

Warum wird die private Krankenversicherung immer teurer...?

Seit Jahren steigen die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen - und damit auch die Beiträge. Und jetzt wird es richtig teuer: Experten rechnen für 2016 und die kommenden Jahre mit hohen Beitragssteigerungen, die oft 20 % ausmachen. Nachfolgend einige Beispiele und welche Versicherer ihre Tarife jährlich verteuern. Im November verschicken fast alle Private Krankenversicherungen (PKV) die Beitragserhöhungen für das kommende Jahr. Wie hoch die Steigerungen ausfallen werden, ist offiziell noch nicht bekannt. Dabei ist zu beachten, dass viele PKV-Tarife oft aus mehreren Bausteinen bestehen. Das schließt aber nicht aus, dass es in bestimmten Tarifen stärkere Erhöhungen geben wird. Tatsächlich werden wohl nicht alle Gesellschaften ihre Tarife derart drastisch erhöhen.

Das Problem: Durchschnittswerte helfen Kunden gerade bei Preiserhöhungen in der PKV wenig bis gar nicht. Der Versicherte muss es akzeptieren oder etwas tun, nämlich einen Tarifwechsel und dabei hilft der Versicherungsberater. Der Berater Peter Rösler kennt die Tarife und die Bedingungen, die zu beachten sind. Wer selbst mit den Versicherern verhandeln will kann viel falsch machen und eine Korrektur oder Rückabwicklung ist teuer.

Das können Versicherte jetzt tun

Wer sich die Beiträge zu seiner privaten Krankenversicherung nicht mehr leisten kann oder will, hat die Möglichkeit jeweils zum Monatsende innerhalb seiner Gesellschaft in einen günstigeren Tarif zu wechseln. Dabei sind die einzelnen Versicherer verpflichtet gem. § 204 VVG. Der Wechsel zu einem anderen Privatversicherer ist für ältere Versicherte ab dem 55. Lebensjahr nicht mehr möglich. Vor dem 55. Lebensjahr ist es meist unattraktiv und nicht ratsam, weil dabei die angesparten Altersrückstellungen auf der Strecke bleiben, das erhöht das Tarifniveau beim neuen Versicherer. Der Versicherungsverkäufer wittert bei einem Wechsel des Versicherers eine hohe Provision und daher sollte man diesen Weg nicht gehen.

Das ist Grund für die Preiserhöhungen

Wie schon in den vergangenen Jahren kämpfen die Versicherer seit 2016 mit den niedrigen Zinsen. Diese treiben Beitragsanpassungen zusätzlich in die Höhe. Der Grund: Übersteigen die Gesundheitskosten oder die Lebenserwartung eine bestimmte Schwelle, müssen die privaten Versicherer die Beiträge anpassen. Das bedeutet in den meisten Fällen eine Erhöhung im oft im zweistelligen Prozent-Bereich. Das Problem aktuell: Wenn sich die Krankenversicherer dafür entscheiden, ihre Beiträge zu erhöhen, müssen sie auch ihre Zinsaussichten für die kommenden Jahre anpassen und die werden momentan eher schlechter als besser. Dadurch kommt es dann zu deutlich höheren Beitragssteigerungen als eigentlich geplant. Jahr für Jahr steigen die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung. Für viele Kunden ist irgendwann eine Grenze erreicht: Der Beitrag übersteigt ihre finanziellen Mittel.

Niedriger Spardruck: Risikozuschläge streichen lassen

Sie hatten Darmprobleme oder Heuschnupfen, als sie in die private Krankenversicherung gewechselt sind. Dann zahlen Sie vermutlich seit Jahren einen Risikozuschlag. Dieser kann 25 Prozent des Beitrags ausmachen. Wenn Sie inzwischen beschwerdefrei oder haben eine Hyposensibilisierung gemacht, dann könnte der Grund für den Risikozuschlag entfallen. Ergebnis: Der Beitrag sinkt und der Versicherer garantiert weiterhin alle beantragten Leistungen. In vielen Verträgen wurde bei Abschluss festgelegt, dass oft nach 3-5 Jahren ab Beginn der Risikozuschlag überprüft werden kann. Allerdings muss der Versicherte dies aktiv beantragen und die Streichung ist nicht ganz leicht durchzusetzen: „Man muss generell mit einem Schreiben des Arztes belegen können, dass man beschwerdefrei ist. Probleme können in solchen Fällen die Arztrechnungen der vergangenen Jahre machen. Manche Ärzte haben noch jahrelang Diagnosen auf Rechnungen dokumentiert, deren Behandlung gar nicht abgerechnet wird. Wer aber laut Arztrechnung immer noch wegen Magen- Darmerkrankungen und Heuschnupfen behandelt wird, kann nicht plötzlich den Risikozuschlag streichen wollen.

...Tarif wechseln

Alle PKV-Versicherten dürfen innerhalb ihrer Gesellschaft in jeden bestehenden Tarif wechseln. Ausnahmen gelten für den Wechsel von Bi-Sex- in Uni-Sex-Tarife, ansonsten stehen den Versicherten alle Tarife ihrer Gesellschaft frei - meist ohne erneute Risikoprüfung. Oft gibt es günstigere Tarife mit gleichem oder vergleichbarem Leistungsumfang. Doch das Tarifdickicht der Versicherer ist undurchsichtig und die Versicherer selbst haben wenig Interesse daran, ihre Versicherten in günstigere Tarife einzustufen. Abhilfe schaffte bisher meist nur ein versierter Versicherungsberater.

Ab Januar 2016 soll das anders werden, versprechen die Versicherer. Auf Druck des Gesundheitsministers haben sich viele große Versicherer neue Leitlinien zur Beratung ihrer Kunden ausgegeben. Die Versicherten sollten sich grundsätzlich zuerst an ihren Versicherer wenden, wenn sie den Tarif wechseln wollen. Dennoch besteht auch beim Wechsel in vermeintlich günstigere Tarife ein Risiko. Es kann Ihnen keiner sagen, dass der neue Tarif in zwei, drei Jahren nicht genauso teuer ist, wie der Alte. Das ist vor allem dann ärgerlich, wenn der Versicherte Leistungseinbußen hingenommen hat. Wer die Wahl hat, sollte sich nicht zu weit von seinen bisherigen Leistungen entfernen. Wer etwa voreilig auf Leistungen wie Psychotherapie oder Massagen verzichte, zahle im Krankheitsfall schnell drauf. Tipp: Wer gesund ist, kann beim Tarifwechsel einer Gesundheitsprüfung zustimmen, um einen besseren Tarif günstiger zu bekommen. Wer hingegen bei seinen Leistung bleibt, muss laut den neuen Leitlinien der Branche keine erneute Gesundheitsprüfung ablegen.

Hoher Spardruck: Leistungen ausschließen

Wer hohe Beiträge einsparen will, weil am Risikoausschluss nicht zu rütteln ist und er sich seine PKV sonst nicht mehr leisten kann, muss verzichten und Leistungen kürzen. Wenn man am Beitrag sparen will, sollte jeder überlegen, ob Leistungen wie ein Einzelzimmer überhaupt gebraucht werden. Trotzdem sollten die folgenden Tipps nur der befolgen, der seinen Beitrag tatsächlich nicht mehr zahlen kann oder bezahlen will.

Arztwahl einschränken

Oft wird ein Tarif deutlich günstiger, wenn der Versicherte dem Primärarztprinzip zustimmt. Das bedeutet, dass er bei allen Erkrankungen immer zuerst zum Hausarzt geht und dieser ihn im Zweifel an Spezialisten überweist.

Selbstbehalt erhöhen

Wer den Selbstbehalt SB erhöht, muss fortan größere Summen seiner Arztrechnungen selber tragen. Dieses Instrument birgt jedoch auch erhebliche Risiken, daher die SB nicht zu hoch. Wird der Versicherte ernsthaft krank, muss er unter Umständen auf einen Schlag eine sehr hohe Arztrechnung begleichen. Bei AN der Arbeitgeber beteiligt sich nicht am SB, nur am Beitrag. Der SB kann meistens wenn überhaupt nur mit einer Gesundheitsprüfung wieder gesenkt werden

Zurück in die gesetzliche Krankenversicherung

Dieser Schritt gilt oft als unmöglich, ist aber nur schwer machbar. Die Voraussetzung: Der Versicherte ist 55 Jahre oder jünger und verdient ein Jahr lang weniger als die Versicherungspflichtgrenze. Diese liegt im Jahr 2015 bei 54.900 Euro, also 4575 Euro im Monat. Auch Selbstständige, die wieder eine Festanstellung zu diesen Konditionen annehmen, dürfen dann zurück in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Eine weitere Möglichkeit wäre, sich arbeitslos zu melden um Arbeitslosengeld zu beziehen. Auch dann rutscht man zurück in die Krankenkasse. Achtung: Ist der Arbeitslose bereits älter als 55 Jahre, bleibt ihm diese Möglichkeit verwehrt.

Der Ausweg am Ende...

Der Standardtarif steht nur Versicherten offen, die schon vor 2009 eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben und älter sind als 65 Jahre. Wer über 55 Jahre alt ist und nicht mehr in die GKV wechseln darf, kann den Standardtarif wählen, wenn er unter der Versicherungspflichtgrenze liegt. Der Standardtarif bietet die Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Er ist in der Regel günstiger, als der Basistarif.

...eher vermeiden!

...in den Basistarif. Der Basistarif orientiert sich ebenfalls an den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Er darf nicht teurer sein, als der höchste Beitrag zur GKV. Da aber dieser ebenfalls kontinuierlich steigt, rechnet die Stiftung Warentest damit, dass auch der Basistarif in den nächsten 30 Jahren auf 1800,00 Euro steigen könnte. Dafür bietet er etwas mehr Leistungen als der oben genannte Standardtarif; etwa bei Psychotherapie und Reha-Leistungen. Können Kunden nachweisen, dass sie nach §9 des Sozialgesetzbuchs II hilfsbedürftig sind, wird ihnen zudem die Hälfte des Beitrags erlassen.

...das Letzte!

Der Notlagentarif! Wer seine Beiträge tatsächlich nicht mehr zahlen kann, landet oft nach dem Mahnverfahren im Notlagentarif. Dieser kostet zwischen 100 und 130 Euro, die der Versicherte oder das Amt zahlen. Der Notlagentarif führt nicht umsonst diesen Namen. Er greift dann, wenn der Versicherer mich eigentlich rauswerfen wollte, darf er aber nicht, weil in Deutschland eine Versicherungspflicht besteht. Der Notlagentarif deckt nur noch die aller nötigsten akuten Behandlungen ab, schon die Prophylaxe beim Zahnarzt ist nicht mehr inbegriffen.