die bereits viele Jahre auf dem Markt sind, die Beiträge oft überdurchschnittlich stark steigen. Denn hier hat sich über die Jahre der Anteil an kranken Versicherten erhöht.

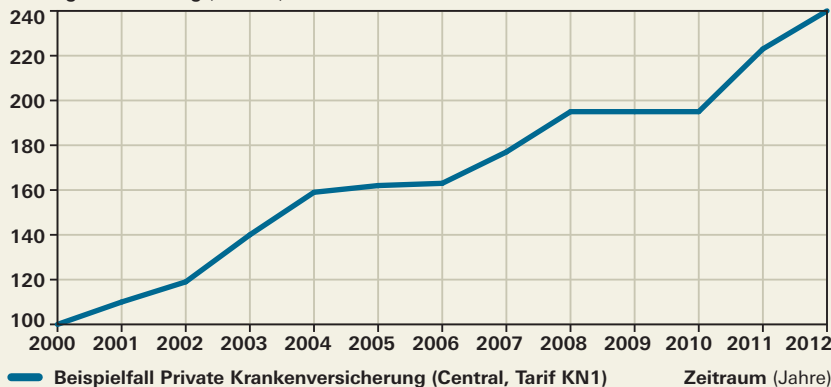
Viele Unternehmen verschärfen dieses Problem noch, indem sie immer wieder neue eigene Konkurrenztarife auflegen und die älteren Tarife für das Neugeschäft schließen. Damit lenken sie die gesunden Neuzugänge nur noch in ihre jüngeren Tarife. Diese können sie dann besonders günstig auf dem Markt anbieten. Wer in einem geschlossenen Alt-Tarif ist, hat dagegen häufig unter besonders starken Beitragserhöhungen zu leiden. Aus diesem Grund wurde 1994 das Tarifwechselrecht eingeführt.

In zwölf Jahren Beitrag mehr als verdoppelt



Bei einer heute 50-jährigen Frau, die seit 1990 privat versichert ist, stieg der Krankenversicherungsbeitrag in zwölf Jahren von rund 310 Euro auf rund 740 Euro im Monat. Hinzu kommen Beiträge für die Pflegeversicherung und das Krankentagegeld.

Beitragsentwicklung (Prozent)



Quelle: Beitragsrechnungen einer Versicherten, die Finanztest vorliegen.

Beitragserhöhungen prüfen

Damit eine Beitragserhöhung wirksam ist, muss ein vom Unternehmen unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüfen und der Beitragsanpassung zustimmen. Außerdem darf der Tarif nicht von vornherein unzureichend kalkuliert worden sein. Ob alle Voraussetzungen erfüllt sind, können Versicherte gerichtlich überprüfen lassen. Auf Nachfrage muss der Versicherer dem von einer Beitragserhöhung betroffenen Kunden den Namen des Treuhänders mitteilen und ihm den Berechnungsbogen für seine persönliche Beitragserhöhung überlassen. Die kompletten Unterlagen, die dem Treuhänder vorgelegt wurden, kann der Kunde allerdings nur verlangen, wenn er gegen die Beitragserhöhung klagt.