

FACHARTIKEL NOVEMBER 2017

BEITRAGSERHÖHUNG IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (PKV) HINTERGRÜNDE, AUSWIRKUNGEN & MÖGLICHE HANDLUNGSOPTIONEN

Peter Quickert
Director Team PKV-Optimierung
BENEFITERIA GmbH München/Düsseldorf



Sehr geehrte Leserin, Sehr geehrter Leser,

mit Sicherheit sind Mitarbeiter in Ihrem Unternehmen privat krankenversichert. Viele dieser Mitarbeiter müssen zum Jahreswechsel 2018 mit drastischen Beitragserhöhungen rechnen. Laut aktueller Mitteilung des PKV-Verbands betragen die durchschnittlichen Beitragserhöhungen 8 Prozent; in Einzelfällen sind auch 40 Prozent möglich. Rund zwei Drittel der knapp 9 Millionen Privatversicherten in Deutschland – als auch die Unternehmen in Form von steigenden Arbeitgeberzuschüssen – werden betroffen sein.

Was sind dafür die Hintergründe und kann man denn etwas dagegen unternehmen?

Mit dem beiliegenden Fachartikel möchten wir Sie und Ihre Mitarbeiter zu dieser Thematik informieren und können Sie gerne mit unserer Expertise und Beratungsleistung unterstützen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und kurzweilige Lektüre und stehen Ihnen selbstverständlich für Fragen und Anregungen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Peter Quickert

INHALT

1. HINTERGRÜNDE ZU BEITRAGSANPASSUNGEN DER PKV

- A) Kalkulationsgrundlagen der PKV/Beitragsanpassungsklausel
- B) Rechnungszins
- C) Sterbetafeln

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.1. WECHSEL DES VERSICHERERS

- A) Altersrückstellungen
 - B) Gesetzlicher Beitragszuschlag 10%
 - C) Eintrittsalter/Gesundheitsprüfung
 - D) Veränderte Leistungen
- ZUSAMMENFASSUNG**

2.2 TARIFOPTIMIERUNG INNERHALB DER BESTEHENDEN VERSICHERUNG

- A) Rechtliche Betrachtung
 - B) Intransparenz der Tarifmöglichkeiten
 - C) Tarifwechsel – Leitfaden des PKV-Verbandes
- ZUSAMMENFASSUNG**

2.3. UNTERSCHIEDUNGSKRITERIEN DIENSTLEISTER TARIFOPTIMIERUNG

- A) Honorarmodelle
 - B) Umfang der Ergebnisdarstellungen
 - C) Inhalt der Ergebnisdarstellungen
 - C 1. Kaufmännischer Ergebnisbericht
 - C 2. Darstellung der Leistungsunterschiede
 - D) Bisextarife und Rentnerstandardtarif
 - E) Unisextarife und Basistarif
- ZUSAMMENFASSUNG**

1. HINTERGRÜNDE

A) KALKULATIONSGRUNDLAGEN DER PKV/BEITRAGSANPASSUNGSKLAUSEL

Die Versicherer müssen jährlich überprüfen, ob die kalkulierten Leistungsausgaben im Einklang mit den tatsächlichen Leistungsausgaben stehen (sogenannte auslösende Faktoren). Sofern hierzu Abweichungen von 5% und mehr vorliegen, „kann“ ein Versicherer die Beiträge erhöhen; erst ab einer Abweichung von 10% und mehr „muss“ der Versicherer per Kalkulationsverordnung reagieren und seine Beiträge entsprechend erhöhen (dieser Effekt des auslösenden Faktors kann – eher theoretischer Natur – auch zu einer Beitragsreduzierung führen). Diese jährliche Überprüfung erfolgt nicht in der Gesamtheit der Leistungsausgaben des Versicherers, sondern wird getrennt nach Versichertenkollektiven der einzelnen Tarife vorgenommen. Da viele große namhafte Krankenversicherer historisch bedingt mehr als 100 Tarife (und somit Kollektive) prüfen müssen, kann es bei dem einen Bestandskunden zu einer deutlichen Beitragserhöhung kommen, während ein anderer Kunde desselben Versicherers in einem anderen Tarif/Versichertenkollektiv keine Erhöhung erfährt.

P.S.: Die Beitragsanpassungsklausel sieht nicht nur Beitragsveränderungen vor. Additiv können bestehende Selbstbehalte im Versicherungsvertrag sowie bestehende Risikozuschläge ebenfalls erhöht werden.



B) RECHNUNGSZINS FÜR DIE ALTERSRÜCKSTELLUNGEN

Die aktuelle Niedrigzinsphase des Kapitalmarktes hat ebenfalls einen besonderen Effekt auf die Beitragskalkulation der Krankenversicherer. Ein großer Teil der Beiträge in der Privaten Krankenversicherung dient dazu, Rückstellungen fürs Alter zu bilden. Mit diesen Altersrückstellungen treffen die Versicherer somit Vorsorge für die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten. Diese gebildeten Altersrückstellungen müssen mit dem Rechnungszins verzinslich angelegt werden. Dieser Rechnungszins betrug in der Vergangenheit 3,5% bei Bisextarifen; während bei den neuen Unisextarifen (siehe auch Bisex/Unisextarife) seit 2013 im Durchschnitt der Rechnungszins mit 2,25 bis 2,75% kalkuliert wird. Viele Krankenversicherer senken nun im Rahmen einer Beitragsanpassung den alten Rechnungszins von 3,5% bei Bisextarifen auf das Niveau der Unisextarife (2,25 bis 2,75%) ab, da der alte Rechnungszins nicht mehr auf den Kapitalmärkten zu erzielen ist. Je niedriger der intern zugrunde gelegte Rechnungszins bei den Altersrückstellungen ist, desto höher müssen die Gesamtbeiträge kalkuliert werden, um auf die gleichen Endbeträge bei den Ansparleistungen zu kommen wie zuvor. In der Folge führt eine derartige Absenkung des Rechnungszins – neben den gestiegenen Leistungsausgaben – zu einem weiteren Erhöhungsbedarf bei den Gesamtprämien.

C) STERBEWAHRSCHEINLICHKEIT/STERBETAFELN

Ein weiterer auslösender Faktor für eine Beitragsanpassung ist die Veränderung der Sterblichkeit. Jedem Tarifkollektiv werden Sterbetafeln bei der Beitragskalkulation zugeordnet. Unter anderem aufgrund von immer besserer medizinischer Versorgung sowie gesünderem Verhalten der Menschen werden wir in Deutschland immer älter. Der Versicherer trägt dem Rechnung, in dem die zugrunde liegenden Sterbetafeln aktualisiert und somit in der Folge die Beiträge angepasst werden, zumal für die nun höhere Lebenserwartung die Bemessung der Altersrückstellungen erhöht und nachfinanziert werden muss.

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.1. WECHSEL DES VERSICHERERS

Die Versicherungswirtschaft (und deren Vermittler) leben davon, neue Kunden zu akquirieren. Insofern ist eine Beitragserhöhung für die Versicherungswirtschaft ein willkommener Anlass, Kunden für deren Gesellschaft zu werben. Auch wenn aufgrund der aktuellen Beitragserhöhung die Verärgerung über die eigene Versicherungsgesellschaft groß ist, sollte man einen Wechsel zu einem anderen Versicherer sehr genau überlegen, denn ein Wechsel ist mit vielen Nachteilen verbunden:

A) ALTERSRÜCKSTELLUNGEN

Kunden, die bereits vor 2009 ihre PKV abgeschlossen haben, verlieren bei einem Wechsel sämtliche angesparte Altersrückstellungen. Ab 2009 hat der Gesetzgeber die Übertragung/Portabilität der Altersrückstellungen für Neukunden eingeführt. Anders als in der betrieblichen Altersversorgung (vollständige Übertragung des Deckungskapitals) wird in der PKV jedoch nur der Wert der Altersrückstellung übertragen, der in Höhe des Basistarifs (siehe auch Basistarif/Rentnerstandardtarif) gebildet wurde. Je nach Versicherungsumfang kann diese zu übertragende Altersrückstellung nur die Hälfte der tatsächlich angesparten Altersrückstellung betragen.

B) GESETZLICHER BEITRAGSZUSCHLAG 10%

Alle Personen im Alter von 21 bis 60 Jahren, die seit dem 1.1.2000 oder später Kunden der PKV wurden, zahlen auf ihre Tarifprämie einen gesetzlichen Beitragszuschlag in Höhe von 10% auf ihre Krankheitskostentarife ambulant, zahnärztlich und stationär (also ohne Tagegelder, Pflegeversicherung, etc.). Bestandskunden, die bereits vor dem Jahr 2000 versichert waren, hatten ein Wahlrecht, dieser Regelung zu widersprechen. Dieser Zuschlag dient zusätzlich der Beitragsfinanzierung im Alter. Die angesparten Beiträge muss der Versicherer für Versicherte ab Alter 65 einsetzen.

Für die Übertragung/Portabilität des gesetzlichen Beitragszuschlages gelten die selbigen Voraussetzungen wie bei den Altersrückstellungen, so dass Bestandskunden aus dem Jahr 2009 oder früher ihre ggf. eingezahlten 10% gesetzlichen Beitragszuschlag bei einem Versichererwechsel komplett verlieren würden.

C) NEUES EINTRITTSALTER UND NEUE GESUNDHEITSPRÜFUNG

Die Tarifprämie beim neuen Versicherer richtet sich nach dem jetzigen Alter und nicht nach dem damaligen Eintrittsalter der bisherigen Versicherung.

Bei einem Wechsel zu einem neuen Versicherer prüft dieser den aktuellen Gesundheitszustand mit umfangreichen Antragsfragen. Unter Umständen hat der Kunde mittlerweile gegenüber seinem damaligen Antrag gesundheitliche Veränderungen, die einen Wechsel erschweren (höhere Beiträge durch Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) bzw. die Aufnahme wird sogar abgelehnt.

Als weiteres Risiko einer aktuellen Gesundheitsprüfung für den Kunden ist zu beachten, dass der neue Versicherer die ersten Anträge auf Leistungserstattung des Kunden einer sorgfältigen Überprüfung unterzieht, um eine evtl. vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung des Kunden zu erkennen, sofern der Kunde die Antragsfragen nicht ordnungsgemäß beantwortet hat. Als Konsequenz könnte der neue Versicherer vom Vertrag zurück treten. Insofern sollten die Antragsfragen akribisch gelesen und wahrheitsgetreu beantwortet werden, um nicht den Versicherungsschutz zu gefährden.

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.1. WECHSEL DES VERSICHERERS

D) VERÄNDERTE LEISTUNGEN

Der versicherte Leistungsumfang ist besonders mit zunehmenden Alter und steigender Inanspruchnahme der Leistungen von enormer Bedeutung für den Kunden.

Welche konkreten Leistungen sind bisher und welche konkreten Leistungen zukünftig bei einem Wechsel versichert?

Hochglanzbroschüren der Versicherer sind hierzu wenig hilfreich, eine Transparenz der zukünftigen Leistungen zu erhalten. Es sollten die vollständigen Versicherungsbedingungen sorgsam verglichen werden, um nicht evtl. bisherige Detaillleistungen zu verlieren. Exemplarisch sei erwähnt, dass es bei neuen Tarifen fast immer Summenbegrenzungen (Jahreshöchsterstattungen) in den ersten Versicherungsjahren im Zahnbereich gibt, die beim bisherigen Versicherer bereits abgelaufen sind.

Zusammenfassend kann ein Wechsel des Versicherers nur in seltenen Einzelfällen für den Kunden Sinn machen, wenn z.B. der Vertrag erst 1 oder 2 Jahre bestanden hat. Bei längeren Vorversicherungszeiten sollte aufgrund des Verlustes der Altersrückstellungen bzw. teilweise Verlustes der Altersrückstellungen dringend davon Abstand genommen werden.

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.2. TARIFOPTIMIERUNG INNERHALB DER BESTEHENDEN VERSICHERUNG (KEIN VERSICHERWECHSEL)

Der PKV-Kunde hat naturgemäß das Eigeninteresse, möglichst viele Leistungen für wenig Beitrag zu erhalten. Demgegenüber steht das konträre Interesse der Versicherungswirtschaft, sich mit (hohen) Beiträgen der PKV-Kunden zu finanzieren. Gleiches gilt für Versicherungsvermittler und Makler, deren Bestandsprovisionen und Courtage sich an der Höhe der Beitragseinnahmen richten.

A) RECHTLICHE BETRACHTUNG

Bereits seit 1994 hat jeder Kunde das Recht (§204 VVG), in einen gleichartigen Tarif seiner Versicherungsgesellschaft zu wechseln, sofern dieser nicht umfassendere Leistungen als der bisherige Tarif beinhaltet. Unter dieser Voraussetzung darf der Versicherer keine erneute Gesundheitsprüfung verlangen und die bisherig angesammelten Altersrückstellungen werden vollumfänglich angerechnet.

Ist der neue Tarif, in den der Kunde bei seiner Gesellschaft wechseln möchte, allerdings von den Leistungen höherwertiger (sogenannte Mehrleistungen) als der bisherige Tarif, kann der Versicherer für den höherwertigen Leistungsumfang eine erneute Gesundheitsprüfung verlangen. Dies wird von den PKV-Gesellschaften gerne genutzt, um den Kunden mit hohen Risikozuschlägen von seinem Wechselwunsch abzuhalten. Diese Risikozuschläge wiederum kann der Kunde im nächsten Schritt umgehen, indem er dann auf die höherwertigen Leistungen des neuen Tarifs verzichtet. Als Konsequenz erhält der Kunde den neuen Tarif ohne neue Zuschläge, aber die besseren Leistungsdetails des neuen Tarifs werden auf das Niveau des bisherigen Tarifs gekappt.

B) INTRANSPARENZ DER UNTERSCHIEDLICHEN TARIFMÖGLICHKEITEN

Allein die Kenntnis des § 204 VVG hilft dem PKV-Kunden nicht weiter, den für ihn optimalen Tarif innerhalb seiner Versicherungsgesellschaft zu finden. Es ist sehr schwer bis unmöglich, zu allen tatsächlich vorhandenen Tarifmöglichkeiten Informationen zu erhalten und deren jeweilige Unterschiede für sich zu werten. Wer aktiv auf seinen Vermittler und/oder Versicherungsgesellschaft zugeht, erhält in der Regel die Angabe von 2 bis 3 Tarifalternativen, oftmals erst nach mehrmaliger Nachfrage. Viele Versicherer halten aber über 100 Tarife vor.

C) TARIFWECHSEL-LEITFADEN DES PKV-VERBANDES

Aufgrund der Intransparenz für den PKV-Kunden haben sich zum 1.1.2016 ca. 90% der Versicherungsgesellschaften verpflichtet, den Leitfaden zum Tarifwechsel anzuwenden, der vom PKV-Verband initiiert wurde. Die Umsetzung dieses Leitfadens wird jedoch von den Versicherungsgesellschaften sehr differenziert praktiziert. Die meisten Versicherungsgesellschaften stellen dem PKV-Kunden lediglich eine Auswahl an alternativen Tarifmöglichkeiten vor, aber nicht das vollständige Spektrum aller Tarifmöglichkeiten. Dadurch wird dem Kunden eine vermeintliche Transparenz und Aufklärung von den Versicherungsgesellschaften suggeriert, die faktisch nicht erfolgt.

Woher soll man beurteilen, ob nicht bei den anderen – nicht vorgelegten Tarifalternativen – für einen persönlich ein idealerer Tarif vorhanden ist?

Zusammenfassend ist es meistens ratsam, sich der professionellen Unterstützung von unabhängigen Dienstleistern zu bedienen. Hierbei sollten jedoch Dienstleister ausgewählt werden, die über entsprechende Erfahrungen und Expertise verfügen und transparente Honorarvarianten anbieten. Die Angebote und Leistungen vieler Dienstleister sind oftmals ebenso intransparent wie die Informationen der Versicherungsgesellschaften selber.

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.3. UNTERSCHIEDUNGSKRITERIEN DIENSTLEISTER TARIFOPTIMIERUNG

Die folgenden Kriterien können eine Hilfestellung bei der Unterscheidung der Dienstleister nach seriösen und weniger seriösen Angeboten bieten:

A) HONORARMODELLE

Der PKV-Kunde trifft eine schriftliche Vereinbarung mit einem Dienstleister, den PKV-Vertrag innerhalb der bestehenden Gesellschaft auf Ersparnispotential zu analysieren. Der Dienstleister lässt sich diese Dienstleistung in der Regel mit einem Multiplikationsfaktor der monatlich erzielten Ersparnis des Kunden als Erfolgshonorar bezahlen. Im Markt gibt es dazu Angebote zwischen dem 3-fachen und dem 15-fachen der monatlichen Ersparnis. Allein die Angabe des Multiplikationsfaktors lässt aber noch keinen genauen Rückschluss über das später zu entrichtende Honorar zu. Die Crux ist, ob – und wenn ja – wie die monatliche Ersparnis deklariert wird. Werden zum Beispiel ggf. veränderte Selbstbehalte durch die Tarifumstellung bei der Berechnung der Ersparnis mit angerechnet? Werden bei Arbeitnehmern die effektiven Ersparnisse (also nach Abzug der jeweiligen Arbeitgeber-Zuschüsse) des Kunden dargestellt und bei der Honorarermittlung berücksichtigt?

Einige Dienstleister lassen sich vom Auftraggeber (PKV-Kunde) auch durch eine Fallpauschale Ihre Tätigkeit vergüten. Wird diese Fallpauschale grundsätzlich bei der Beauftragung fällig oder steht diese in Abhängigkeit des tatsächlichen Erfolgs des Dienstleisters für den Kunden? (Erfolgspauschale)

Je genauer das Vergütungsmodell des Dienstleisters beschrieben ist (am besten mit Beispielen) und je mehr Auswahlmöglichkeiten der Kunde zur Bezahlung des Dienstleisters hat, desto transparenter wird dem Kunden vor Beauftragung der Dienstleistung, was diese im Endeffekt kostet.

B) UMFANG DER ERGEBNISDARSTELLUNGEN

Ob und welche empfohlene Tarifalternative des Dienstleisters für den Kunden die richtige ist, hängt auch von den persönlichen Präferenzen des Kunden ab. Um das jeweilige „Für und Wider“ der Tarifempfehlungen abwägen zu können, ist eine ausreichend große Anzahl von Tarifalternativen vom Dienstleister darzustellen (in der Regel lassen sich zwischen 2 bis 6 interessante Tarifalternativen anhand der persönlichen Präferenzen finden).

Wird dem Kunden vom Dienstleister nur eine oder max. zwei Tarifalternativen dargestellt, ist eher Skepsis geboten.

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.3. UNTERSCHIEDUNGSKRITERIEN DIENSTLEISTER TARIFOPTIMIERUNG

C) INHALT/AUSFÜHRLICHKEIT DER ERGEBNISDARSTELLUNGEN

C.1. Kaufmännischer Ergebnisbericht

Die Ergebnisse sollten sinnvollerweise einen kaufmännischen Ergebnisbericht (monetäre Darstellung der Tarifalternativen, Art und Höhe der Selbstbeteiligungen, effektive Ersparnis im Jahr der Tarifumstellung mit und ohne Berücksichtigung jeweiliger Selbstbeteiligungs-Veränderung sowie eventuellen Arbeitgeberzuschüssen, etc.) beinhalten. **Eine Hochrechnung und Vorschau der Ersparnisse auf längere Zeiträume ist unrealistisch und eher unseriös, da sich die Ersparnisberechnungen zum aktuellen Zeitpunkt ergeben und sich durch evtl. Beitragsanpassungen in den Alt- und Zieltarifen in den Folgejahren zwangsläufig verändern können.**

C.2. Darstellung der Leistungsunterschiede

Die vorgestellten Tarifempfehlungen sollten grundsätzlich ein adäquates Leistungsspektrum wie der bestehende Tarif beinhalten. Hohe Ersparnismöglichkeiten lassen sich sehr oft durch den Verzicht bzw. die Reduzierung von elementaren Leistungsinhalten generieren, davon sollte jedoch als Kunde Abstand genommen werden. Zur Entscheidungsfindung der vorgestellten Tarifalternativen ist es für den Kunden daher von zentraler Bedeutung, die jeweiligen Leistungsunterschiede des bestehenden Tarifs zu den Empfehlungen erkennen und für sich werten zu können. **Eine ein- bis zweiseitige Gegenüberstellung der Leistungen ist in der Regel zu oberflächlich, da Detailmerkmale ggf. ausgeblendet werden, obwohl diese Detailmerkmale ggf. weitreichende Auswirkungen auf den Versicherungsschutz des Kunden haben.** Exemplarisch sei hier näher betrachtet, ob es sich beim bestehenden Tarif und bei den Tarifalternativen um einen Unisex- oder Bisextarif handelt:

D) BISEXATARIFE

GETRENNT NACH GESCHLECHTERN

Die geschlechtergetrennte Kalkulation der Bisextarife erfolgte bis einschließlich 2012. Wer in einem Bisextarif versichert ist, hat die Option, in alle anderen Bisextarife seiner Versicherung zu wechseln. Zusätzlich hat er die Wahl, in einen Unisextarif seiner Versicherung zu wechseln.

RENTNERSTANDARDTARIF

Eine Besonderheit für alle Bisextarife gibt es im Rentenalter (in bestimmten Einzelfällen auch schon früher) zu beachten. Es besteht die Möglichkeit, auf den sogenannten Rentnerstandardtarif umzusteigen. Dieser Rentner-



standardtarif muss von allen PKV-Gesellschaften für die Kunden vorgehalten werden, die aus finanziellen Gründen sich im Alter ggf. die (zu hohen) PKV-Beiträge nicht mehr leisten können bzw. wollen. Der Rentner-standardtarif beinhaltet allerdings nur Leistungen auf dem Niveau der GKV-Leistungen. Andererseits werden bei der Berechnung des Beitrages zum Rentnerstandardtarif sämtliche bisherigen Altersrückstellungen angerechnet, so dass in der Praxis für langjährige Kunden, sich die tatsächlich zu zahlenden Beiträge bei etwa 150 bis 450 € bewegen (je nach vorheriger Laufzeit). Derjenige, der von einem Bisextarif seiner Gesellschaft in einen anderen Bisextarif innerhalb seiner Versicherung wechselt, behält sich die Option für den Rentnerstandardtarif offen.

2. STRATEGIEN, DER BEITRAGSERHÖHUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN

2.3. UNTERSCHIEDUNGSKRITERIEN DIENSTLEISTER TARIFOPTIMIERUNG

E) UNISEXTARIFE

Die geschlechterneutrale Kalkulation der Unisextarife ist für alle PKV-Gesellschaften seit 01.01.2013 für Neukunden bindend. Der Kunde im Unisextarif hat keine Wahlmöglichkeit, später in einen Bisextarif seiner Versicherung zurück zu wechseln.

BASISTARIF

Für alle Unisextarife gibt es im Rentenalter die Möglichkeit, auf den sogenannten Basistarif umzusteigen. Dieser Basistarif muss ebenfalls von allen PKV-Gesellschaften für die Kunden vorgehalten werden, die aus finanziellen Gründen sich im Alter ggf. die (zu hohen) PKV-Beiträge nicht mehr leisten können bzw. wollen. Der Basistarif beinhaltet allerdings auch nur Leistungen auf dem Niveau der GKV-Leistungen wie der Rentnerstandardtarif für Bisexkunden. Anders als im Rentnerstandardtarif orientiert sich die Beitragsermittlung des Basistarifs am durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV und darf diesen für die Einzelperson nicht überschreiten. Dieser beträgt derzeit rund 680 €. Nur in besonderen Härtefällen und per Nachweis kann diese Prämie halbiert werden.

Derjenige, der nun aufgrund einer Tarifempfehlung von einem Bisextarif in einen Unisextarif seiner Versicherung wechselt, hat die Wahlmöglichkeit des Rentnerstandardtarifes für später verwirkt.

Die Qualitätsunterschiede der Dienstleister sowie deren Honorarhöhen differieren enorm. Vor einer Beauftragung eines Dienstleisters sollten die genannten Unterscheidungskriterien im Eigeninteresse des PKV-Kunden genau überprüft werden, um nicht eine voreilige Entscheidung zu treffen, die ggf. später bereut werden könnte. Zusätzlich kann es hilfreich sein, sich vom Dienstleister vor einer Beauftragung Referenzen benennen zu lassen sowie sich Musterausarbeitungen und Ergebnisberichte vorlegen zu lassen.