



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Leitlinien für einen transparenten und versichertenorientierten Tarifwechsel

in der Privaten Krankenversicherung

Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und versichertenorientierten Tarifwechsel

Allgemeines

Die Private Krankenversicherung bietet ihren Versicherten garantierte Leistungen und Wahlfreiheit. Versicherte können nicht nur zu Vertragsbeginn den tariflichen Leistungsumfang selber wählen. Sie können insbesondere aufgrund des vertraglich und gesetzlich garantierten Tarifwechselrechts nach § 204 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) den Versicherungsschutz auch nach Vertragsschluss jederzeit an die individuellen Bedürfnisse anpassen. Privatversicherte sind somit nicht an ihren Tarif lebenslang gebunden, sondern haben jederzeit den Rechtsanspruch, in andere gleichartige Tarife ihres Versicherers wechseln zu können.

Um diese Wahlfreiheit zwischen Tarifen mit Leistungs- und Preisunterschieden kompetent ausüben zu können, bedarf es einer qualifizierten Beratung, die sich am individuellen Bedarf des Versicherten und seinen Wünschen orientieren muss, und es bedarf der Transparenz über die Tarifalternativen.

Diese Leitlinien beschreiben Kriterien einer guten Praxis des Tarifwechselrechts in der Privaten Krankheitskostenvollversicherung. Die unterzeichnenden Versicherungsunternehmen verpflichten sich, die Leitlinien in der Praxis des eigenen Unternehmens zu verankern. Auch im Ombudsmannverfahren können sich die Versicherten gegenüber den unterzeichnenden Unternehmen auf diese Leitlinien berufen.

1. Das Tarifwechselrecht des Versicherten

Versicherte haben einen vertraglich und gesetzlich garantierten Anspruch auf den Wechsel in andere Tarife ihres Unternehmens. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.

Anfragen der Versicherten zur Durchführung eines Tarifwechsels werden innerhalb von 15 Arbeitstagen beantwortet. Verzögert sich die Bearbeitung im Einzelfall, erfolgt innerhalb der Frist eine Zwischennachricht, ggf. mit der Bitte um Vervollständigung der Unterlagen. Ist anlässlich des Antrags auf Tarifwechsel eine Risikoprüfung erforderlich, wird diese unverzüglich durchgeführt.

Das Versicherungsunternehmen nennt eine Telefonnummer oder einen Ansprechpartner.

2. Beratung durch das Versicherungsunternehmen

Versicherte, die ihren Tarif wechseln wollen, erhalten eine individuelle und kostenfreie Beratung durch ihr Versicherungsunternehmen. Leitlinie sind dabei der Bedarf und die Wünsche des Versicherten. Diese nimmt das Versicherungsunternehmen detailliert auf und empfiehlt auf dieser Basis entsprechende Tarifalternativen.

Der Versicherte sollte daher im Vorfeld prüfen, welches Ziel er mit dem Wechsel verfolgt: einen Wechsel in deutlich leistungsstärkere Tarife, ggf. auch unter Inkaufnahme einer entsprechenden Beitragserhöhung; oder aber eine Beitragsreduzierung, ggf. durch Leistungsänderung oder Leistungsverzicht? Der Versicherte sollte neben der Klärung der grundsätzlichen Zielrichtung seines Wechselwunsches auch prüfen, welche versicherten Leistungen ihm persönlich auch zukünftig notwendig und welche verzichtbar erscheinen. Diese Vorbereitung ermöglicht ihm gezielte Fragen im Beratungsgespräch. Das Versicherungsunternehmen weist den Versicherten darauf hin, dass abgewählte Leistungen später nicht ohne Risikoprüfung erneut versichert werden können. Im wohlverstandenen Eigeninteresse des Versicherten kann es sein, auf kurzfristige Beitragssenkungen zu verzichten, um langfristig das bestehende Leistungsniveau zu erhalten oder auszubauen.

Im Rahmen der Beratung beim Tarifwechsel hat der Versicherte einen Anspruch auf eine verständ-

liche Darstellung, welche Mehr- und Minderleistungen mögliche Zieltarife gegenüber seinem bestehenden Versicherungsschutz aufweisen, welche Beitragsunterschiede damit einhergehen und ob im Zieltarif eine Risikoprüfung erforderlich wird; im Falle eines Risikozuschlags umfasst die Beratung die Möglichkeit und die Folgen einer Vermeidung des Zuschlags durch Vereinbarung eines Leistungsausschlusses. Steht in einem Zieltarif eine Beitragsanpassung fest, weist das Versicherungsunternehmen den Versicherten darauf hin. Falls für die Versicherten keine (preisgünstigeren) Tarifalternativen zur Verfügung stehen bzw. die Risikoprüfung einen hohen Zuschlag ergibt, erläutert dies das Versicherungsunternehmen. Die Beratung des Versicherten wird dokumentiert.

Das Versicherungsunternehmen klärt über die Besonderheit des Wechsels von geschlechtsabhängig kalkulierten (Bisex-)Tarifen in geschlechtsunabhängig kalkulierte Unisex-Tarife auf, da ein Wechsel zurück in Bisex-Tarife rechtlich nicht mehr möglich wäre. Es klärt auch den Versicherungsnehmer darüber auf, dass der Rückwechsel in den Ursprungstarif mit einer Risikoprüfung verbunden sein kann, wenn dieser Mehrleistungen im Vergleich zum Zieltarif enthält.

Bei der Beratung über Standard- und Basistarif wird über die Voraussetzungen des Wechsels, die zu entrichtende Prämie sowie die Möglichkeit einer Prämienminderung im Basistarif gem. § 152 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes beraten.

3. Gewährleistung von Transparenz über die Tarifwelt

Sein Tarifwechselrecht im wohlverstandenen Eigeninteresse ausüben kann nur der informierte Versicherte. Dazu bedarf es eines verständlichen Überblicks über die für einen Wechsel in Betracht kommenden Tarifalternativen.

Transparenz über die Tarifwelt können die Versicherungsunternehmen dem Versicherten dadurch verschaffen, dass sie ihm das gesamte Spektrum an Tarifalternativen aufzeigen. Um auch bei einer breiten Tariflandschaft die Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit für den Versicherten zu erleichtern, können die Unternehmen alternativ auf der Basis eines Auswahlsystems geeignete Tarife für den Versicherten auswählen. Der Umstand, dass es sich um eine Auswahl handelt, muss benannt werden. Die Auswahl soll verkaufsoffene und andere, bestandsstarke Tarife umfassen. Je nach Unternehmensgröße und -historie müssen die Schwellenwerte für die Bestandsgröße vom Unternehmen individuell festgelegt werden.

Die der Auswahl zugrundeliegenden Kriterien müssen den Grundsätzen dieser Leitlinien entsprechen und sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen, insbesondere § 12 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, wonach sich das gesetzliche Tarifwechselrecht nur auf Tarife mit „gleichartigem Versicherungsschutz“ bezieht, sowie den § 6 Abs. 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung mit den entsprechenden zusätzlichen Informationspflichten bei Beitragsanpassungen. Die Auswahlkriterien und das darauf basierende Auswahlverfahren sind auf ihre Vereinbarkeit mit den Leitlinien und den gesetzlichen Anforderungen durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft im Rahmen einer Angemessenheitsprüfung zu prüfen.

Zur Sicherung bestmöglicher Transparenz und Verständlichkeit stellt das Versicherungsunternehmen Tarifalternativen derart dar, dass dem Versicherten ein Überblick über die Gruppe der gleichwertigen Tarife sowie über die Gruppe der Tarife mit höherem und niedrigerem Leistungsniveau möglich ist.

Der Versicherer teilt dem Versicherten für die ausgewählten Zieltarife den unter Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung zu zahlenden Beitrag mit. Bestehende und die sich aus einer Risikoprüfung ergebenden Risikozuschläge bleiben davon unberührt.

4. Risikoprüfung und Risikozuschläge bei der Absicherung von Mehrleistungen

Der Tarifwechsel erfolgt unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte. Der bei Vertragsabschluss festgestellte Gesundheitszustand wird berücksichtigt, d.h. alle Wechsel in Tarife mit gleichem oder niedrigerem Leistungsniveau erfolgen ohne Risikozuschläge, egal wie sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit Vertragsbeginn entwickelt hat. Wenn die Leistungen im Zieltarif höher oder umfassender als im vorherigen Tarif sind, kann das Versicherungsunternehmen für die Mehrleistungen auf der Grundlage einer Risikoprüfung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und eine Wartezeit verlangen.

Der Versicherte muss im Rahmen der Risikoprüfung bei Mehrleistungen entsprechende Gesund-

heitsfragen des Unternehmens wahrheitsgemäß beantworten und sollte sich dafür ausreichend Zeit nehmen. Auch eine Verringerung des Selbstbehaltes stellt eine Mehrleistung dar, für die eine Gesundheitsprüfung verlangt werden kann.
Der Versicherer dokumentiert den Risikozuschlag und den Grund für dessen Erhebung.

5. Die Behandlung von Beschwerden zum Tarifwechsel

Das Versicherungsunternehmen behandelt Versichertenbeschwerden zum Tarifwechsel umfassend und rasch. Auf Beschwerden erhält der Versicherte möglichst innerhalb von 15 Arbeitstagen eine umfassende und verständliche, auf die Beschwerde eingehende schriftliche Antwort. Verzögert sich die Bearbeitung im Einzelfall, erfolgt innerhalb der Frist eine Zwischennachricht.

Lassen sich die Meinungsverschiedenheiten nicht austräumen, weist der Versicherer – unabhängig von der weiteren Behandlung der Beschwerde – den Versicherten auf die Möglichkeit der Durchführung eines Beschwerdeverfahrens beim Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung (www.pkv-ombudsmann.de) oder bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ausdrücklich hin.

6. Information des Versicherten bei Beitragsanpassungen

Von einer Prämienhöhung betroffene Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, werden auf Tarife hingewiesen, in denen sie bei einem Wechsel eine Prämienreduzierung erzielen würden. Maßgabe der Tarifauswahl sind die Kriterien gemäß § 6 Abs. 2 VVG-Informationspflichtenverordnung (vgl. Anlage).

7. Verbindlichkeit der Leitlinien

Die diesen Leitlinien beitretenden Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. machen diese Leitlinien für sich verbindlich. Sie ergreifen die notwendigen Maßnahmen, um die Regeln dieser Leitlinien in der Praxis des eigenen Unternehmens zu verankern.

Die Mitgliedsunternehmen erklären ihren Beitritt zu den Leitlinien gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit der Maßgabe, die für die externen Überprüfungen notwendigen Kriterien und Prozesse, soweit sie über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen, bis spätestens zum 1.1.2016 zu implementieren. Der Verband veröffentlicht die Versicherungsunternehmen, die diese Leitlinien als für sich verbindlich anerkennen, auf seiner Homepage und im Rechenschaftsbericht.

Folgende Unternehmen (*) haben ihren Beitritt zu diesen Leitlinien gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. erklärt:

- Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Postfach 11 30, 85765 Unterföhring
- ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Postfach 13 63, 49362 Vechta
- AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft, 50592 Köln
- Barmenia Krankenversicherung AG, 42094 Wuppertal
- Versicherungskammer Bayern, Maximilianstraße 53, 81537 München
- CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft, 30621 Hannover
- Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit, 56058 Koblenz
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG, 50594 Köln
- GÖTHAER KRANKENVERSICHERUNG AG, 50598 Köln
- HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit, 70166 Stuttgart
- HUK-COBURG Krankenversicherung AG, 96444 Coburg
- LVM Krankenversicherungs-AG, 48126 Münster
- Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, 30619 Hannover
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, 90334 Nürnberg
- Versicherer im Raum der Kirchen, Krankenversicherung AG, Doktorweg 2–4, 32756 Detmold
- Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, 30140 Hannover
- R + V Krankenversicherung AG, 65181 Wiesbaden
- SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., 44121 Dortmund
- SDK Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Postfach 19 23, 70709 Fellbach
- Union Krankenversicherung AG, 66099 Saarbrücken
- Württembergische Krankenversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

(*) Stand: Januar 2025

Anlage: Wortlaut der in den Leitlinien zitierten gesetzlichen Bestimmungen

Versicherungsvertragsgesetz § 204 Abs. 1

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

Krankenversicherungsaufsichtsverordnung § 12: Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz

(1) Als Krankenversicherungstarife mit gleichartigem Versicherungsschutz, in die der Versicherte zu wechseln berechtigt ist, sind Tarife anzusehen, die gleiche Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und für die der Versicherte versicherungsfähig ist. Leistungsbereiche sind insbesondere:

- 1. Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,
- 2. Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeldversicherungen mit Kostenersatzfunktion,
- 3. Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,
- 4. Krankenhaustagegeld, soweit es nicht zu Nummer 2 gehört,
- 5. Krankentagegeld,

- 6. Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren,
 - 7. Pflegekosten und -tagegeld.
- (2) Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten, deren Wegfall zur Folge hat, dass der Versicherte bedingungsgemäß nicht mehr in diesem Tarif versichert bleiben kann.
- (3) Keine Gleichartigkeit besteht
- 1. zwischen einem gesetzlichen Versicherungsschutz mit Ergänzungsschutz der privaten Krankenversicherung und einer substitutiven Krankenversicherung;
 - 2. zwischen einem Versicherungsschutz in der Pflegekosten- und Pflege tagegeldversicherung ohne Pflegezulageberechtigung und einer Pflege-Zusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß § 127 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.
- (4) Schließt der Versicherte unter Kündigung des bisherigen Vertrags gleichzeitig einen Vertrag über einen Basistarif bei einem anderen Krankenversicherer ab, sind Zusatzversicherungen, welche Leistungen abdecken, die im bisherigen Versicherungsschutz, nicht jedoch im Basistarif enthalten sind, und für die der Versicherte versicherungsfähig ist, als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz anzusehen.

Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen § 6: Informationspflichten während der Laufzeit des Vertrages

- (2) Bei der substitutiven Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes hat der Versicherer bei jeder Prämienhöhung unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung auf die Möglichkeit des Tarifwechsels (Umstufung) gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes hinzuweisen. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die einen gleichartigen Versicherungsschutz wie die bisher vereinbarten Tarife bieten und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Der Hinweis muss solche Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen. Zu den in Satz 2 genannten Tarifen zählen jedenfalls diejenigen Tarife mit Ausnahme des Basistarifs, die jeweils im abgelaufenen Geschäftsjahr den höchsten Neuzugang, gemessen an der Zahl der versicherten Personen, zu verzeichnen hatten. Insgesamt dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen im Falle eines Wechsels in den jeweiligen Tarif zu zahlen wären. Darüber hinaus ist auf die Möglichkeit eines Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif hinzuweisen. Dabei sind die Voraussetzungen des Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif, die in diesem Falle zu entrichtende Prämie sowie die Möglichkeit einer Prämienminderung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes mitzuteilen. Auf Anfrage ist dem Versicherungsnehmer der Übertragungswert gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anzugeben; ab dem 1. Januar 2013 ist der Übertragungswert jährlich mitzuteilen.

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0
Heidestraße 40
10557 Berlin
Telefon: (030) 20 45 89 - 20
kontakt@pkv.de
www.pkv.de
