

Wann es sich für Privatkrankenversicherte lohnt, den Tarif zu wechseln

Welcher privat Krankenversicherte kennt dieses Phänomen nicht: Jedes Jahr stehen teils erhebliche Beitragsanpassungen ins Haus. Die ursprünglich billigere und leistungsfähigere private Krankenversicherung wird im Alter immer mehr zur finanziellen Belastung. Wer seine Kosten senken will, muss dazu nicht zwingend den Versicherer wechseln. In vielen Fällen gaben Gesellschaften Tarife mit vergleichbaren Leistungen im Angebot, die deutlich weniger kosten als die Produkte, die bereits seit Jahren am Markt sind. Der Grund: Um zahlungskräftige Neukunden zu umgarnen, legen die Gesellschaften in regelmäßigen Abständen neue, attraktive Tarife auf. Diese Produkte sind in der Regel vergleichsweise günstig. Sie fungieren zunächst vor allem als Sammelbecken für junge, gesunde – und die verursachen nun einmal weniger Kosten als die Generation 50 plus.

Dennoch haben die Gesellschaften kein Recht, ihren Altkunden den Zutritt zu neuen Tarifen zu verwehren.

Voller Gesundheitsschutz bei geringerem Tarif

Wer daher die ausgetretenen Pfade verlässt und sich für ein neuartiges Produkt seines Versicherers entscheidet, kann seine Kosten erheblich senken – und das meist, ohne Abstriche bei den gewohnten medizinischen Leistungen machen zu müssen. Er erhält also denselben Gesundheitsschutz, nur eben günstiger.

Weiterer wichtiger Vorteil: Bei einem Wechsel innerhalb der Gesellschaft behält der Kunde seine gesamten Altersrückstellungen und reduziert dadurch zusätzlich den Kostendruck. Am eignen Leib konnte ich die Vorteile eines Tarifwechsels spüren. Meinen bisherigen KV-Beitrag konnte ich von 690 € mtl. auf 340 € mtl. senken. Die jährliche Beitragsersparnis von 4.200 €, bei gleichbleibenden Leistungsansprüchen, aber einer um 400 € höheren Selbstbeteiligung p.a. bzw. 250 € geringeren Beitragsrückerstattung p.a., lohnte den Tarifwechsel. Des einen Freud, des anderen Leid. Die Sache hat allerdings einen Haken.

Versicherungen verhindern Zutritt zu neuen Tarifen

Auch wenn die Rechtslage eindeutig ist: Versicherte müssen damit rechnen, dass die Gesellschaft versuchen wird, einen solchen Übertritt zu verhindern. Die Assekuranzen verlieren durch solche internen Wechsel nicht nur das Geld, das die Bestandskunden durch die niedrigeren Prämien sparen. Da ältere und gesundheitlich angeschlagene Versicherte auch mehr Ausgaben verursachen und dadurch die Kosten in die Höhe treiben, machen sie den Versicherern auch die attraktiven Lockangebote für Neukunden kaputt. Entsprechend mäßig ist die Bereitschaft der Gesellschaften, ihre Altkunden bei einem solchen Wechsel tatkräftig zu unterstützen. Fazit: Um optimal umzusteigen, kommen Wechselwillige nicht ohne kompetente Beratung von unabhängiger Seite aus. Helfen können dabei die Verbraucherzentralen oder ein Versicherungsberater. Eine solche Unterstützung kostet in der Regel zwischen 250 und 600 €. Angesichts des erheblichen Sparpotenzials ist dieses Geld aber gut investiert. Tipp: Weigert sich eine Gesellschaft beharrlich, einem Kunden den Umstieg in einen preisgünstigeren Paralleltarif zu ermöglichen, können sich Versicherte binnen eines Jahres an dem Ombudsmann der privaten Krankenversicherung wenden. Er fungiert als außergerichtliche Schlichtungsstelle und nimmt zu den Meinungsverschiedenheiten zwischen Kunden und Gesellschaft neutral und unabhängig Stellung. Das Verfahren ist für die Versicherten kostenfrei. Wenn der Ombudsmann keine Einigung erzielt, bleibt immer noch die Möglichkeit, ein Gericht anzurufen, um den Konflikt zu lösen.

Dr. Jörg Lehr
