

# Schlacht im Schaufenster

**PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGEN** | Auch wenn die Politiker der Branche jetzt das Leben erleichtern: Die Webfehler im System bleiben, Unternehmen und Kunden werden sie teuer bezahlen.



**Wechselstimmung im Wartezimmer**  
Bis zu 40 000 Neukunden für die private Krankenversicherung

Im nächsten Jahr wird, so scheint es, für die private Krankenversicherung (PKV) alles besser. Bis zu 40 000 Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – so schätzt das Bundesgesundheitsministerium – werden 2011 zur Konkurrenz, der PKV, wechseln, weil die Wartezeit von drei auf ein Jahr verkürzt wird. Die Ausgaben für Arzneien werden zum Teil gedeckelt. Und die ausufernden Arzthonorare könnten eingefangen werden, da die veraltete und umstrittene Gebührenordnung endlich neu verhandelt wird. Geht es nach dem Willen der PKV, könnten die Unternehmen dann endlich kostengünstigere Einzelverträge mit Ärzten abschließen.

Doch die Aufbruchstimmung trägt. Die Finanzkrise wirkt fort: Sie beschert einigen Versicherern nur noch niedrige Zinsen auf die 145 Milliarden Euro Alterungsrückstellungen ihrer Kunden. Damit drohen denen höhere Beiträge, um das Polster fürs Alter sicherstellen zu können. Dazu tobt ein bisher ungesehener Provisionskrieg in der Branche. Um möglichst viele Versicherte zu den Privaten zu locken, bezahlen einige Anbieter ihren Vermittlern enorme Provisionen. Die Branche kannibalisiert sich selbst. Jetzt rufen ihre Verbandsfunktionäre sogar die Politik zur Hilfe. „Die Branche muss umgehend handeln. So kann man das nicht laufen lassen“, sagt Reinhold Schulte, Chef sowohl der Signal Iduna als auch des PKV-Verbandes. Notfalls müsse man das Verkäuferhonorar über die Kalkulationsverordnung gesetzlich regeln lassen.

Die eigentlichen Probleme der PKV aber sind die Webfehler im komplizierten deutschen System der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Vor 20, 30 Jahren störte sich kaum jemand an ihnen – langfristig werden sie jedoch zu Sprengsätzen für das ganze Geschäftsmodell der privaten Vollkrankenversicherung. Die Kosten und Beiträge laufen aus dem Ruder, Wettbewerb findet nur um Neukunden statt, echte Vertragsfreiheit gegenüber Ärzten und Kliniken existiert nicht, die Leistungen sind längst nicht mehr automatisch besser als in der GKV, ihre Qualität wird weniger kontrolliert als bei gesetzlich Versicherten, die Konstruktion der Tarifklassen erweist sich für immer mehr Versicherte als teure Falle.

Vor allem aber wackelt bei einigen Anbietern das werbeträchtigste Argument der PKV, nämlich dass ihr Modell der Alterungsrückstellungen im Unterschied zur GKV grundsätzlich demografiefest sei.

Vor diesem Hintergrund werden sich die 40 000 Wechselwilligen ihren Übertritt zur PKV und die Wahl des Anbieters gut überlegen (siehe Kasten auf Seite 72).

Das gravierendste Problem der PKV liegt darin, dass die Alterung der Gesellschaft und die steigende Lebenserwartung der Bundesbürger sie in den nächsten Jahren sehr viel härter treffen werden als die gesetzlichen Kassen.

Grund dafür ist die Altersstruktur. Die Altersklassen, grafisch dargestellt, bilden in der GKV einen soliden, nach oben zu laufenden Baum. In der PKV hat dieser Baum aber einen feisten Bauch bei den jetzt 40- bis 60-Jährigen, vor allem bei den Männern (siehe Grafik Seite 70). Das ist ausgerechnet jene Altersgruppe, die mit steigendem Alter mehr medizinische Leistung braucht. Dazu kommt: Gerade diese Versicherten haben oft noch einen Vertrag, der ihnen im Gegensatz zu jüngeren Policen den medizinischen Himmel auf Erden verspricht – schön für sie, auf Dauer aber teuer für die Tarifgemeinschaft.

Die Branche sucht das Problem zu entschärfen, indem sie sich auf die erhofften neuen Kunden stürzt, die nun dank der

## »Die Branche muss handeln. So kann man das nicht laufen lassen«

christliberalen Koalition einfacher der GKV den Rücken kehren können. Dabei geht es um 31,1 Milliarden Euro Beitragseinnahmen, um die rund 46 Unternehmen buhlen (siehe Grafik), am erfolgreichsten die Debeka mit ihren 2,1 Millionen Vollversicherten.

Doch die Schlacht droht zur Angstblüte der PKV zu werden. Die Konfrontation läuft zwischen Groß und Klein, zwischen Erfolgreich und Erfolglos. Hier die Central-Versicherung, die 2009 mit 47 800 vollversicherten Neukunden der Branchengewinner war, gefolgt von Debeka (41 500) und HanseMercur (22 500). Dort

die Allianz, die per saldo 15 200 Kunden verlor, oder die DKV, die 8600 Versicherte verabschieden musste. Der frühere Ombudsmann der PKV, Arno Surminski, warnt: „Viele Unternehmen sind nicht mehr in der Lage, die natürlichen Bestandsverluste durch Neuabschlüsse auszugleichen. Die Schere zwischen stagnierenden und wachsenden Unternehmen wird immer größer.“

Die Konsolidierung, also das Ende der Selbstständigkeit mancher Versicherungen, kommt. Viele der 46 Anbieter liegen weit unterhalb der 75 000 Versicherten, die Experten für die kritische Masse halten, von der an sich das Geschäftsmodell der PKV überhaupt rechnet.

### IMMER TEURER

Damit Einnahmen, Ausgaben und Alterungsrückstellungen im Lot bleiben, drehen viele Unternehmen immer hektischer an der Beitragsschraube. „Die Anpassungen sind in diesem Jahr überproportional hoch und von Tarif zu Tarif extrem unterschiedlich“, sagt Martin Zsohar, Geschäftsführer des Analysehauses Morgen&Morgen aus Hofheim im Taunus. »

### Debeka dominiert alle

So entwickelten sich die Top Ten der PKV-Unternehmen 2009 – und so großzügig waren sie gegenüber ihren Kunden

	Versicherte	Marktanteil in Prozent	Beitragseinnahmen in Milliarden Euro	So viel Prozent der Beiträge investieren die Unternehmen in Leistungen und Alterungsrückstellungen
<b>Gesamtmarkt</b>	<b>8,8 Millionen</b>	<b>100,0</b>	<b>31,3</b>	<b>80,9*</b>
Debeka	2 100 000	24,1	4,4	88,5
DKV	780 000	8,9	3,8	81,3
Axa	724 000	8,3	2,2	82,0
Allianz	709 000	8,1	3,2	77,7
Central	500 000	5,7	1,9	78,4
Signal	469 000	5,3	2,0	76,2
Bay. Beamtenkrankenv.	391 000	4,5	1,4	85,2
Continental	385 000	4,4	1,3	81,7
HUK-Coburg	362 000	4,1	0,9	90,3
Barmenia	309 000	3,5	1,3	82,2

Quelle: map-report 2009, \* im Durchschnitt



FOTO: LAIF/MARCUS VOGEL

© 2010 XEROX CORPORATION. Alle Rechte vorbehalten. XEROX®, XEROX and Design®, und Ready For Real Business sind Marken der Xerox Corporation in den USA und/oder anderen Ländern. Alle anderen Logos, Warenzeichen, eingetragenen Warenzeichen oder Handelsmarken sind Eigentum ihrer jeweiligen Besitzer.

Ready For Real Business **xerox**

Wir übernehmen die Übersetzung und weltweite Auslieferung der Dokumentation von Ducati. Damit Ducati sich nicht mehr darum kümmern muss.

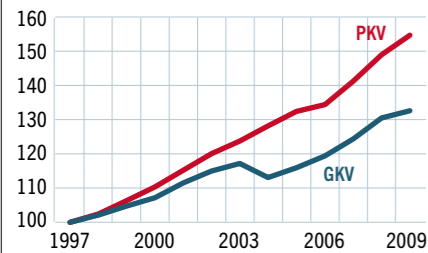
Xerox fasst, übersetzt und distribuiert Handbücher und Bedienungsanleitungen für Ducati. Ducati spart dadurch volle 23 % der bisherigen Kosten ein. Und die Herstellungszeit für Bedienungsanleitungen schrumpft von fünfzehn Tagen auf einen einzigen. So kann Ducati mehr Zeit darauf verwenden, hervorragende Motorräder zu bauen.

[RealBusiness.com/de](http://RealBusiness.com/de)

**VIER SPRENGSÄTZE**

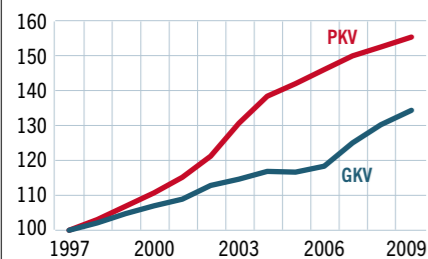
**In der privaten Krankenversicherung explodieren die Ausgaben...**

Aufwendungen je Versicherten in der gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV) (in Prozent)



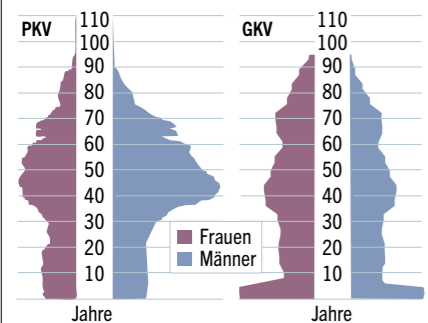
**...galoppieren die Beiträge...**

Prämien- und Beitragseinnahmen je Vollversicherten (in Prozent)



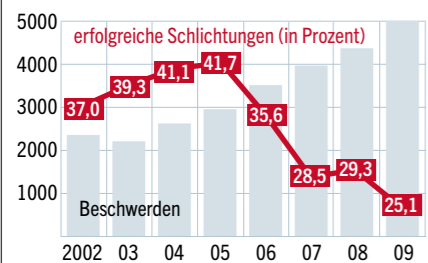
**...droht die Überalterung...**

Anteil der 40- bis 60-Jährigen



**...und wachsen die Streitereien.**

Zahl der Beschwerden beim Ombudsmann der PKV und Anteil der erfolgreichen Schlichtungen



Quelle: IGES-Studie, Bundesministerium für Gesundheit, Ombudsmann der PKV

» Im Schnitt lag sie 2010 bei 4,9 Prozent der untersuchten Tarife. Die sind zwar repräsentativ, aber nicht vollständig – mit mehr als 14 000 verschiedenen Tarifen sind die Angebote kaum zu durchschauen. Und das ist von der Branche auch so gewollt.

Die Erhöhungen jedenfalls manifestieren einen Trend: Von 2000 bis 2010 stiegen die billigsten Frauentarife im Schnitt um 0,7 Prozent jährlich, die teuersten um 7,4 Prozent; die Männer pendeln zwischen 1,3 und 11,6 Prozent. Zugleich haben in den Ratings der Hofheimer Experten nur 20 Prozent der Anbieter eine sehr gute oder ausgezeichnete Bewertung erhalten.

Eine aktuelle Studie des unabhängigen Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) kommt zu dem Ergebnis: „Die PKV wird ihren Ansprüchen nicht gerecht, einen besseren Schutz als die GKV gegen Beitragssteigerungen zu bieten. Es ist somit fraglich, ob die etablierten Strategien zur Bewältigung der zukünftigen versicherungstechnischen Risiken, insbesondere mit Blick auf den demografischen Wandel, ausreichen.“

So sind laut IGES zwischen 1997 und 2008 die Ausgaben je PKV-Kunden um 49 Prozent, die der GKV-Versicherten aber nur um 31 Prozent gestiegen (siehe Grafik). 2009 gab die GKV rund 160 Milliarden Euro für medizinische Leistungen für ihre 70 Millionen Versicherten aus, die PKV rund 21 Milliarden Euro für 8,8 Millionen Kunden. Doch die PKV hat ein Problem: Wer mehr zahlt, will mehr fürs Geld. „Die PKV kommuniziert nicht, worin leistungsbezogene Vorteile der PKV-Versicherten gegenüber der GKV liegen, die die relativen Mehrausgaben begründen“, heißt es in der IGES-Studie. Das erodiert für viele die Daseinsberechtigung der PKV.

Worin die Mehrausgaben liegen, kommuniziert die PKV allerdings schon: Ärzte, Kliniken und Pharmaunternehmen rechnen bei Privatpatienten ab, was die Gebührenordnung hergibt. Das ist das 1,8- bis 2,3-Fache des normalen Satzes, bei vermeintlich oder tatsächlich schwierigeren Einsätzen auch das 3,5-Fache.

Auf die Spitze treiben es viele niedergelassene Ärzte bei den Laborleistungen. Sie stellen den Privaten das Fünffache der GKV-Kosten in Rechnung. Von 2004 bis 2008 stiegen die Laborkosten bei den PKV-Kunden von 100 auf 129 Euro, bei den GKV-Versicherten von 24 auf 26 Euro.

Das macht 890 Millionen Euro mehr für die PKV – pro Jahr. 80 Prozent der Laborleistungen erbrachten die verschreibenden Ärzte gleich selbst im eigenen Labor. Ein Schuft, der Böses dabei denkt.

Die PKV argumentiert, sie quersubventioniere mit ihren Beiträgen die Gesundheitsversorgung für alle Deutschen. „Aus 20 Prozent ihrer Patienten erwirtschaften viele Praxen 60 Prozent ihres Umsatzes“, bestätigt Klaus Bogner, Allgemeinmediziner in Friedrichshafen, „anders können viele Ärzte ihre laufenden Kosten schon lange nicht mehr tragen“. Insgesamt seien das zehn Milliarden Euro jährlich, argumentiert der PKV-Verband, andere Quellen sehen die Hälfte. Gregor-Konstantin Elbel, Arzt und Experte für das Gesundheitswesen bei der Unternehmensberatung Deloitte, sieht das differenzierter: „So pauschal ist das sicher nicht korrekt: Die grundlegende Infrastruktur der Versorgung in der Fläche trägt letztendlich die GKV, die PKV ist zudem zum Beispiel in Ostdeutschland kaum vertreten, in Norddeutschland weniger als im Süden.“

**DIE SÜNDEN DER POLITIK**

Es ist vielleicht der größte Webfehler im System – und kaum einem Wechsler ist das bewusst: Vertragspartner seines Arztes, seiner Klinik ist immer er, nicht die Versicherung. Heißt im Umkehrschluss: Das Unternehmen hat kaum einen Hebel, um die Kosten oder die Versorgungsstrukturen zum Beispiel durch Selektivverträge mit einzelnen Leistungserbringern zu beeinflussen, indem es abweichende Vereinbarungen trifft. Elbel erklärt: „Die Unternehmen haben kaum Gestaltungsoptionen gegenüber den Leistungserbringern und sind damit gegenüber der GKV benachteiligt. Das führt auch dazu, das der PKV ein aktives Versorgungsmanagement zugunsten ihrer Kosteneffizienz wie zugunsten der medizinischen Versorgungsqualität der Versicherten weitgehend fehlt.“

Dass das ein Fehler ist, weiß die Politik schon lange. Union und FDP haben eine Reform der Privathonorare im Koalitionsvertrag vereinbart. Man sollte also glauben, dieses Mal müsse es was werden mit dem gestaltbaren Markt für Arzthonorare. „Doch die Ärzte scheuen die Transparenz und die Politik den Wahlkampf im Wartezimmer“, so ein Brancheninsider. Bleibt es beim Alten, schaut die PKV in die Röhre.

Die Forderung nach einer Öffnungsklausel pariert Theodor Windhorst, »



Lüntec-Ufo, Lünen. Deutschlands originellster Konferenzraum. Realisiert mit über 80 Lieferanten.

**Wer liefert was?**

**Mit Deutschlands führender Lieferantensuchmaschine finden Sie die richtigen Lieferanten. Selbst für Ufos.**

DIE Lieferantensuchmaschine

wer-liefert-was.de

Werden auch Sie unter wer-liefert-was.de gefunden. Tragen Sie Ihre Firma jetzt ein!

» Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, denn auch als Kriegserklärung an die Mediziner: „Die Versicherer wollen sich bestimmte Leistungen einkaufen, was im Wettbewerb zwangsläufig zu Dumpingpreisen führt.“

Gegen die Öffnungsklausel spräche zu dem das deutsche Kartellrecht, behaupten Vertreter der Ärzte und Kliniken. Schlössen sich alle privaten Versicherer zusammen, verträten sie 100 Prozent der Privatpatienten – ein undenkbares Erpresserpotenzial, so die Leistungserbringer.

Boris Augurzyk, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit beim Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, hält von solchen Argumenten allerdings nichts: „Das sind trotzdem nur rund zehn Prozent der insgesamt rund 82 Millionen Versicherten in Deutschland. Manche große AOK erreicht in ihrem Bundesland die dreifache Größe.“

## »Günstige Einsteigertarife gießen zusätzlich Öl ins Feuer«

Bei den Pharmaherstellern springt die Politik den Privaten bei. Auch an dieser Kostenstelle zahlen Privatpatienten häufig weit höhere Preise als GKV-Versicherte. Die gesetzlichen Krankenkassen mit ihren rund 51 Millionen zahlenden Versicherten und deren rund 19 Millionen Familienangehörigen sollen mit den Pharmaherstellern künftig Preisnachlässe für teure, patentgeschützte Arznei aushandeln können. Diese Rabatte gelten dann automatisch für die Privaten.

Seit Jahrzehnten hat die Branche ihren Willen politisch durchgesetzt, den Wechsel von einem zum anderen Anbieter faktisch unmöglich zu machen, indem der Kunde seine jahrelang angesparten Alterungsrückstellungen gar nicht oder nur zu einem kleinen Teil mitnehmen kann. Unabhängige Versicherungsmathematiker konnten gegenrechnen, was sie wollen.

„Diese Entscheidung verhindert echten Wettbewerb um Bestandskunden“, sagt Wissenschaftler Augurzyk, „die Mehrheit der Unternehmen ist damit zufrieden, aber progressive bedauern das.“ »

### PKV-PRÄMIE Hohe Hürden

Welche Wechselmöglichkeiten Privatversicherte haben, um ihren Krankenkassenbeitrag zu drücken.

#### FLUCHT IN DIE GESETZLICHE

Grundsätzlich können Privatversicherte nur dann in eine gesetzliche Kasse wechseln, wenn sie unter 55 Jahre alt sind. Zusätzlich muss das Bruttoeinkommen unter der Versicherungspflichtgrenze von 49 950 Euro pro Jahr liegen. Selbstständige und Freiberufler müssen zudem vor einem Wechsel mindestens zwölf Monate unselbstständig beschäftigt gewesen sein. Wer sich arbeitslos meldet, wird automatisch Mitglied in der GKV, sofern er sich nicht zuvor von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreien ließ und er jünger als 55 Jahre ist. Bei einem Wechsel in die GKV gehen die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen in der Regel verloren. Diese individuellen Rückstellungen sollen den Zuwachs der PKV-Prämie im Alter abmildern. Um die Alterungsrückstellungen trotz Wechsel in die GKV zu erhalten, haben Versicherte zwei Möglichkeiten: Sie können entweder private Zusatz-Polices abschließen oder sich gegen einen geringen Betrag eine Anwartschaft auf eine spätere Rückkehr in die PKV sichern.

#### WAHL DES BASISTARIFS

Wer nicht in die GKV wechseln kann, dem steht der Basistarif der PKV offen, der die Leistungen der gesetzlichen Kassen bietet. Die Versicherungen müssen ihn Neukunden sowie allen Bestandskunden über 55 Jahre ermöglichen. Die

Prämie ist bei 581,25 Euro pro Monat gedeckelt, dem Höchstbeitrag der GKV.

#### WECHSEL DES PKV-TARIFS

Private Krankenversicherungen versuchen, ältere Versicherte von neuen Tarifen fernzuhalten, um die Prämien für Neukunden niedrig zu halten. Die Allianz beispielsweise kassierte einen Tarifstrukturzuschlag, wenn Versicherte auf 2007 neu eingeführte Tarife umsatteln wollten. Das Bundesverwaltungsgericht verbot der Allianz, den Zuschlag bei Versicherten zu kassieren, die keine Vorerkrankungen haben. Wechselwillige sollten sich jedoch nicht abwimmeln lassen. Solange der neue Tarif weniger Leistungen bietet als der alte, darf die Krankenversicherung keinen Risikozuschlag erheben oder von dem Versicherten eine erneute Gesundheitsprüfung verlangen.

#### WECHSEL DES PKV-ANBIETERS

Versicherte, die ihre Police von 2009 an abgeschlossen haben, können beim Wechsel ihrer privaten Krankenversicherung einen Teil ihrer Alterungsrückstellungen mitnehmen. Wer eine ältere Police besitzt und wechselt, verliert die kompletten Alterungsrückstellungen. Trick: Beim neuen Versicherer nur einen abgespeckten Tarif wählen und diesen durch Zusatzversicherungen beim alten Versicherer ergänzen. So bleiben die bisher angesparten Alterungsrückstellungen erhalten. Tarife mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis bieten zum Beispiel Hanse-Merkur, Süddeutsche, Deutscher Ring und HUK-Coburg. Mehr zum PKV-Tarif-Ranking der WirtschaftsWoche lesen Sie unter [wiwo.de/pkv-tarife](http://wiwo.de/pkv-tarife).

martin.gerth@wiwo.de



**Lockvogel Alternativmedizin**  
Basistarif als letztes Mittel  
gegen explodierende Prämien

FOTO: KEYSTONE



Kaum ist man angefahren, schon muss man wieder bremsen. So ist das im Stadtverkehr. Linienbusse bremsen sogar noch öfter – an jeder Haltestelle. Dem MAN Lion's City Hybrid ist das gerade recht. Denn Bremsenergie wandelt er einfach in Elektrizität um. Durch ein intelligentes Wechselspiel von Diesel- und Elektromotor spart er bis zu 30 % Kraftstoff. Schöner Nebeneffekt: Der Bus verlässt die Haltestelle praktisch geräusch- und abgasfrei. Wo MAN mit fortschrittlicher Technologie sonst noch Energie sparen kann: [www.man-kann.eu](http://www.man-kann.eu)

Engineering the Future –  
since 1758.  
MAN Gruppe



# Kann man Stop-and-go-Verkehr als Energiequelle nutzen? MAN kann.



**Schröpfungsalst Labor** Private Krankenversicherungen zahlen ein Vielfaches der gesetzlichen

» Doch gerade Wettbewerb würde zu mehr Transparenz bei der Tarif- und Preisgestaltung führen und die PKV damit auch in dieser Hinsicht für neue Kunden wieder interessanter machen.

**DIE FEHLER DER ANBIETER**

Die Mischkalkulation eines nachhaltigen Versicherungstarifs ist einfach: Von unten müssen junge, gesunde Kunden in das Versichertenkollektiv einsteigen, weil sie weniger Kosten verursachen, als sie Beiträge zahlen. So subventionieren sie die Älteren, die oft mehr kosten, als sie zahlen.

Mit Schaufenstertarifen wie Top-Versorgung für einen 30-Jährigen für 59 Euro im Monat ködern deshalb vor allem im Internet wenig seriöse Anbieter Ahnungslose. Es geht um mehr als um unsolide Billigheimer: Immer öfter schließen einzelne Unternehmen ganze Tarife für neue Kunden. Das kann ein Desaster für die Älteren werden, weil durch die fehlenden Jungen die Mischkalkulation zusammenbricht und die Beiträge explodieren.

Klaus Heiermann, Marketingchef der Arag Versicherung, die noch nie einen Tarif geschlossen hat, kann Lockvogelangebote von 59 Euro pro Monat für einen 35-Jährigen nicht nachvollziehen. Seine Rechnung: „Ein 35-jähriger, gesunder Mann, der einen Selbstbehalt von 1500 Euro im Jahr akzeptiert und zuvor eine sehr genaue Risikoprüfung durchlaufen hat, zahlt bei der Arag derzeit 147 Euro im Monat, 261 Euro wären es ohne Selbstbehalt.“

Das Prinzip der Lockvogelangebote schadet dem Ruf der gesamten Branche.

Denn die Enttäuschung der neu gewonnenen Kunden ist programmiert. Werden die ersten Versicherten krank und schließt der Anbieter ihren Tarif, altern die verbliebenen gemeinsam und zahlen von Jahr zu Jahr höhere Beiträge. „Günstige Einstiegtarife gießen zusätzlich Öl ins Feuer“, beklagt Klaus Henkel, Chef der Süddeutschen Krankenversicherung.

Schädlich für den Ruf und die Kosten der PKV sind auch die hohen Provisionen. Einige Unternehmen werfen derzeit mit Provisionen an ihre Versicherungsverkäufer in bisher kaum bekanntem Maße um sich. Bis zu zwölf Monatsbeträge kassiert ein Vermittler – und bezahlt der Neukunde über seine Prämien.

Manch freier Vertriebler knüpft gar zum Ärger der ganzen Branche sogenannte Verwertungsketten. Mehrfach verwertet wird der Kunde: Erst rät der Vermittler dem Kunden zum günstigen Abschluss beim Anbieter A, ein Jahr später überredet er ihn zum besseren Tarif beim Anbieter B – von dem er von Anfang an wusste –, und die ganz Unerschrockenen überzeugen den Kunden dann zwei Jahre später noch vom Super-Angebot der dritten Versicherung. Der frisch Versicherte hat beim

**»Die Versicherungen rücken die Informationen nicht heraus«**

Wechsel wenig zu verlieren, er hat ja kaum etwas an Alterungsrückstellungen angespart. Der Powerseller aber kassiert drei Mal Provision – und höhlt das System aus.

Die Chancen der Kunden, die Systematik der PKV zu durchschauen, sind gering. Wehe dem, der sich über eine Tarifgemeinschaft oder einen Anbieter informieren will, bevor er sich ein Leben lang an ein Unternehmen bindet. Die Kalkulation der Tarife ist geheime Kommandosache, die Jahresbilanzen werden mit Ausnahme der Aktiengesellschaften nur spärlich veröffentlicht.

Selbst der Ratingprofi Martin Zsohar ärgert sich: „Die Altersstruktur der Tarife würden wir auch gerne kennen, aber die Unternehmen rücken Informationen nicht raus.“ Das aber schreckt immer mehr Interessenten ganz davon ab, zur PKV zu wechseln. Dabei werden die rechnerisch dringend benötigt.

**SCHMANKERLN DER GESETZLICHEN**

Zum Bumerang für die PKV drohen schließlich ihre überzogenen Versprechen zu werden. Nicht weniger als die bestmögliche medizinische Versorgung als Patient erster Klasse verspricht die Branche ihren Kunden. Von Ärger bei den Abrechnungen spricht sie nicht, von Leistungen, die in abgespeckten Billigtarifen gar nicht mehr vorgesehen sind, auch nicht. Die Zahlen des Ombudsmanns der PKV sprechen eine andere Sprache: Die Bitten der Kunden um Streit-Schlichtung steigen, die Kompromissfähigkeit der Unternehmen sinkt (siehe Grafik Seite 70). Vor allem über die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung wird heftig gestritten, weil sich hier für die PKV viel Geld sparen lässt.

Das spricht sich rum – und noch viel mehr: Nämlich dass viele Leistungen, die in der GKV gesetzlich vorgeschrieben sind, bei der PKV entweder gar nicht oder nur extra bezahlt zu bekommen sind. Dazu zählen beitragsfreie Zeiten während Mutterschutz oder Elternzeit, Krankengeldzahlung an berufstätige Eltern, wenn ihre Kinder krank sind, die Übernahme von Haushaltshilfen, Psychotherapien oder Mutter-Kind-Kuren. Die Folge: Zu Tausenden bleiben Gutverdiener in der GKV und gönnen sich lieber eine Zusatzversicherung – gerne auch bei einer PKV.

Doch überleben könnte das Geschäftsmodell der privaten Vollkrankenversicherung damit nicht.

anke.henrich@wiwo.de, cordula.tutt | Berlin

FOTO: RAINER WEISFLOG