

# Reif für die Intensivstation

Einst war die Privatversicherung die Eintrittskarte in die erste Klasse des Gesundheitssystems. Nun steigen die Beiträge, und die Zahl neuer Kunden sinkt. Politik und Versicherer selbst haben das Modell in Not gebracht.

M. Detering, S. Prange, T. Schmitt, P. Thelen  
Frankfurt, Düsseldorf, Berlin

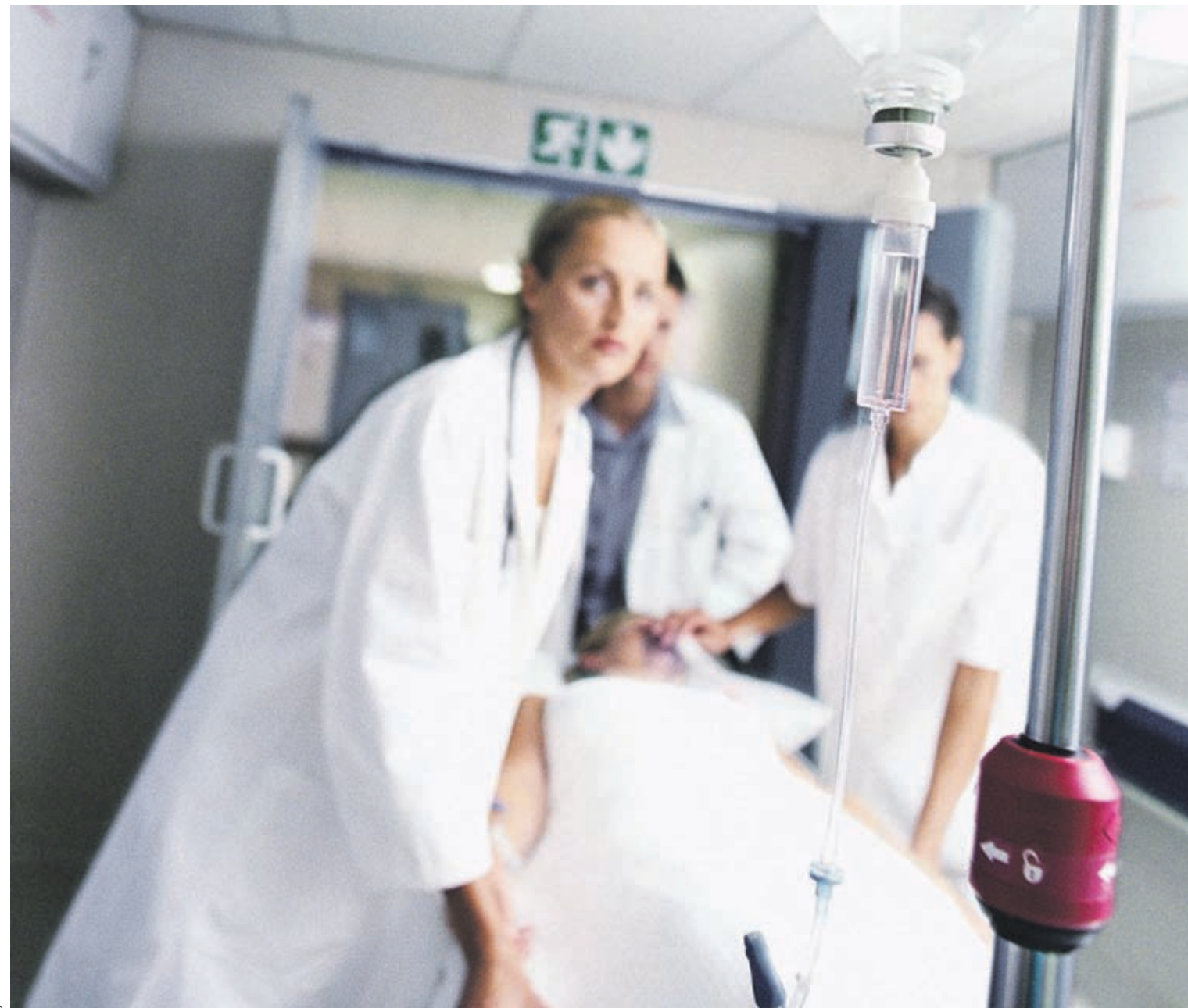
Mike Bödger, Arno Theilmeier und Reinhold Schulte haben sich nie kennengelernt. Dennoch hat das Schicksal sie in eine Gemeinschaft gefügt. Das Schicksal heißt in diesem Fall private Krankenversicherung und zwingt Patient Bödger, Internist Theilmeier und Versicherungschef Schulte in ein gemeinsames Stück, dessen Ausgang ungewiss ist.

Mike Bödger, 41, Job mit Führungsverantwortung, verheiratet, Vater eines vierjährigen Kindes, war ein Wunschkunde, als er beim Anbieter Central im Jahr 2000 einen Antrag auf eine private Krankenversicherung stellte. 285,66 Euro im Monat sollte ihn die kosten. Bödger unterschrieb und freute sich fortan, dass Ärzte immer schnell einen Termin freihatten, dass das Praxisteam freundlich war, dass er stets die neuesten Behandlungsmethoden bekam. Die Freude versiegte, wenn Bödger heute auf seine Rech-

nung schaut. 676,05 Euro - 136,7 Prozent mehr als bei Vertragsabschluss und 80 Euro monatlich mehr, als er in der gesetzlichen Kasse bezahlen würde.

Geld, das Arno Theilmeier hilft. Theilmeier, Ende 50, betreibt eine gastroenterologische Praxis in Mönchengladbach. Die ist Teil eines Ärztezentrum und hat sich auf Magen-Darm-Spiegelungen und Leberpunktionen spezialisiert. Dennoch stehen bei Theilmeier steigenden Ausgaben sinkende Erlöse durch die gesetzlichen Kassen gegenüber. „Wenn ich die privat versicherten Patienten nicht hätte, wäre ich sofort pleite“, sagt er.

Dieses Gefüge möchte Reinhold Schulte ändern. Der Chef der Signal-Iduna sagt: „Wir reden mit der Bundesärztekammer, damit die Gebührenordnung künftig mehr atmet.“ Atmen, das heißt für Schulte sinken. Denn Schultes Ausgaben sind so hoch, dass er die Prämien für seine Versicherten ständig erhöhen muss. Und er sagt einen Satz, der die Dramatik der privaten Krankenversicherung zusammenfasst: „Man sollte darüber nachdenken,



Ärzte mit Patient: Die 43 privaten Krankenversicherer mit neun Millionen Kunden kämpfen um ihr Geschäftsmodell.

ob man die Pflichtgrenze nicht wieder heruntersetzt, damit mehr die Möglichkeit erhalten, sich privat zu versichern.“ Im Klartext: Auch wer weniger als 50 000 Euro pro Jahr verdient, soll sich privat versichern dürfen. Denn Schulte braucht mehr Nachwuchs für sein System.

Ein Versicherer, dem seine Privilegien zu teuer werden, ein Arzt, der sich über hohe Rechnungen an private Krankenversicherer freut, ein Vorstandschef, der mit dem letzten Aufgebot um neue Kunden wirbt - es ist etwas aus dem Lot geraten im System, mit dem die Deutschen ihre Gesundheit finanzieren. Und zwar nicht, wie oft vorhergesagt, bei den gesetzlichen Krankenkassen. Sondern ausgerechnet bei den privaten Versicherern, die lange Zeit als Zukunftslösung galten.

### Die großen Schwachpunkte

Denn deren Prinzip ist sehr einfach: Anders als bei den gesetzlichen Kassen, wo über ein Umlageverfahren alle Mitglieder sich gegenseitig finanzieren, sorgt bei der privaten Versicherung jeder für sich. Eher junge, gesunde Versicherte zahlen wenig, ältere oder kranke etwas mehr. Und weil alte Menschen öfter krank sind, sorgt jeder Privatversicherte von Beginn seiner Versicherung an für sein Alter vor: Ein Teil seiner Prämien fließt in einen Kapitalstock, den die Versicherung gewinnbringend am Markt anlegt, damit im Alter genug Geld da ist. Berechnen die Versicherer Einnahmen und Ausgaben über die Jahrzehnte richtig, ist dieses Modell absolut sicher.

Statt der gut 100 gesetzlichen Krankenkassen, die sich über Milliardenüberschüsse freuen, kämpfen die 43 privaten Krankenversicherer, bei denen etwa neun Millionen Gutverdiener, Selbstständige und Beamte voll krankenversichert sind, um ihr Geschäftsmodell. Eine Reihe von Problemen droht die Blutbahnen der Versicherer zu blockieren. Eine Mischung aus Selbstverschulden, gesellschaftlichen Trends und politischer Schi-

### Handelsblatt



### Inhalt

Von günstig bis teuer:  
Die größten Krankenversicherer Seite 38/39

Raus aus der PKV:  
Wie der Wechsel gelingen kann Seite 40

Billig will ich:  
Wie es auch in der PKV günstig geht Seite 41

Interview  
Signal-Iduna-Chef Rudolf Schulte Seite 42/43

kane sorgt dafür, dass das private Krankenversicherungssystem unattraktiver wird:

- Die privaten Versicherer haben den demografischen Wandel verschlafen. Sie berechnen ihre Budgets damit, dass ihre Mitglieder mit 84 Jahren sterben, was aus Versicherersicht meist die erfreuliche Folge hat, dass sie fortan keine Leistung in Anspruch nehmen. Allerdings steigt die Lebenserwartung gerade auf 91 Jahre - sieben Jahre, die zusätzlich finanziert werden müssen.

- Private Versicherer zahlen Ärzten und Kliniken bis zu dem Dreieinhalbfachen für die gleiche Leistung wie gesetzliche Kassen. Das treibt die Kosten.

- Der medizinisch-technische Fortschritt treibt die Ausgaben um mehr als fünf Prozent pro Jahr.

- Die Politik hat den Zugang zur privaten Krankenversicherung auf jene begrenzt, die mehr als rund 50 000 Euro pro Jahr verdienen. Und die Politik hat die privaten Versicherer gezwungen, auch günstige „Basistarife“ anzubieten, die aber die Kosten oft nicht decken.

- Das niedrige Zinsniveau an den Märkten sorgt dafür, dass die Versicherer das Geld ihrer Kunden - immerhin 146 Milliarden Euro - nicht mehr gewinnbringend anlegen können und das Geld somit knapper wird.

- Die Zahl der jährlichen Neumitglieder ist von rund 200 000 zur Jahrtausendwende auf 80 000 im vergangenen Jahr geschrumpft.

- Deswegen steigen für die verbliebenen Kunden die Prämien. Für Neukunden um etwa vier Prozent jährlich, für Bestandskunden um bis zu 50 Prozent.

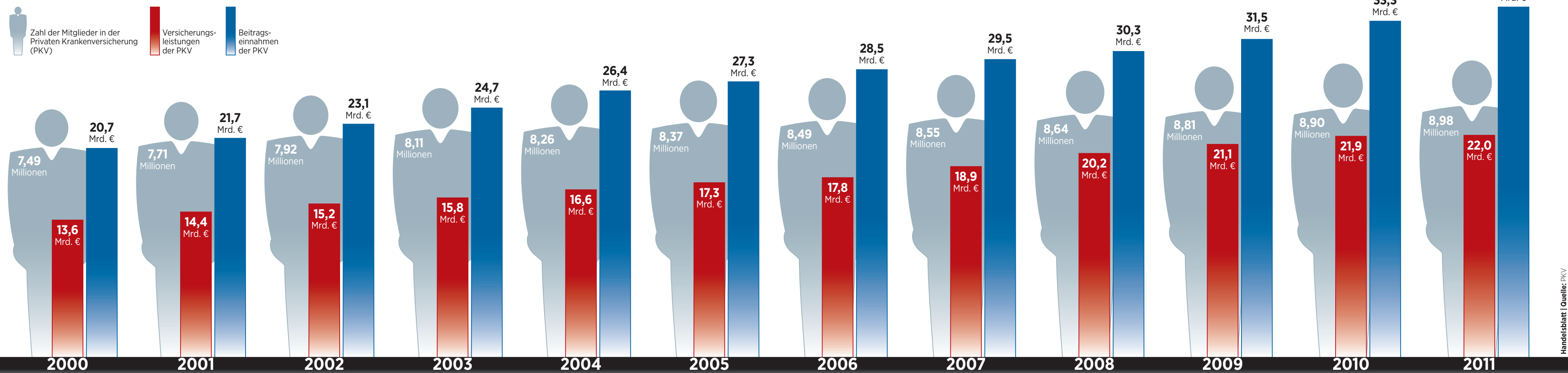
Zwar verteidigen die Versicherer öffentlich ihr Geschäftsmodell, sind aber die Mikrofone ausgeschaltet, lautet die Diagnose: ab auf die Intensivstation. Die Frage ist nur: Soll der Anästhesist ran, der Internist - oder gleich der Chirurg?

In kaum einem Bereich der Wirtschaft fällt die Suche nach Antworten schwerer als in der Gesundheitsbranche. Wenige Bereiche sind so stark politisiert, emotional aufgeladen, die Interessen so verzwickelt wie zwischen Patienten und Ärzten, Parteien und Wahlvolk, Lobbyisten und Versicherern, Konzernen und Behörden. Und das alles in einem Bereich, in dem nicht Zahlen, Daten und Bilanzen das Hauptaugenmerk auf sich ziehen sollten - sondern etwas viel Wichtigeres: unser aller Gesundheit.

Fortsetzung auf Seite 36

## Teure Absicherung

Einnahmen und Ausgaben steigen deutlich schneller als die Zahl der Mitglieder





Fortsetzung von Seite 35

Ozan Sözeri war zehn Jahre lang Versicherungsvermittler. Mit der Zeit riefen immer mehr Kunden bei ihm an und baten um Hilfe. Sie konnten sich ihre private Krankenversicherung nicht länger leisten - und das in einem Alter, in dem die meisten sie erstmals richtig brauchten. Sözeri fand das unmöglich. „Wie soll einer 700 Euro für die Krankenversicherung zahlen, wenn er nur 1200 Euro Rente bekommt?“ Er gründete eine Beratung, die darauf spezialisiert ist, Privatversicherte in niedrigere Tarife zu vermitteln.

Denn das Problem steigender Prämien ist längst ein Massenphänomen. Die privaten Anbieter teilen ihre Versicherten in Gruppen ein, die sie Kollektive nennen. Jedes dieser Kollektive muss die Ausgaben für alle eingeschlossenen Versicherten decken. Tut es das nicht, steigen die Prämien. Für die jungen Gesunden machen viele Versicherer neue Kollektive auf, um diese mit niedrigen Preisen locken zu können. Die Alten bleiben unter sich - die Beiträge steigen. Kein Wunder, dass der Ombudsmann der Versicherer, der als eine Art Schiedsstelle zwischen Konzernen und Kunden vermittelt, jedes Jahr mehr Beschwerden bearbeiten muss. 2003 waren es noch 2200, vergangenes Jahr 6500.

So war das eigentlich nie gedacht. Doch über Jahrzehnte hat sich ein weltweit einmaliges Doppelsystem im deutschen Gesundheitswesen eingelebt: Die breite Masse, gut 90 Prozent der Deutschen, versichern ihre Gesundheitsrisiken bei gesetzlichen Krankenkassen. Nur für Gutverdiener, Selbstständige und Beamte gibt es eine Alternative: Sie dürfen sich bei Versicherungen gegen Arztkosten, Krankenhausgebühren oder Medikamentenpreise absichern.

Als sich nach dem Zweiten Weltkrieg, zunächst in der britischen Besatzungszone, ab 1949 dann in ganz Westdeutschland, die private Krankenversicherung wieder neu aufstellte, ging es um die ganz großen Ziele der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Von Liberalismus war da die Rede, vom eigenständigen Bürger, der selbst für sich sorgen könne - und der christlichen Soziallehre. Die, referierten CDU und FDP, besage schließlich das Subsidiaritätsprinzip. Danach soll der Staat nur dort eingreifen, wo der Einzelne sich nicht selbst helfen kann. Auf die Gesundheitsversorgung übertragen hieß das: Selbstständige und Besserverdiener sind nicht auf den Schutz der Solidargemeinschaft angewiesen und sollen sich daher privat versichern.

**Von den Ursprüngen in die Krise**

1970 zog die sozial-liberale Regierung dann die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze - erst ab einem bestimmten Jahreseinkommen durfte man sich privat gegen Krankheit versichern. Damit reservierte die Politik der privaten Versicherung eine lukrative Klientel. Denn Selbstständige und Besserverdiener waren über viele Jahrzehnte gesünder als Geringverdiener, die häufig hart körperlich arbeiten müssen. Verkalkulierte sich eine Versicherung dennoch einmal und musste die Prämien anheben, war das nicht weiter schlimm. Versicherte, denen die Privatversicherung zu teuer wurde, durften relativ leicht in die gesetzlichen Kassen zurückkehren.

Bis 1998 entwickelte sich so eine Branche, die kaum Nöte kannte. Es gab gleichsweise viel Freiraum und Unterstützung aus der Politik. Echten Wettbewerb gab es nicht, weil ein Wechsel zu einem anderen Privatversicherer unattrak-

tiv gemacht wurde - man durfte seine Altersrückstellungen nämlich nicht mitnehmen. Zugleich hielt die damalige christlich-liberale Koalition die Einkommensgrenzen niedrig - es konnten also deutlich mehr neue Kunden in die Versicherung als heute. Noch Anfang der 90er-Jahre gründete die Assekuranz ein neues Unternehmen nach dem anderen.

Mit Beginn der rot-grünen Koalition 1998 endete die Gemütlichkeit. Es durften plötzlich nur noch all jene in die private Versicherung, die jährlich mindestens 48150 Euro verdienen - 5000 Euro mehr als zuvor, was den Kundenkreis verkleinerte. Für den großen Einbruch sorgte dann die Große Koalition, indem sie den Wechsel nur noch erlaubte, wenn ein Arbeitnehmer mindestens drei Jahre lang dieses Einkommen verdient.

**Die Versicherten müssen den Anstieg ihrer Lebenserwartung quasi selbst oder durch höhere Prämien im Alter bezahlen.**

Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom

Der Effekt blieb nicht aus: Bis zu 50 Prozent weniger neue Kunden kamen pro Jahr zu den Anbietern wie Ergo, Allianz, Debeka und Co. Gleichzeitig zwang die Politik die Versicherer, jeden Versicherten weiter zu betreuen - auch wenn er den ursprünglich vereinbarten Beitrag nicht mehr zahlen kann. Mit einem günstigen, aber wenig rentablen Basistarif sollten die privaten Versicherer sozialverträglich werden. Wer seine Beiträge gar nicht zahlt, darf zudem nicht mehr aus der Versicherung verstoßen werden. Mittlerweile summieren sich die ausstehenden Beitragszahlungen auf über eine halbe Milliarde Euro.

Die Politik stoppte so die Blutauffrischung des Privatystems - und das registrierte plötzlich seine Schwächen.

**Konjunkturprogramm für Ärzte**

Etwa, dass die Versicherer nicht nur die Patienten, sondern vor allem Ärzte, Kliniken und Pharmaindustrie päppeln.

Da ist zum Beispiel Arno Theilmeyer, der Arzt aus Mönchengladbach. Wenn seine Kassenpatienten von ihm eine Rechnung erbitten, lässt Theilmeyer oben rechts einen roten Vermerk drucken: „Von diesen theoretisch 100 Euro erhalte ich 32. Wenn Sie das nicht mit Ihren Kassenbeiträgen in Einklang bringen können, fragen Sie Ihren Bundestagsabgeordneten.“

Was eigentlich eine Klage über das bürokratische System der gesetzlichen Kassen ist, schlägt auch auf die privaten Versicherer durch: Weil die Kassen wegen enger Budgets und Honorarrestriktionen längst nicht so viel zahlen, wie ein Arzt für den Unterhalt seiner Praxis braucht, sind gerade Spezialisten mit teurem Gerät auf die Privatpatienten, denen sie viel mehr in Rechnung stellen dürfen, angewiesen. „Wenn ich einen gesetzlich Versicherten hier drei Monate behandle, bekomme ich von der Kasse 32 Euro“, sagt Theilmeyer. „Wenn ich die Privatpatienten verlieren würde, könnte ich die Praxis schließen.“ Denn für einen Privatpatienten kann ein Arzt die gleiche Leistung mit bis zum Dreieinhalbfachen des Preises der gesetzlichen Kassen abrechnen.

Zwar sagt Dirk Sauerland, Gesundheitsökonom an der Universität Witten-Herdecke: „Wenn man mit zehn Prozent Marktanteil die anderen 90 Prozent des Marktes quersubventionieren könnte, wäre das schon sehr komisch.“ Aber oft ist das Drittel, das Privatpatienten mitunter zum Praxisumsatz beisteuern, die Summe, die am Ende des Jahres über Ge-



planpicture/010

**Mutter und Kind im Krankenhaus: Ärzte und Krankenhäuser stellen Privatpatienten höhere Rechnungen als als Kassenpatienten. Deshalb steigen die Beiträge enorm.**

winn oder Verlust entscheidet. In vielen Krankenhäusern ist es ähnlich.

Die Ausgabenfreude der Versicherer war über Jahre so ansteckend wie Windpocken. Das dämmert auch den Unternehmern. Sie beklagen in einer Studie, dass sie vier- bis fünfmal mehr für Laborleistungen wie Blutuntersuchungen ausgeben müssen als die gesetzlichen Kas-

2,6 Mrd.

Euro gaben die privaten Krankenversicherer im Jahr 2010 für Provisionen an ihre Vertreter aus.

Quelle: HB-Research

sen. Sie haben nur das Problem, dass sie diese Leistungen ihren Kunden per Vertrag garantiert haben - also nicht ohne weiteres wieder herauskommen.

**Die großen Schwächen der Versicherer**

Es war ausgerechnet Jürgen Graalmann, der den Privaten dies verdeutlichte. Der Chef der AOK, des Anti-Systems. Der Mann, dessen Ortskrankenkassen Allianz und Co. so lange belächelt haben. Er stellte vergangene Woche eine Studie vor, die in Zusammenarbeit mit McKinsey entstand und die zwei Kernaussagen hat: Die gesetzlichen Krankenkassen stellen sich untereinander dem Wettbewerb und sind so zur Effizienz gezwungen. Die privaten reiben sich in Bürokratie auf, sind behäbig geworden: Sie kal-

kulierten mit veralteten Zahlen, hätten kein Mittel, effizienter zu wirtschaften, und keine Antwort auf den teuren medizinischen Fortschritt.

Seitdem versucht die Branche der Versicherer sich zu verteidigen. Sie wissen: Die Analyse des AOK-Chefs ist nicht ganz falsch. Da wäre etwa die Sache mit der künftigen Lebenserwartung - zusammen mit dem technischen Fortschritt wird sie zum Sprengsatz in der Bilanz. Denn die Menschen werden immer älter und in dieser Lebensphase die medizinische Behandlung immer teurer.

**Teure Folgen des Älterwerdens**

Noch ist der Privatpatient mit 40 Jahren gut fünf Jahre jünger als der Durchschnittsbürger. Doch der Abstand verringert sich. Und im Alter steigen die Ausgaben für einen Privatpatienten doppelt so stark wie für den gesetzlich Versicherten. So „kostet“ ein 70-jähriger Mann mit Kassenkarte 4000 Euro im Jahr, mit 85 knapp unter 5000 Euro, also rund ein Viertel mehr. Bei der Privaten Krankenversicherung (PKV) steigen die Ausgaben dagegen nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der PKV vom Alter 70 mit rund 6000 auf knapp unter 10000 Euro im Jahr im Alter 85, also um fast 70 Prozent. Nach einer Studie von McKinsey müssten heute die Prämien der PKV im Durchschnitt um 2 700 Euro im Jahr steigen, um diese Effekte auszugleichen. Wer aber soll das zahlen?

Bisher gibt es meist nur einen Ausweg: Der Versicherte verzichtet im Alter auf Leistungen. „Das typische Leben eines

Privatversicherten sieht heute so aus: Mit 28 lässt er sich vom Versicherungsmakler ein Luxuspaket schmackhaft machen. Wenn die Tarife steigen, speckt der Kunde ab, um im vorgerückten Alter, wenn er die Luxusversorgung erstmals gebrauchen könnte, nur noch wie jeder Kassenpatient abgesichert zu sein“, sagt eine Mitarbeiterin der DKV, die anonym bleiben will.

Selbst die Bundesregierung räumte nun ein, dass die mehr als 5000 Einzeltarife der verschiedenen PKV-Unternehmen allein zwischen 2000 und 2010 im Durchschnitt um 74,6 Prozent teurer geworden sind. In jedem Jahr lagen die Zuwachsraten zwischen 3,7 und 7,27 Prozent. Tendenz steigend. Die Beitragserhöhungen bei einzelnen Tarifen für Bestandskunden haben inzwischen mit gut 40 Prozent Rekordniveau.

**Die Konsequenzen der Billigtarife**

McKinsey analysiert: Es fehlen 24 Milliarden Euro, um das Versprechen der PKV, den Beitrag lebenslang stabil zu halten, in den nächsten 40 Jahren zu erfüllen. Man könnte darauf einwenden: Wenn allein die 2,6 Milliarden Euro halbiert würden, die die Versicherer Jahr für Jahr an zum Teil windige Vertreter zahlen, um Neukunden zu fischen, wäre dieser Betrag schon wieder hereingeholt.

Besonders betroffen sind Versicherer, die mit Billigtarifen Kunden jagen. Versicherer wie Hanse Merkur, Axa, Central und DKV hatten diese Tarife bis 2009 angeboten, um viele junge Selbstständige anzulocken. Dort sind die Außenstände

nun besonders hoch, steigen die Prämien um gut 40 Prozent pro Jahr.

**Niedrige Zinsen treiben die Prämien**

Hinzu kommt die Marktlage: Laut Bundesfinanzministerium ist in der privaten Krankenversicherung die Nettoverzinsung seit 2000 um mehr als 40 Prozent auf 4,3 Prozent im Durchschnitt gesunken. Bei drei Gesellschaften liegt sie zwischen 0,1 und 2,9 Prozent. Eigentlich rechnen die Konzerne aber mit 3,5 Prozent. Die Versicherer müssen aber fast 150 Milliarden Euro an Altersrückstellungen zu diesem Satz anlegen, wenn ihre Kalkulation aufgehen soll.

Der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem sagt: „Das Konzept war richtig, aber es funktioniert nicht mehr.“ Die Rückstellungen bildeten den künftigen Anstieg der Lebenserwartung nicht ab. Verschärft werde die Lage durch das niedrige Zinsniveau. Von der Politik fordert Wasem, die Branche zu mehr Ehrlichkeit zu zwingen: „Dazu gibt es einen ganz einfachen Weg. Der Rechnungszins in der PKV sollte von 3,5 Prozent auf das Niveau in der Lebensversicherung von 1,75 Prozent gesenkt werden.“ Geschehe dies nicht, würden die Unternehmen aus Wettbewerbsgründen weiter mit zu hohen Zinsen kalkulieren, um ihre Prämien niedrig halten zu können.

**Das teure Treiben der Vertreter**

Obwohl die Probleme also zunehmen, machen die meisten Versicherer einfach weiter. Das liegt auch an ihrem Vertriebsmodell. Sie müssen Heerscharen an Vertretern bei Laune halten, die von der pri-

vaten Krankenversicherung blendend leben können. Bis zu 18 Monatsbeiträge brachte zu Spitzenzeiten ein vermittelter Kunde einem Vertreter. 2,6 Milliarden Euro gaben die Versicherer im vergangenen Jahr an Prämien an ihre Vertreter, die neue Kunden an Land gezogen hatten. Geld, das für die Behandlung der Versicherten fehlt. Zwar sind die Provisionen mittlerweile gedeckelt - aber solange die Vertreter wie bisher bezahlt werden, werden sie alles daransetzen, ihren Kunden die privaten Krankenpolice zu verhökern. Egal, ob ein Kunde sich das leisten kann oder nicht. Denn: Der Vertreter muss für jede Krankenvollversicherung, die er nicht vermittelt, lockernehm bis zu 21 Zusatzversicherungen losschlagen.

**Versicherer halten an dem Modell fest**

Die Versicherungsbranche will von einem Ende der privaten Krankenversicherung nichts wissen. „Die private Vollversicherung ist ein integraler und alternativer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems“, sagt Allianz-Krankenversicherungschefin Birgit König. Ihr Kollege Clemens Muth von der DKV sagt zwar: „Wir Schwächen haben, müssen wir diese angehen.“ Beharrt aber ebenfalls darauf, die PKV sei „unverzichtbar“.

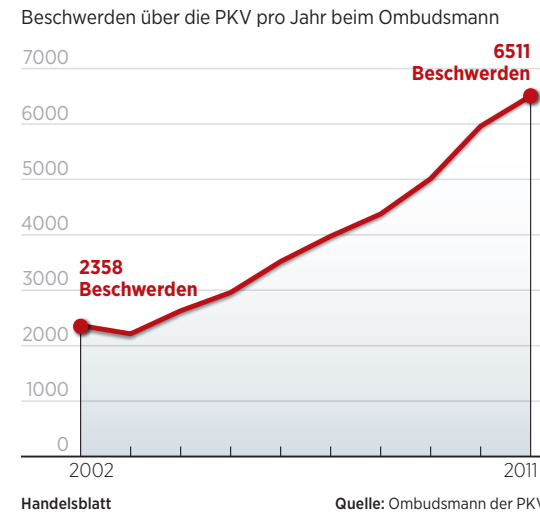
Im vergangenen Jahr nahm die private Krankenversicherung Beiträge von 34,7 Milliarden Euro ein - ein Plus von 4,3 Prozent im ansonsten siechenden Geschäft der Versicherungskonzerne. Das Wachstum liegt allerdings vor allem an den höheren Prämien.

Zwar seien im vergangenen Jahr rund 160 000 Versicherte von der PKV in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewechselt. Doch im gleichen Zeitraum seien etwa 230 000 Versicherte den umgekehrten Weg gegangen. Und: Das Wachstum stammt hauptsächlich aus der treuen Schar der Beamten und der Kinder von Privatversicherten. Die Allianz etwa verlor im vergangenen Jahr 11 000 Kunden.

Nicht für jeden der 400 Versicherungskonzerne ist die Krankenversicherung relevant. Bei der Allianz Deutschland macht das Geschäft nur rund drei Milliarden von 28 Milliarden Euro Umsatz aus. Bei anderen großen Versicherungskonzernen ist das ähnlich. Hinter vorgehaltener Hand geben sich einzelne Manager großer Konzerne daher kritisch und setzen hinter die Zukunft der Vollversicherung ein Fragezeichen.

Viele mittelgroße Versicherungsunternehmen wie die Debeka, Barmenia oder

**Kritische Privatversicherte**



Signal-Iduna fordern hingegen ein Festhalten an der privaten Vollversicherung. Für einige Anbieter ist das Geschäft nämlich enorm wichtig: Der Marktführer Debeka mit mehr als zwei Millionen vollversicherten Privatpatienten - die meisten davon Beamte - verdient mehr als die Hälfte seiner Beitragseinnahmen im Krankenversicherungsgeschäft.

**Schwierige Alternativen**

Die große Frage ist nun: Wie gelingt die Therapie? Klar ist bisher nur, wie sie nicht aussehen könnte: Einfach die private Krankenversicherung abschaffen, um alle Versicherten in die Gesetzlichen zu zwingen, dürfte kaum gehen: Aus rechtlichen Gründen, aber auch weil die gesetzlichen Kassen nicht so stark sind, wie es scheint.

Wohl kaum jemand kennt sich da so gut aus wie Alfred Boss. Der Finanzwissenschaftler verfolgt seit 1976 am Kieler Institut für Weltwirtschaft nicht nur die Entwicklung der Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden, sondern auch die der Sozialversicherungen. Boss hat beobachtet wie, getrieben von immer neuen Löchern im Gesundheitssystem, die Politik zwischen 1993 und 2004 nicht weniger als zehn Gesundheitsreformen versuchte. Und am Ende das System der gesetzlichen Kassen mit Geld überschüttete. Seitdem schreiben sie schwarze Zahlen. Grund dafür ist das deutsche Jobwunder. Seit 2005 sinkt die Arbeitslosigkeit, und mehr Erwerbstätige heißt auch mehr Beitragseinnahmen. Doch für Alfred Boss ist schon heute klar, dass das auf Dauer auch nicht reichen wird. „Die Ausgaben steigen eben dauerhaft stärker als die Einnahmen. Damit sinkt der Überschuss Jahr für Jahr und ab 2016 droht das ganze System wieder ins Minus zu rutschen.“

Also sind andere Lösungen gefragt. Jens Spahn etwa, der Mann von der CDU, plädiert für einen einheitlichen Versicherungsmarkt, in dem Privatversicherer und gesetzliche Kassen um die gleichen Kunden konkurrieren. Auch FDP-Gesundheitspolitiker Lars Lindemann hält die klassische Vollversicherung der PKV „in der heutigen Gestalt“ nicht für überlebensfähig. Die Experten plädieren dafür, die gesetzlichen Kassen zu Privatunternehmen zu machen und mit den PKV-Unternehmen in einen Wettbewerb nach gleichen Regeln zu schicken. Um die Kosten im Griff zu halten, könnte man diese Basisversicherung dann auf das medizinisch Notwendige beschränken. Zusatzleistungen wie besonders schöne Zähne oder ein Einzelbett im Krankenhaus müsste jeder Patient über Zusatzversicherungen zubuchen - schon jetzt ein wachsendes Geschäftsfeld für die Versicherer.

Die Idee hat Anhänger in Wissenschaft und Praxis. Der Gesundheitsökonom Dirk Sauerland etwa hält sie für „wissenschaftlich und ökonomisch charmant“. Auch der Chef der Techniker-Krankenkasse Norbert Klusen denkt in diese Richtung.

Wie nötig das ist, zeigte der gestrige Tag mal wieder: Da stellte die Ergo-Tochter DKV ihre Jahresbilanz vor. „Das vergangene Jahr hat die DKV vorangebracht“, schwärmte Vorstandschef Clemens Muth. „DKV steigert Beitragseinnahmen und Zahl der Kunden“, verkündeten die Konzernsprecher. Was sie erst im Kleingedruckten verriet: Der Kundenzuwachs ging ausschließlich auf kleinere Zusatzversicherungen zurück. Die Zahl der Vollversicherten sank. Um 11 000.

Die Krankheit der PKV schreitet fort.

Mitarbeit: Axel Schrinner, Miriam Schröder, Maika Telgheder



DEBEKA

## Erfolgreicher Beamtenverein

Der Versicherungsverein aus Koblenz wächst kontinuierlich, achtet stark auf die Kosten und denkt langfristig im Sinne seiner Kunden. Insgesamt agiert die Gruppe, die ihren Versicherern gehört, überaus vorsichtig.

Leitlinie des Managements ist: Von Dingen, die sie nicht richtig verstehen, lassen sie lieber die Finger. Große Experimente mit Kapitalanlagen oder gewagte Expansionen in neue Versicherungsfelder sind überhaupt nicht die Sache der bodenständigen Koblenzer. Seit Jahren schon ist die Gruppe deshalb der Liebling vieler Beobachter. In der Krankenversicherung versichert die Debeka etwa ein Viertel der neun Millionen Privatpatienten. Die meisten davon Beamte. Die Zahl der Vollversicherten ist 2011 um knapp zwei Prozent auf



2,19 Millionen Personen gestiegen. Das waren gut 37 000 Kunden mehr als im Vorjahr. So stark ist absolut kein anderer der 43 privaten Krankenversicherer gewachsen. Zum Vergleich: Der Branchenweite, die Ergo-Tochter DKV, verlor im vergangenen Jahr gut 11 000 Vollversicherte und hat nur noch knapp 900 000 Personen voll versichert. Viele Kennzahlen der Debeka sind ausgezeichnet. Der Krankenversicherer verfüge über die beste Bilanz, den besten Service, die beste Nettorendite aus Kapitalanlagen

und die geringste Stornoquote, stellt der Branchendienst Map-Report heraus. Im Kostenmanagement gehört der Versicherer zu den Top 3 der Branche – die Konzerntüchter von Allianz, Munich Re oder Generali befinden sich abgeschlagen im Mittelfeld. Unter 18 bewerteten Versicherern landet die Debeka seit Jahren auf Platz eins. Die Tarifpolitik der Debeka zeichnet sich durch ungewöhnliche Übersichtlichkeit aus. Es werden nur ein paar Tarife angeboten, die bereits in den siebziger Jahren konzipiert wurden. Viele Konkurrenten bringen dagegen immer neue Tarife auf den Markt, um einzelne Gruppen gezielt und günstiger zu bedienen. Die Debeka lehnt das ab und verlangt bewusst höhere Prämien als mancher Konkurrent.

Thomas Schmitt



Allianz-Managerin Birgit König: Große Ambitionen.

CENTRAL

## Teures Negativbeispiel

Viele Jahre ist die Central in der Vollversicherung stark gewachsen. Die Tochter der Generali Deutschland setzte über Makler und den größten deutschen Finanzvertrieb DVAG jede Menge Hebel in Bewegung, um neue Kunden zu gewinnen. Viel Geld nahm die Gesellschaft dafür in die Hand, das Management agierte sehr aggressiv und scheute auch nicht vor Konflikten mit anderen Unternehmen in der Branche zurück. Die Wachstumsstrategie erwies sich jedoch als Bumerang. Viele neue Kunden zahlten zu wenig Beitrag – gemessen an den Kosten, die sie verursachten. Andere stellten ihre monatlichen Überweisungen nach einer Weile ganz ein. Die Folge: Es fehlte zunehmend Geld im System, um die Leistungen der Versicherten zu bezahlen, der ei-



gentliche Hauptzweck einer Krankenversicherung. Im vergangenen Jahr vollzog Central daher eine radikale Kehrtwende. Manager gingen, Tarife wurden aussortiert, und mit den Billigtarifen wurde ein ganzer Geschäftszweig aufgegeben. Bezahlen müssen für die Fehler der Vergangenheit nun vor allem die knapp 500 000 Central-Versicherten. Deren Prämien stiegen in vielen Tarifen drastisch – zum Teil bis zu 50 Prozent. Die Erhöhungswelle sorgte in der Kundschaft für Empörung. Seit Ende 2011 gilt Central in

der Branche als Negativbeispiel für einen Krankenversicherer, der die Interessen der Kunden aus den Augen verloren hat. Die wenigen Vergleichszahlen zur Central bestätigen dies. Vom Branchendienst Map-Report wird der Central unterdurchschnittlich, auch beim Service liegt die Gesellschaft im unteren Drittel. Die Nettorendite aus den Kapitalanlagen liegt langfristig ebenfalls nur im Mittelfeld der Branche – genauso wie die Verwaltungskostenquote zwischen 1999 und 2010. Im vergangenen Jahr verlor Central knapp 15 000 Kunden in der Vollversicherung – so viel wie kein anderes der 20 größten PKV-Unternehmen.

Thomas Schmitt

SIGNAL IDUNA

## Teil der Spitzengruppe

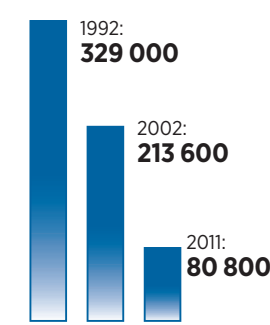
Der Stadion-Sponsor des deutschen Fußballmeisters Borussia Dortmund agiert mit zwei formal unabhängigen Krankenversicherern im Markt. Die Signal Kranken aus Dortmund ist die Traditionsmarke des Versicherungsvereins. Hinzu kam durch die Neuordnung der Versicherungsgruppe Deutscher Ring vor drei Jahren der gleichnamige Krankenversicherer aus Hamburg. Beide Gesellschaften profitieren im Konzern Signal Iduna inzwischen voneinander, sind jedoch unterschiedlich aufgestellt. Die Signal ist stärker im Service und schwächer in der Beitragsentwicklung. Der Deutsche Ring punktet sehr stark bei Maklern mit neuen Tarifen. Im langfristig ausgerichteten Rating des Branchendienstes Map-Report liegen beide Versicherer sehr weit oben: Der Deutsche Ring an zweiter Stelle und Signal an vierter Stelle. Das sind vergleichs-



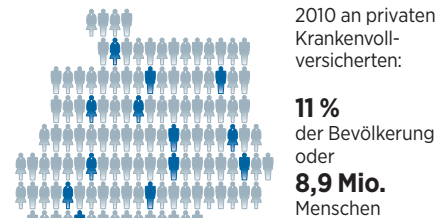
weise hervorragende Ergebnisse, die sich aufgrund einer lange Jahre stabilen Verkaufspolitik erzielen lassen. Ohnehin gilt: Wer sich dem Rating von kritischen Analysten wie Manfred Poweleit stellt, zählt zu den Stärkeren in der Branche. Gerade der Zuwachs des Deutschen Rings ist bemerkenswert, weil er bereits einige Jahre zu beobachten ist und von einer wesentlich niedrigeren Basis aus erfolgte. Signal versichert knapp 472 000 Privatpatienten, der Ring kommt erst auf knapp 137 000 Personen und liegt damit auf Rang 18 der Branche.

Thomas Schmitt

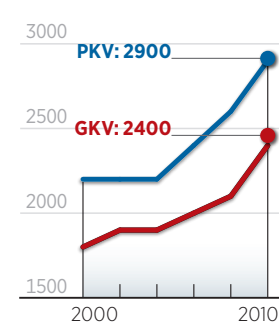
### PKV-Neuzugänge an Vollversicherten



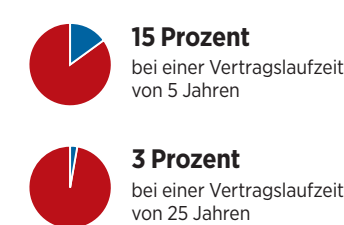
### PKV-Anteil in Deutschland



### Gesundheitsausgaben je Versicherten in Euro



### Provisionsanteil an den Beitragseinnahmen 2010

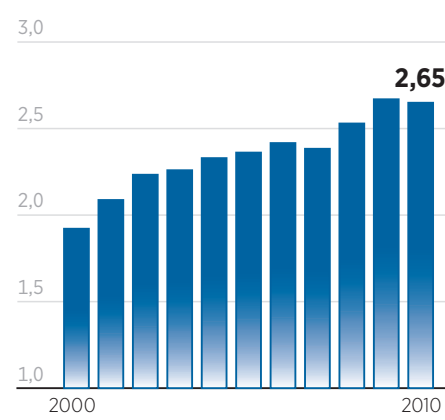


### Die zehn größten Versicherungen nach Vollversicherten Personen 2010

	Vollversicherte	Mitgliederentwicklung seit 2000	Beiträge in Mrd. €
1	Debeka	+233 150	4,69
2	DKV	+54 528	4,76
3	Axa	+280 089	2,28
4	Allianz Private	-214 066	3,20
5	Signal Iduna (mit Deut. Ring)	+79 636	2,65
6	Central	+123 395	2,16
7	Versicherungskammer Bayern	+83 375	2,05
8	Continentale	+14 949	1,40
9	HUK-Coburg	+156 973	0,93
10	Barmenia	-1 960	1,40

Handelsblatt

### Gezahlte Provisionen Abschlussaufwendungen in Mrd. Euro



Quellen: AOK, PKV

ALLIANZ

## Mäßige Leistungen, weniger Kunden

Deutschlands größter Versicherer Allianz ist bei der Privaten Krankenversicherung nur die Nummer vier, wenn man die Zahl der Vollversicherten als Maßstab nimmt. Der Konzern hat rund 683 000 solcher Kunden und damit deutlich weniger als etwa der Branchenführer Debeka mit über zwei Millionen Vollversicherten. Und die Zahl der vollversicherten Kunden ist rückläufig, schon seit Jahren. Zwar konnte der Konzern zuletzt etwas mehr Neukunden gewinnen, doch dieses Wachstum gleicht nicht das Problem aus, dass sich im Bestand viele alte Kunden befinden, die sterben. Auch viele Familien sind versichert, bei denen die Kinder beim Start ins Berufsleben automatisch in die Gesetzliche Krankenversicherung rutschen. 2011 verlor die Allianz nochmals rund 11 000 Vollversicherte.



Bei Leistungsvergleichen schneidet der Branchenprimus nicht gut ab. So sind die Kosten im Vergleich zu den wichtigsten Konkurrenten hoch. Im Ranking des Branchendienstes Map-Report landet die Allianz bei der Verwaltungskostenquote nur auf Platz 16, bei der Abschlusskostenquote sogar nur auf Platz 17. Die fürs Geld gebotenen Leistungen sind dabei nur mäßig, beim Service kommt der Konzern zum Beispiel nur auf Platz sieben der Rangliste. Die Zahl der Kunden, die Prozesse gegen die Allianz führen oder Beschwerden beim Ombudsmann oder der Fi-

nanzaufsicht Bafin einreichen, sind überdurchschnittlich hoch, was von einer vergleichsweise hohen Unzufriedenheit zeugt. Seit kurzem ist die frühere McKinsey-Beraterin Birgit König neue Chefin der Allianz Privaten Krankenversicherung. Sie will den Verlust von Marktanteilen nicht weiter hinnehmen. Sie stellt sich damit auch gegen Medienberichte, dass es im Allianzkonkern Zweifel am bisherigen dualen System der gesetzlichen Kassen und der privaten Versicherungen gebe. „Die Private Krankenversicherung ist aus dem Produktportfolio der Allianz nicht wegzudenken“, sagt die Versicherungschefin. „Es ist für uns richtig und strategisch wichtig, mit der privaten Krankenversicherung jetzt und auch in Zukunft am deutschen Gesundheitsmarkt vertreten zu sein.“

Michael Detering

DKV

## Gemischte Bilanz beim Branchenzweiten

Mit rund 900 000 Vollversicherten ist die DKV der zweitgrößte private Krankenversicherer in Deutschland. Zuletzt musste das Kölner Unternehmen allerdings Federn lassen. Allein im Jahr 2011 verlor der Versicherer entgegen dem Branchentrend über 11000 vollversicherte Kunden. Das Unternehmen, das zur Ergo-Versicherungsgruppe gehört, kämpft ähnlich wie die Allianz damit, dass sie einen über viele Jahre und Jahrzehnte gewachsenen hohen Bestand an älteren Kunden hat und nicht genügend junge Neukunden nachkommen. Die DKV sei allerdings im Vertrieb auch nicht aggressiv aufgetreten, sagt eine Sprecherin. Wenn man sich die Zahl der Zusatzversicherten anschaut, ist die Zahl der Kunden im vergangenen Jahr um 34 000 auf 4,4 Millionen gestiegen. Bei der privaten Zusatzversi-



cherung ist die DKV der Marktführer in Deutschland, auch durch die Werbung im Fernsehen ist sie als Anbieter sehr bekannt. Allerdings bringen Zusatzversicherte deutlich weniger Prämieinnahmen als Vollversicherte. Die DKV gilt in der Branche als überdurchschnittlich gut wirtschaftendes Unternehmen. Der Branchendienst Map-Report sieht die Kölner auf Platz sechs ihres Ratings der besten Krankenversicherer. 18 Anbieter hatten genügend Daten geliefert, um bei diesem Rating dabei zu sein. In die Bewertung fließen

Faktoren wie eine solide Bilanz, stabile Beiträge oder geringe Beschwerdequoten ein. Vergleichsweise schlecht schneidet die DKV allerdings bei der Verwaltungskostenquote ab, wo sie auf Platz 21 von in diesem Fall 31 bewerteten Unternehmen landet. Von einem Ende der Privaten Krankenversicherung will die DKV nichts wissen. „Die PKV ist ein unverzichtbarer Teil des deutschen Gesundheitsmarktes, und sie hat eine Zukunft“, sagt DKV-Chef Clemens Muth. „Die PKV setzt Maßstäbe in der medizinischen Versorgung, an denen sich die GKV messen lassen muss.“ Auch für den Ergo-Konzern ist die Krankenversicherung mit Beitragseinnahmen von über fünf Milliarden Euro im Jahr 2011 eine wichtige Sparte. Insgesamt liegen die Beitragseinnahmen von Ergo bei über 20 Milliarden Euro.

Michael Detering

AXA

## Erfolgreich, aber wenig transparent

Die Deutschland-Tochter des französischen Versicherers Axa gewann im vergangenen Jahr fast 19 000 Kunden in der Vollversicherung der Privaten Krankenversicherung hinzu, nachdem der Konzern bereits in den Vorjahren zugelegt hatte. Nur die Debeka und Hanse-Merkur verzeichneten mehr Neukunden. Axa liegt mit rund 756 000 vollversicherten Kunden im Bestand auf Platz drei in Deutschland. Die Beitragseinnahmen lagen im Jahr 2010 – neuere Zahlen gibt es noch nicht – bei rund 2,3 Milliarden Euro, ein Plus von rund vier Prozent. Der Kölner Versicherer sieht den Erfolg darin begründet, dass sich der Konzern stark nach Kundengruppen aufgestellt habe, wie eine Sprecherin sagt. In der Organisationsstruktur wurden die vier Segmente Privatkunden, Firmenkunden, Öffentlicher Dienst und Ärzte/



Heilwesen geschaffen. Nun ließen sich bessere Lösungen für jede der Kundengruppen anbieten. Als ein weiterer Grund für den Erfolg gilt der starke Vertrieb. Darüber hinaus habe sich der Wegfall der dreijährigen Wartezeit, bis Gutverdienende in die PKV wechseln dürfen, positiv auf die Zahl der Vollversicherten ausgewirkt, sagt die Sprecherin. Diesen Effekt konnten aber natürlich auch alle anderen Versicherer verspüren. Was die Leistungen und die Zufriedenheit der Kunden anbelangt, lässt sich Axa schwieriger als die

Konkurrenz einschätzen. Der Konzern gibt sich gerne verschlossen, auch an den Branchendienst Map-Report liefert er keine Daten. Daher kann der Map-Report-Gründer Manfred Poweleit für Axa in seinen Ratings keine Gesamtnote erstellen. Immerhin für Teilbereiche sind aber Einschätzungen möglich. Bei den Kosten etwa sieht es nicht besonders gut aus: Axa liegt bei der Verwaltungskostenquote auf Platz 20 von 31 bewerteten Anbietern. Und offenbar gibt es auch ungewöhnlich viele unzufriedene Kunden: Bei der Anzahl der Beschwerden, die bei der Finanzaufsicht Bafin eingereicht wurden, liegt der Konzern sogar auf Platz 31 von 31. Die Zahl der Beschwerden wird dabei mit der Kundenzahl gewichtet, so dass die unterschiedliche Größe der verschiedenen Versicherer berücksichtigt ist.

Michael Detering



# Wege aus dem System

Wer einmal Privatpatient war, muss es nicht unbedingt bleiben.

**Die Politik will den Wechsel möglichst verhindern.**  
**Je älter ein Versicherter, desto schwieriger der Ausstieg aus der PKV.**  
**Zahl der Rückkehrer in die gesetzliche Versicherung steigt.**

Thomas Schmitt  
Düsseldorf

Wer einmal in die private Krankenversicherung gewechselt ist, bindet sich eigentlich fürs Leben. Die Politik hat kaum Lücken gelassen, in das System der gesetzlichen Kassen zurückzukehren. Gerade für Versicherte, deren Beiträge stark gestiegen sind, ein Problem. Einfache Lösungen gibt es zwar nicht - ganz versperrt ist der Weg zurück ins Solidar-system allerdings auch nicht.

Vor allem die Angst vor hohen Beiträgen im Alter treibt die Menschen um. „Wir müssen aber viele enttäuschen, weil sie keine rechtlichen Möglichkeiten haben zu wechseln“, sagte ein Sprecher des AOK-Bundesverbands. „Dies zeigt: Die Zeit der PKV als Vollversicherung geht zu Ende.“

Der Weg zurück in die GKV ist steinig. Der Gesetzgeber hat viele Hindernisse aufgebaut, um Rosinenpickerei zwischen den Systemen zu unterbinden. So ist es nicht gewollt, dass Menschen in jungen Jahren von den niedrigeren PKV-Prämien profitieren und im Alter dann von niedrigeren GKV-Prämien.

Wer wechseln möchte, sollte sich an einen Anwalt oder Rentenberater wenden, empfiehlt der Versicherungsvermittler Sven Hennig. Er sieht es nicht als Aufgabe der Krankenkasse an, PKV-Kunden zu beraten. Viele Kassen tun dies dennoch.

Die Paragraphen des Sozialgesetzbuches sind jedoch so unverständlich, dass nur Eingeweihte sie verstehen. Grundsätzlich gilt: Je älter ein Patient, desto schwieriger wird der Weg zurück. Der Wechsel hängt maßgeblich von den Lebensumständen ab, etwa Berufsstatus, Einkommen und Alter. Der Gesetzgeber hat Bedingungen formuliert, um schnelle Wechsel zu verhindern.

**Für Angestellte:**  
Das Einkommen muss für mindestens ein Jahr unter die Versicherungspflichtgrenze sinken. 2012 liegt diese Einkommensgrenze bei einem jährlichen Bruttogehalt von 50850 Euro. Ein gut verdienender Angestellter könnte sein Einkommen also unter diese Grenze drücken, wenn er Teilzeit arbeitet. Dann könnte er zurück in die Krankenkasse. Solange er arbeitet, zahlt er zwar vermutlich den Höchstbeitrag. Doch wenn er Rentner ist, würde sein Kassenbeitrag sinken.

Doch nicht jeder kann zurück. Manche haben sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen, um in der PKV zu bleiben. Das kann man tun, wenn das eigene Einkommen unter die jeweils geltende Einkommensgrenze fällt. Eigentlich müsste man dann in die GKV. Viele unterschätzen jedoch die Folge einer solchen Ausnahmegenehmigung.

**Für Selbstständige:**  
Wer freiberuflich oder selbstständig arbeitet und privat versichert ist, kann sich fest anstellen lassen und dann in die GKV wechseln. Sein Gehalt müsste aber unter der Versicherungspflichtgrenze liegen.

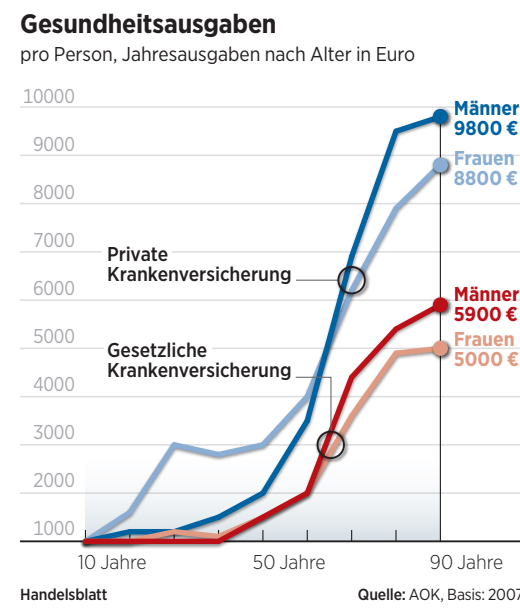
Eine weitere Möglichkeit: die Selbstständigkeit aufgeben und der Familienversicherung des Partners beitreten.

**Für Berufsanfänger:**  
Studenten, die während ihrer Hochschulbildung privat versichert waren, können beim Eintritt ins Berufsleben in die GKV wechseln. Der Weg zurück ist grundsätzlich möglich - auch, wenn das Gehalt im ersten Berufsjahr über der Versicherungspflichtgrenze liegt.

**Für über 55-Jährige:**  
Eine wichtige Grenze in den Regeln ist das Alter. Eine Rückkehr in die GKV ist für Angestellte und Selbstständige nur möglich, wenn sie das 55. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Wer älter ist, hat nur noch unter speziellen Voraussetzungen eine Chance. Berater halten es etwa für möglich, den Umweg über die Niederlande zu wählen. Dafür müsste der Versicherte jedoch eine Weile in dem Nachbarland angemeldet sein, was nicht für jeden praktikabel ist. Um sicherzugehen, dass dies funktioniert, empfiehlt sich die fachkundige Beratung durch einen unabhängigen Versicherungsberater. Diese Berufsgruppe arbeitet auf Honorarbasis. Wichtig ist, dass der Berater die Regeln des Sozialgesetzbuchs gut kennt.

PKV-Experten weisen darauf hin, dass eine Rückkehr in die GKV gar nicht mehr nötig sei, weil auch die privaten Krankenversicherer inzwischen Tarife anbieten müssen, die denen der GKV ähneln. Dies ist der sogenannte Basistarif. Daneben gibt es noch einen Standardtarif. Beide sind Alternativen zur Rückkehr in die gesetzliche Versicherung.

Wer als PKV-Kunde unbedingt in die GKV wechseln will, sollte sich das gut überlegen. Denn jeder PKV-Versicherte sammelt Altersrückstellungen, die im Rentenalter den Beitrag dämpfen. Diese Vorsorge, die die private Versicherung anlegt, geht bei einem Wechsel verloren. Dennoch denken Privatpatienten immer häufiger über die Rückkehr ins gesetzliche System nach, wie die Krankenkassen feststellen. 166 000 waren es zuletzt.



Pillen im Labor: Der Fortschritt treibt die Kosten

# Sparen durch Tarifwechsel

Auch Privatversicherer bieten günstigere Tarife - zumeist aber erst auf Nachfrage.

**Laut Gesetz darf jeder Versicherte in fast jeden beliebigen Tarif wechseln.**  
**Die Versicherer bieten freiwillig nicht immer die besten Tarife an.**  
**Vorsicht bei privaten Vermittlern - es drohen Leistungskürzungen.**

Miriam Schröder  
Düsseldorf

Als Rolf-Dieter Frackmann 1979 in die private Krankenversicherung eintrat, war seine Welt noch in Ordnung. Er war 33 Jahre alt, glücklich verheiratet und beruflich erfolgreich. Als Referent in einem Pharmakonzern verdiente er so gut, dass er sich nicht länger gesetzlich versichern musste. Die Private war unschlagbar günstig, 207 Mark und 40 Pfennige zahlte er im Monat, inklusive Chefarztbehandlung und Einzelzimmergarantie. Mit der Zeit würde es mehr werden, das wusste er. Doch darüber dachte er nicht nach. Es lief ja alles gut.

Die Frackmanns kauften eine Wohnung in Hamburg und später noch eine in der Türkei. Die Beiträge stiegen immer weiter an. 1994 waren es 524 D-Mark, zehn Jahre später schon 608 Euro. Noch tat ihm das nicht weh, sein Arbeitgeber zahlte ja die Hälfte. Eines Tages erkrankte seine Frau. Und Frackmann fragte sich, was sie mit dem Rest ihres Lebens anfangen wollten. Reisen wollten sie. Im Dezember 2010 erhielt er einen Brief von seiner Krankenversicherung. Ab Januar sollte er 741 Euro im Monat zahlen. Da bekam er Angst. Nächstes Jahr würde er in den Ruhestand gehen. Sein Einkommen würde sich halbieren. Die Versicherung müsste er allein zahlen. „Da bleibt nicht viel übrig von der Rente“, sagt er.

Millionen Menschen haben so gerechnet wie Frackmann. Sie wurden mit Niedrigtarifen und Extraleistungen in die private Krankenversicherung gelockt. Jetzt kriegen sie die Quittung.

Einer von denen, die sie gelockt haben, war Ozan Sözeri. Er war zehn Jahre lang Versicherungsvertreter. Bis immer mehr Kunden bei ihm anriefen und um Hilfe baten. Sie konnten sich die Kran-

kenversicherung nicht länger leisten - und das in einem Alter, wo die meisten sie erstmals brauchen. Sözeri kennt eine Lösung: den Paragraf 204 des Vertragsversicherungsgesetzes. Er besagt, dass jeder Versicherte innerhalb seiner Kasse in fast jeden anderen Tarif wechseln darf. Die Kassen teilen ihre Versicherten in Kollektive ein, erklärt Sözeri. In einer Gruppe haftet jeder für die Risiken der anderen. Wenn viele Mitglieder krank werden und teure Behandlungen brauchen, steigen die Beiträge. Manchmal schließt die Kasse Tarife auch einfach. Für die jungen Gesunden werden neue Kollektive eröffnet, mit niedrigen Preisen. Die Alten müssen immer mehr zahlen. Zwar könnten sie theoretisch zu einer anderen Kasse gehen. Doch dann würden sie ihre angesparten Altersrückstellungen verlieren. Das lohnt sich in der Regel nur für Menschen, die noch nicht lange privat versichert und jung genug sind, um anderswo einen günstigeren Tarif zu bekommen. Die anderen sitzen in der Falle.

Wie Autohändler Ernst S., 56, der ab November eines jeden Jahres nicht mehr gut schläft, weil dann der Brief von der Kasse kommt mit der Erhöhung für das nächste Jahr. Letztes Mal waren es 87 Prozent. „Die können mit mir machen, was sie wollen“, sagt S. „Ich bin ein Leib-eigener meiner Versicherung.“

„Es ist eine Schönrederei, wenn Versicherungen ständig neue Kollektive eröffnen, um bessere Preise anzubieten“, sagt Sözeri. „Damit wird das Prinzip einer Versicherung ad absurdum geführt.“ Früher hat er seinen Kunden manchmal aus Freundlichkeit geholfen. Inzwischen hat er ein Geschäft daraus gemacht. Seine Firma Widge - Wechsel innerhalb der Gesellschaft - berät Menschen beim Tarifwechsel. Freiwillig bieten die Kassen meist nur wenige Alternativen. Sözeri behauptet, die meisten Tarife zu kennen. Er meint, es ließe sich fast immer einen finden, der bei gleichen Leistungen weniger kostet. Widge übernimmt auch die Korrespondenz mit der Kasse. Für seine Dienstleistung verlangt Sözeri ein sattes Honorar. In der Regel die achtfache monatliche Ersparnis des Kunden.

Das lohnt sich. Nach eigenen Angaben hat Widge schon 10000 Kunden und beschäftigt 60 festangestellte Versicherungsberater. Sözeri ist nicht der Einzige. Um das Finanzloch der privaten Krankenkassen hat sich eine ganze Beraterindustrie geschart. Der Bund der Versicherer rät bei den privaten Vermittlern jedoch grundsätzlich zur Vorsicht: Nicht immer sei gewährleistet, dass der Kunde den für ihn passenden Tarif bekommt. Weil sich die Höhe des Honorars an dem Ersparnis bemisst, könnten Berater versucht sein, einen möglichst günstigen Tarif zu finden, ohne Rücksicht auf Leistungsverluste. Ob er die in Kauf nehme, müsse jeder selbst entscheiden. Eine unabhängige Beratung liefern Versicherungsberater, die für ein festes Honorar arbeiten. Eine Liste hat der Bundesverband der Versicherungsberater auf seiner Internetseite www.bvbb.de. Auch spezialisierte Anwälte geben unabhängigen Rat, genauso wie der Bund der Versicherten und die Verbraucherkontrollzentralen der Bundesländer. Die Qualität der Beratung hängt allerdings entscheidend davon ab, ob es in den jeweiligen Organisationen Spezialisten gibt, die sich in der PKV gut auskennen. Rolf-Dieter Frackmann hat sich von Widge beraten lassen. Er hat den Tarif gewechselt und zahlt jetzt statt 741 Euro nur noch 319 Euro im Monat, weniger als die Hälfte. Dafür muss er allerdings auf ein paar Privilegien verzichten: Er hat jetzt eine Selbstbeteiligung von 750 Euro im Jahr. Wenn er im Krankenhaus ein Einzelzimmer möchte, muss er das künftig selbst bezahlen. Für Zahnersatz zahlt die Versicherung nur noch 60 Prozent statt vorher 80. Und es ist nicht ausgeschlossen, dass die Kasse auch seinen neuen Tarif wieder erhöht.

**Wir müssen viele enttäuschen, weil sie keine Möglichkeit haben zu wechseln.**

Udo Barske  
AOK-Bundesverband

## Die Junge Familie

### Teurer als die Gesetzliche

Wer seine Familie in der privaten Krankenversicherung anmeldet, muss mit hohen Beiträgen rechnen. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenkasse sind die Partner ohne Einkommen sowie die Kinder nicht kostenfrei mitversichert. Der Tarifvergleich des Analysehauses Morgen & Morgen für das Handelsblatt zeigt empfehlenswerte Tarife für einen Mann (38 Jahre), dessen Frau (36 Jahre) sowie zwei Kinder (10 und 16 Jahre). Die passende Police lässt sich nur individuell ermitteln. Im Tarifvergleich übt der Mann keinen riskanten Beruf aus und seine Frau ist nicht berufstätig. Damit die Beiträge bezahl-

bar bleiben, liegt der Selbstbehalt im Vergleich bei maximal 500 Euro. Das Leistungsspektrum umfasst eine Behandlung als Privatpatient im Zweibettzimmer, mindestens 90 Prozent Erstattung für Zahnbehandlung und 75 Prozent für Zahnersatz, Pflegepflichtversicherung. Das Kranken-

tagegeld beträgt ab dem 43. Tag 80 Euro. Damit die Beiträge auch in Zukunft bezahlbar bleiben, werden nur Tarife gelistet, die im Rating für Beitragsstabilität von Morgen & Morgen für die vergangenen zehn Jahre ausgezeichnet werden. jha

#### Junge Familie

Günstige Tarife für diesen Beispielfall

Anbieter	Tarife	Beitragsstabilität	Selbstbehalt*	Beitrag*
Nürnberger	TOP, SZ2, ZZ20	★★★★	306 A	769,02 €
DKV	Aktiv	★★★★	360/180 A	822,43 €
Huk-Coburg	A 300, SE, Z100	★★★★	300 A	860,32 €
Axa	Vital 300, Vital-Z, 541, Vital 900	★★★★	300/450 A	915,94 €
AO	A 106, A 80, K 20, Z 100/80	★★★★	450/330 A	953,24 €

1) Arbeitnehmeranteil in €; 2) in €, A = Absolut; Untersch. bei Mann/Frau/Kind möglg. Handelsblatt Quelle: Morgen & Morgen, Stand: 7.5.2012

## Der Beamte

### Lohnt sich fast immer

Der Staat meint es gut mit seinen Dienern. Beamte müssen keine Einkommensgrenzen erzielen, um eine private Krankenpolicy abschließen zu können. Außerdem sind Beamte und ihre nicht berufstätigen Angehörigen beihilfeberechtigt. Die Höhe beträgt beim Versicherten in der Regel 50 Prozent. Bei Ehepartnern liegt der Satz bei 70 Prozent, bei Kindern bei 80 Prozent. Den verbleibenden Differenzbetrag zur Krankenkassenprämie müssen sie aus eigener Tasche zahlen. Viele private Krankenversicherer bieten für die gern gesehene Zielgruppe spezielle Tarife an, die gute Leistungen oder niedrige

Beiträge bieten. Der private Versicherungsschutz ist für Beamte besonders günstig und in der Regel empfehlenswert. Der Tarifvergleich gilt für einen 29 Jahre alten, männlichen Beihilfeberechtigten, bei dem der Bund 50 Prozent der Beiträge übernimmt.

#### Beamter

Günstige Tarife für diesen Beispielfall

Anbieter	Tarife	Gesamtbeitrag
Hallesche	Primo B 30, Primo B 120, CG 230, CG 320	143,08 €
Huk-Coburg	BA 501, BS 501, BZ 501	162,58 €
DBV (Axa)	Vision B 50T, BW2 50T	167,21 €
Concordia	BV30, BV20	177,78 €
Alte Oldenburger	A 30, AA 20, K 330, KK32, K 530, KK 52, Z 30, ZZ 20	181,31 €

Handelsblatt

Quelle: Morgen & Morgen, Stand: 7.5.2012

## Der Unternehmer

### Weniger Beitrag, mehr Leistung

Für Selbstständige besteht keine gesetzliche Versicherungspflicht. Sie können sich freiwillig bei der Kasse oder einem privaten Krankenversicherer anmelden. In der PKV sind die Beiträge nicht an das Einkommen gekoppelt. Das wissen vor allem Gutverdiener zu schätzen. Der Tarifvergleich gilt für einen 37-jährigen, männlichen Selbstständigen, der einen risikoarmen Beruf ausübt. Der Selbstbehalt beträgt maximal 400 Euro. Die Leistungen beinhalten eine Behandlung als Privatpatient im Zweibettzimmer, eine Erstattung von mindestens 90 Prozent für Zahnbehandlung und 75 Prozent für Zahnersatz. Es

gilt eine Pflegepflichtversicherung. Alle Tarife erzielen mindestens drei Sterne im Beitragsstabilitätsrating der vergangenen zehn Jahre des Analysehauses Morgen & Morgen (M&M). Frauen zahlen für die gleiche Leistung mehr. Den günstigsten Schutz für eine Versicherte bietet die

Nürnberger (TOP, SZ2, ZZ 20). Der Beitrag beträgt 450,76 Euro bei 306 Euro Selbstbeteiligung. Dieser Tarif erzielt im M&M-Rating drei Sterne. Auf Platz zwei liegt mit vier Sternen im Rating die DKV (Aktiv, SW2). Der Beitrag liegt bei 474,87 Euro, die Selbstbeteiligung bei 360 Euro. jha

#### Selbstständiger

Günstige Tarife für diesen Beispielfall

Anbieter	Tarife	Beitragsstabilität	Selbstbehalt*	Beitrag*
DKV	Aktiv, SW2	★★★★	360 A	351,36 €
Nürnberger	TOP, SZ2, ZZ 20	★★★★	306 A	360,78 €
Axa	Vital 300, Vital-Z	★★★★	300 A	414,57 €
Huk	A 300, SE, Z100	★★★★	300 A	416,50 €
Debeka	PN, PNZ	★★★★	400 P	449,46 €

1) in Euro, A = Absolut; P = Prozentual; 2) Gesamtbeitrag Handelsblatt Quelle: Morgen & Morgen, Stand: 7.5.2012

## Der Single

### Je jünger, desto günstiger

Je nach Alter der Versicherten variieren die Beiträge erheblich. Das gilt auch für Alleinlebende. Je später sie in die PKV einsteigen, desto höher sind die Beiträge. Der Tarifvergleich des Analysehauses Morgen & Morgen (M&M) gilt für einen 39-jährigen, männlichen Angestellten, der in einem risikoarmen Beruf arbeitet. Die Leistungen sind höher als der Standard. Der Selbstbehalt beträgt in diesem Beispiel maximal 200 Euro. Der Versicherte wird als Privatpatient im Einbettzimmer behandelt, die Erstattung für Zahnbehandlungen beträgt mindestens 90 Prozent, bei Zahnersatz 75 Prozent. Es

besteht eine Pflegepflichtversicherung. Alle Tarife erzielen mindestens drei Sterne im M&M-Beitragsstabilitätsrating der vergangenen zehn Jahre. Frauen zahlen mehr als Männer. Bei gleichen Leistungen würde eine Versicherte bei dem günstigsten Versicherer HUK-COBURG

(AO, SE, Z100) rund 300 Euro zahlen (keine Selbstbeteiligung, drei Sterne im M&M-Rating). Ebenfalls empfehlenswert ist die HanseMerkur (ASZG, PS1, PS3). Bei fast identischen Beiträgen und Verzicht auf Selbstbehalt erzielt dieser Tarif fünf Sterne im Beitragsstabilitätsrating. jha

#### Älterer Single

Günstige Tarife für diesen Beispielfall

Anbieter	Tarife	Beitragsstabilität	Selbstbehalt	Beitrag*
Huk-Coburg	AO, SE, Z100	★★★★	0 €	244,91 €
Concordia	AV 1, SV 1, ZV 1	★★★★	0 €	278,24 €
Hanse Merkur	ASZG, PS1, PS3	★★★★★	0 €	285,66 €
Süddeutsche	A 100, S101, AZ 75	★★★★	0 €	278,30 €
DEVK	AM-V0, ST-V2, ST-V3, ZE-V	★★★★	0 €	293,34 €

1) Arbeitnehmeranteil Handelsblatt Quelle: Morgen & Morgen, Stand: 7.5.2012



REINHOLD SCHULTE

# „Die Kosten werden weiter steigen“

Sinkende Erträge, wachsender Druck aus der Politik: Die Zeiten für private Krankenversicherer sind rau. Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes und Chef der Signal Iduna, über die Perspektiven der Branche, den Unsinn von Billigtarifen und falsche Anreize im Gesundheitssystem.

Das Interview führte Michael Detering

**Im Krankenkassenlager und auch in der Politik beschwören viele Stimmen das baldige Ende der privaten Krankenversicherung. Haben Sie Ihre Vertriebler schon darauf eingestimmt, dass sie bald keine Krankenversicherungen mehr verkaufen müssen?**

Nein, natürlich nicht. Ich habe da persönlich auch überhaupt keine Sorgen. Die private Krankenversicherung wird es noch in vielen Jahrzehnten geben.

**Ja, weil Sie Ihre Altkunden weiter behalten dürfen. Aber dürfen Sie auch noch neue Kunden aufnehmen?**

Ich glaube, dass auch die Parteien, die statt der GKV und PKV eine Bürgerversicherung für alle proklamieren, damit nicht weit kommen werden. Wenn man von der Neiddebatte wegwommt und eine Politik mit Weitblick betreiben will, wird man schnell feststellen, dass die Gesundheitsleistungen nur mit Privatversicherungen finanzierbar sind. Unsere Gesundheitswirtschaft wird ohne PKV nicht bezahlt werden können.

**Warum?**

Keiner hat sich bisher Gedanken darüber gemacht, welche volkswirtschaftlichen Auswirkungen es eigentlich hätte, wenn es keine PKV mehr gibt. Die Ärzte werden doch gar nicht mehr ihre Praxen aufrechterhalten können. Oder die Zahnärzte, die Apotheken, die Krankenhäuser. Die sind doch alle angewiesen auf die Mehrzahlungen der Privatpatienten. Das wird immer völlig vergessen. Bei den Ärzten bringen zehn Prozent Privatpatienten rund dreißig Prozent der Einnahmen.

**Wollen die Kunden denn noch in die PKV wechseln?**

Wenn man sich die vergangenen Jahre anschaut, dann haben wir immer gewonnen. Auch im Jahr 2011 haben wir Marktanteile hinzugewonnen. Natürlich wechseln auch Privatversicherte in die gesetzliche Krankenversicherung - oft aber nur, weil sie dies müssen, also weil sie versicherungspflichtig werden. Mehr Leute gehen den umgekehrten Weg. Und die kommen freiwillig zu uns, nicht aus Zwang. 96 Prozent unserer Kunden sind zufrieden, ergeben Meinungsumfragen. Das kann

man in der Diskussion doch nicht einfach ignorieren.

**Aber es gab doch zuletzt enorme Preissteigerungen, bei einigen Tarifen ist von bis zu 50 Prozent die Rede.**

Die, die so etwas behaupten, sollten sich mal hinsetzen und das genau nachrechnen. Die Beitragssteigerungen in der privaten Krankenversicherung waren in den letzten Jahren nur unwesentlich höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung - im Schnitt lagen sie bei 3,3 Prozent bei den privaten und bei 3,1 bei den gesetzlichen Anbietern. Und dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass wir jährlich Beitragsrückerstattungen zahlen, zum Beispiel 2010 rund 1,3 Milliarden Euro.

**Also schneiden Sie doch nicht viel schlechter ab, wie oft behauptet?**

Nein. Außerdem muss man berücksichtigen, dass in der GKV Leistungen weggefallen sind. Da bekommen Sie keine Brille mehr gezahlt. Oder wenn sie mal die Eigenbeteiligung beim Zahnersatz sehen, oder die Praxisgebühr, oder die Eigenbeteiligung bei Medikamenten - das sind alles Eingriffe gewesen, da spricht heute keiner mehr von. Bei uns weiß man: Was der Kunde einmal zugesagt bekommt, das bleibt ein Leben lang. Wir können nicht an die Tarife gehen und die Leistungen ändern.

**Einige Anbieter aber haben sich doch offenbar verkalkuliert oder mit falschen Versprechen geworben. Sie haben mit billigen Angeboten gelockt und dann stiegen die Preise drastisch.**

Wir selbst haben nie Billigtarife angeboten. Ich bin ein überzeugter Verfechter des Grundsatzes, dass die PKV mehr kostet, dafür dann aber auch mehr leisten muss. Ich bin 40 Jahre im Unternehmen, 25 Jahre im Vorstand. Mit dieser Politik sind unsere Kunden und wir immer sehr gut gefahren. Wenn hier eine andere Krankenversicherung am Markt über das Ziel hinausgeschossen ist, dann muss man sich aber auch ganz genau anschauen, von welcher Basis die Preissteigerung ausgeht und was das in Euro ausmacht. Eine 50-prozentige Preissteigerung bei einem Tarif von 100 Euro sind 50 Euro. Das ist etwas anderes, als wenn eine 500 Euro teure Versicherung



Dominik Asbach/WirtschaftsWoche

um 50 Prozent erhöht werden würde. Im Übrigen haben große Unternehmen die Einsteigertarife mittlerweile eingestellt. Man sieht: Der Markt funktioniert.

**Die Kunden klagen, dass vor allem im Alter die Preise kräftig steigen. Bildet die**

**Branche zu wenige Rückstellungen?**

Wir haben mittlerweile 170 Milliarden Euro Altersrückstellungen gebildet, um die demografische Entwicklung abzufangen. Wenn man sich anschaut, wie es sich mit der Bevölkerung bis 2020 oder 2030 weiterentwickelt, dann wird man feststellen, dass die PKV exzellent aufgestellt ist.

**Laut einer Studie der Unternehmensberatung McKinsey im Auftrag der Krankenkasse AOK sind die Rückstellungen aber noch zu niedrig und reichen nicht aus, um Beitragsstabilität zu gewährleisten, beispielsweise weil sie mit zu geringen Lebenserwartungen rechnen.**

Das sehe ich absolut anders. Unsere Aktiare berechnen das genau. Das kann ich auch bei unserem eigenen Unternehmen sehen. Wir haben die Signal Kranken und die Deutsche Ring Kranken, bei uns gibt es sogar Kunden, die müssen im zunehmenden Alter erheblich weniger zahlen, weil die Rückstellungen greifen.

**Wenn es gar keine Demografieprobleme in der PKV gibt, warum wird das dann so oft behauptet?**

Einige Funktionäre der gesetzlichen Krankenkassen wollen vielleicht ein bisschen davon ablenken, dass sie vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung selbst große Probleme haben. Einige Gesundheitsökonomien rechnen damit,

dass in den nächsten Jahrzehnten eine Verdopplung der Beitragssätze in der GKV nötig werden dürfte von derzeit 15,5 auf 30 Prozent.

**Warum das?**

Schon heute zahlen die Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung nur 40 Prozent dessen, was sie an Leistungen in Anspruch nehmen. Den Rest müssen die Erwerbstätigen mitbezahlen. Doch künftig werden wir viel mehr Rentner haben und weniger Erwerbstätige. Dieses Generationenabkommen wird so auf Dauer nicht mehr haltbar sein. Die Bildung von Altersrückstellungen in der PKV ist da solider.

**Also haben nicht Sie, sondern die gesetzlichen Kassen ein Demografieproblem? Das Umlageverfahren hat keine Zukunft. Ohne die GKV angreifen zu wollen, muss ich sagen, es gibt mathematische Gründe, warum das auf Dauer nicht funktionieren kann. Darauf haben Wissenschaftler wie Professor Meinhard Miegel und Professor Kurt Biedenkopf schon vor 30 Jahren hingewiesen, nur keiner hat auf sie gehört. Schon damals hätte man das System ändern können.**

**In den vergangenen Monaten hat sich der Ton verschärft. Der Streit zwischen GKV und PKV wird mit immer härteren Bandagen geführt. Woran liegt das? Ich glaube, dass die gesetzlichen Kassen**

ständig unser Wachstum sehen und dass sie sehen, dass wir auch im Zusatzgeschäft unglaublich wachsen. Und das bedeutet nichts anderes, als dass die Kunden mit den Leistungen der GKV nicht zufrieden sind und deshalb Zusatzleistungen bei uns einkaufen.

**Es gibt doch auch bei den privaten Krankenversicherern Stimmen, die nicht mehr an die Zukunft der privaten Vollversicherung glauben?**

Nein, wir sind alle überzeugt, dass diese Form der Krankenversicherung die Zukunftsform ist. Wir haben deswegen jetzt auch eine entsprechende Anzeigenkampagne geschaltet mit den Unterschriften aller Vorstandsvorsitzenden der privaten Krankenversicherung. Natürlich stehen wir alle hinter der privaten Vollversicherung.

**Es gibt sehr viele private Anbieter. Wäre eine Konsolidierung wünschenswert, damit größere Unternehmen dann effizienter arbeiten?**

Wir haben 43 Versicherer, die eine Vollversicherung anbieten. Das muss auch so sein, damit wir genügend Wettbewerb haben.

Keiner hat sich bisher Gedanken darüber gemacht, welche volkswirtschaftlichen Auswirkungen es eigentlich hätte, wenn es keine PKV mehr gibt.

Reinhold Schulte:  
Der PKV-Chef kämpft.

**Ein zweigeteiltes System wie in der Bundesrepublik gibt es in kaum einem anderen Land. Warum sollten wir daran festhalten?**

Wir haben hier in Deutschland eine der besten medizinischen Versorgungssysteme auf der ganzen Welt. In Großbritannien warten sie auf einen Facharzt bis zu 18 Wochen. In den Niederlanden - wo das duale System 2006 abgeschafft wurde - haben sie heute teilweise sechs Monate Wartezeit.

**Und das liegt daran, dass dort die private Krankenversicherung fehlt?**

Es ist wichtig, dass Ärzte ordentlich bezahlt werden. In Großbritannien gibt es einen Ärztemangel. Junge Leute lassen sich nicht mehr zum Arzt ausbilden, die fangen kein Medizinstudium mehr an. Am Wochenende sind die Flugzeuge zum Teil voll mit deutschen Ärzten, die nach Großbritannien fliegen und dort privat behandeln und privat abrechnen. All dies sollte man berücksichtigen, wenn man eine Neiddebatte um die PKV führt und es gerne für alle gleich hätte.

**Viele Menschen haben aber schon den Eindruck, dass hier in Deutschland durch die beiden Krankenversicherungssysteme eine Zwei-Klassen-Gesellschaft herrscht.**

Wenn Kassenpatienten lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen oder sie beim Arzt keine Termine erhalten, dann hat das damit zu tun, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen für die Ärzte budgetiert haben. Wenn das Budget nach zwei Monaten im Quartal ausgeschöpft ist, dann nehmen viele Praxen keine Kassenpatienten mehr. Aber das kann man doch nicht der PKV zur Last legen.

**Aber vielleicht wäre ein einheitliches System effizienter und für alle kostengünstiger?**

Nein, das ist wie bei der Deutschen Bahn: Wenn Sie da die erste Klasse abschaffen würden, dann wird es für alle in der zweiten Klasse teurer.

**Wenn die private Krankenversicherung so gut ist: Sollte man vielleicht die gesetzliche abschaffen und alle versichern sich privat?**

Otto von Bismarck hat damals die gesetzlichen Kassen geschaffen für all diejenigen, die sozial besonders schutzbedürftig sind. Das waren damals vielleicht zehn Prozent der Bürger. Dann wurde auch aus Finanzierungsgründen der Kreis der Kassenpatienten immer mehr erweitert, indem man die Pflichtgrenze immer weiter erhöht hat.

**Und was bedeutet das heute?**

Heute sollte man darüber nachdenken, ob man die Pflichtgrenze nicht wieder heruntersetzt, damit mehr die Möglichkeit erhalten, sich privat zu versichern. Auch damit mehr Menschen selber für die Zukunft vorsorgen. Der Staat hat in den vergangenen Jahren Milliardenzuschüsse in die gesetzliche Krankenversicherung gegeben, auch das wird immer ausgeblendet. Wenn ich mir die Schuldendiskussion ansehe, auch in Deutschland, muss doch jeder klar denkende Mensch sagen: Das wird es künftig so nicht mehr geben.

**Herr Schulte, vielen Dank für das Interview.**

Wir sind alle überzeugt, dass diese Form der Krankenversicherung Zukunft hat.

Reinhold Schulte  
PKV-Verbandschef

**Der starke Wettbewerb hat aber auch zu Provisionsexzessen geführt. Um Kunden von anderen Versicherern abzuwerben, haben einige Anbieter sehr viel Geld an die Makler gezahlt.**

Dem haben wir inzwischen mit der neuen Provisionsregelung einen Kiegel vorgeschoben. Bei solchen Problemen spricht unser Verband mit der Regierung und wir suchen dann gemeinsam nach Lösungen. Die Neuregelung mit der Deckelung der Provisionen und der verlängerten Stornohaftung ist sinnvoll.

**Um Kunden von der PKV zu überzeugen, bieten Sie bessere Leistungen als die Kassen. Das ist teuer. Müssen Sie nicht viel stärker auf die Kosten achten?**

Durch den medizinischen Fortschritt und die älter werdenden Menschen werden die Kosten sowohl in der GKV als auch in der PKV weiter steigen. Aber wir reden mit der Bundesärztekammer, damit die Gebührenordnung, die seit 30 Jahren besteht, künftig mehr atmet als bisher. Da sind wir guten Mutes.

**Was heißt das genau?**

Wir wollen mehr vergüten für die sprechende Medizin, also wenn der Arzt den Patienten berät. Die Gebühren für die Apparatemedizin wollen wir zurückfahren. Da zahlen wir beispielsweise für die gleichen Laborleistungen bisher deutlich mehr als die GKV.