

Roland Weber

Die Private Krankenversicherung unter Beschuss

Geliebt wurde die Private Krankenversicherung von der Presse noch nie. Doch der Gegenwind, der ihr aktuell ins Gesicht bläst, ist härter denn je. Seit Beginn des Jahres vergeht kaum eine Woche, in der nicht Stimmung gegen die private Krankenvorsorge gemacht wird. Roland Weber, Vorstandsmitglied des Debeka Krankenversicherungsvereins auf Gegenseitigkeit und streitbarer Vertreter der Deutschen Aktuarvereinigung, hat seine Eindrücke zusammengefasst. Dabei hat er wohl mehr Sorge um das Niveau der journalistischen Berichterstattung als um die Zukunft der Privaten Krankenversicherung.

„Flucht aus der Luxusklasse“

Die erste Falschmeldung des Jahres brachte der „Spiegel“. Am 9. Januar erschien ein Artikel, der das Zeug zu Fantasy-Geschichte hätte: „Flucht aus der Luxusklasse“. Flucht aus der Luxusklasse – ich denke unwillkürlich an die Evakuierung einer A 380. Auf dem oberen Deck befinden sich First und Business Class, darunter Economy, ganz unten der Frachtraum.

Und wer flieht aus der First Class? Ein 44-jähriger „selbstständiger Radiomoderator“ in einem PKV-Tarif, dessen Monatsbeitrag sich von 137 auf 215 Euro erhöht hatte. 137 Euro, ja selbst 215 Euro monatlich für Luxusschutz – das wäre ein Schnäppchen. Unter 400 Euro ist das für einen 40-jährigen nicht zu haben. Selbst ein einfacher Dreibettzimmertarif liegt bei knapp 300 Euro. Der Mann war also nie in der „Luxusklasse“, ja auch für Economy hatte es nicht gereicht – der GKV-Mindestbeitrag für Selbstständige, im Jahr 2012 rund 290 Euro, war ihm wohl zu teuer gewesen. Unser Radiomoderator war, um im Bild zu bleiben, im Frachtraum unterwegs. Ganz unten.

Da hätte er aber nie hin gedurft. Der Radiomoderator war, im wahrsten Sinne des Wortes, schlecht beraten, als er in einen der „Billigtarife“ der PKV wechselte, die nach der EU-Deregulierung Mitte der 1990-er Jahre von einigen Unternehmen eingeführt worden waren. Der scheinbar günstige Beitrag dieser Tarife wird durch einen stark eingeschränkten Leistungsumfang und hohe explizite oder implizite Selbstbehalte erreicht. Die Deutsche Aktuarvereinigung hat mehrfach darauf hingewiesen, dass solche

Tarife bei gleicher Kostensteigerung in der Regel prozentual deutlich höhere Beitragssteigerungen zur Folge haben als normale PKV-Tarife. Damit unterminieren sie die gesellschaftliche Akzeptanz der PKV.

Aufgrund des niedrigen Beitragsniveaus dieser Tarife (einschließlich des 10%-Zuschlags auf den Minibeitrag) werden auch erheblich weniger Alterungsrückstellungen gebildet als bei typischen PKV-Tarifen. Dies hat zwei fatale Effekte: Wünscht der Versicherte im höheren Alter den Umstieg in einen Komforttarif, wird dies sehr teuer. Und zur Beitragsentlastung im Alter stehen weniger Mittel aus dem 10%-Zuschlag und der Überzinsreserve zur Verfügung als sonst.

Die Verfechter der Billigtarife argumentieren, der „Markt“ fordere diese Produkte. Welcher Markt? Der „Markt“ der Strukturvertriebe? Der „Markt“ der Solo-Selbstständigen, die auf einem wackligen Geschäftsmodell sitzen, kaum was für die Rente tun und nicht einmal den GKV-Mindestbeitrag zahlen können?

Die Private Krankenversicherung ist kein Marktteilnehmer wie ein Hedgefonds oder eine Investmentbank. Sie ist Teil des sozialen Sicherungssystems unseres Landes und hat damit eine soziale Verpflichtung. Sie hat die Menschen, die aufgrund ihrer Einkommenssituation oder der Kontinuität ihrer Erwerbstätigkeit in der Lage sind, für sich selbst vorzusorgen, davon zu überzeugen, dies auch zu tun. Wer für sich selbst vorsorgt, zeigt Solidarität mit der nachfolgenden Generation. Wer nicht vorsorgt, obwohl er dazu in der Lage wäre, verhält sich der nachfolgenden Generation gegenüber parasitär.

Zu Recht bietet keiner der großen Marktteilnehmer derartige Billigtarife mehr an. Und viele Unternehmen fordern, einen

„Die Private Krankenversicherung ist kein Marktteilnehmer wie ein Hedgefonds oder eine Investmentbank. Sie ist Teil des sozialen Sicherungssystems unseres Landes und hat damit eine soziale Verpflichtung“

Roland Weber

Vorstandsmitglied der Debeka-Vericherungen, Koblenz

Mindeststandard für Privatschutz zu formulieren, um sich klar von den noch existierenden Billigtarifen absetzen zu können.

Fantasy statt Realität

Aber unser Radiomoderator war ja nur der Anfang der Spiegel-Fantasy. „Bei uns häufen sich die telefonischen Anfragen von Privatversicherten, die zur AOK kommen wollen“, wurde der Chef der AOK Rheinland/Hamburg zitiert. Na ja, es war, wie er mir sagte, täglich eine zweistellige Zahl von Anrufen. Bei der Debeka ist es täglich eine dreistellige Zahl – nicht von Anrufen, sondern von echten Vertragsabschlüssen.

Bei der Techniker Krankenkasse „suchten im vergangenen Jahr 68 000 Privatpatienten Zuflucht, fast 12% mehr als 2012“, fabulierte der Spiegel weiter. – Suchten Zuflucht? Sie wurden zwangsweise GKVisiert. Jedes Jahr verliert die PKV rund 80.000 junge Menschen zwangsweise an die GKV, weil sie nach Schule oder Studium berufstätig werden und damit der Versicherungspflicht unterliegen. Genauso geht es zigtausenden Privatversicherten, die wegen der Aufnahme von Teilzeitarbeit nach der Elternzeit zwangsweise in die GKV wechseln müssen.

Dass dies in 2011 mehr Menschen waren als im Jahr zuvor, liegt unter anderem an

der guten Konjunktur, die eine Rekordbeschäftigungsquote ermöglichte, aber auch an der Tatsache, dass derzeit in einigen Bundesländern zwei Jahrgänge gleichzeitig Abitur machen und auf den Arbeitsmarkt drängen.

Die echten Zahlen, jenseits der Fantasy: In 2011 sind mit 156.800 Personen in der Tat 3.600 mehr von der PKV in die GKV gezwungen worden als ein Jahr zuvor. Den umgekehrten, den freiwilligen Weg von der GKV zur PKV nahmen jedoch 231.900, 4.200 mehr als in 2010. Das ergibt einen positiven Wanderungssaldo für die PKV von 75.100 (2010: 74.500). Flucht aus der Luxusklasse?

Nächstes Jahr übrigens werden sich diese Meldungen in den Medien wiederholen. Und sie werden wieder nichts mit einer „Flucht aus der Luxusklasse“ zu tun haben. Denn die PKV-Unternehmen, die jetzt auf die Billigtarife verzichten, werden in 2012 deutlich weniger Neuzugänge haben, sicherlich in hoher fünfstelliger Größenordnung – weil die Zugänge in die Billigtarife fehlen. Die Abgänge hingegen werden unverändert bleiben. Der Substanz der PKV wird das aber gut tun.

Fragwürdige Kronzeugin

„Die Zeit“ variierte den Abgesang auf die PKV: „Die Zeit der privaten Krankenversicherung neigt sich dem Ende zu“, schrieb sie am 2. Februar. Die Rolle des selbstständigen Radiomoderators spielt bei der „Zeit“ eine 37-jährige „Telekom-Managerin“ aus Berlin: „Sie sucht nach einem Ausweg aus dem privaten System“.

Aber warum? Der Beitrag kann es nicht sein, denn laut „Zeit“ müsste sie bei der GKV „einen deutlich höheren Monatsbeitrag zahlen“. Nein: Ihr „ist die Freiheit genommen, selbst zu entscheiden“. Aha. So wie über 60 Millionen anderen Deutschen auch. Denn die sind in das System GKV gezwungen. Das schreibt die „Zeit“ natürlich nicht. Genau so wenig wie sie die Tatsache offenbart, dass die Telekom-Managerin mehrere Jahre lang persönliche Referentin von Ulla Schmidt war. Prima Kronzeugin.

Und dieser eine Fall zeigt, so die „Zeit“, dass „in Deutschland ... neuerdings nicht mal mehr die vermeintlichen Luxuspatienten zufrieden“ sind. Ein Einzelfall – und schon wissen wir, dass „die“ Privatversicherten unzufrieden sind, dass „die“ Versi-

cherten über „exorbitant hohe Beiträge für alte Menschen“ klagen.

Zufriedene PKV-Versicherte

Dumm nur, dass die meisten Privatversicherten das anders sehen. Die Versicherungs-Rating-Agentur Assekurata führt bei den von ihr untersuchten Unternehmen alle drei Jahre ausführliche Telefoninterviews mit jeweils 800 zufällig ausgewählten Versicherten durch. Bei der Befragung der Debeka-Versicherten im November 2011 gab es mehr „vollkommen zufriedene“ und mehr „sehr zufriedene“ Kunden als drei Jahre zuvor; insgesamt 98,7% gaben an, „vollkommen zufrieden“, „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ zu sein.

Eine Analyse aller von Assekurata vorgenommenen Kundenbefragungen im Markt zeigt von 2008 bis 2011 einen von 69% auf 73% gestiegenen Kundenzufriedenheitsindex. Der Anteil der Kunden, die ihre private Krankenversicherung weiterempfehlen würden, stieg sogar von 73% auf 77%. Ende Februar 2012 befragte TNS Emnid 1.000 repräsentativ ausgewählte PKV-Versicherte. Auf die Frage „Haben Sie das Gefühl, dass Sie bei Ihrer PKV eine sehr gute medizinische Versorgung erhalten?“ antworteten 96% mit „ja“.

Dagegen steht die repräsentative Befragung der früheren Referentin von Ulla Schmidt durch eine angesehene Wochenzeitung.

Hoffentlich nicht „Stern“-gläubig

Am 3. Mai machte dann der „Stern“ die PKV zum Top-Thema: „Hoffentlich nicht privat versichert“ lautete die Schlagzeile eines Textes, der direkt vom AOK-Hauptquartier auf den Redaktionstisch gekommen zu sein scheint. Konrad Kujau, seit zwölf Jahren tot, hätte ihn nicht besser dichten können.

„Eine vertrauliche Studie des AOK-Bundesverbandes“ zeigt demnach, dass „die PKV chronisch unterfinanziert“ ist. Das ist etwa so wie „Griechenland wirft Deutschland unsolide Haushaltspolitik vor“.

Die PKV, die für 11% der Bevölkerung 170 Mrd. Euro Alterungsrückstellung angespart hat, ist unterfinanziert, und die GKV, die für 89% der Bevölkerung 0 Euro Alterungsrückstellungen hat, solide aufgestellt?

Eine vertrauliche Studie des AOK-Bundesverbandes zeigt, dass „die PKV chronisch unterfinanziert“ ist. Das ist etwa so wie „Griechenland wirft Deutschland unsolide Haushaltspolitik vor“

Der „Stern“: „Heute haben die gesetzlichen Kassen Milliardenüberschüsse, und einige erwägen, die Beiträge zu senken. – Die Privaten heben die Prämien massiv an, teilweise um mehr als 50% im Jahr.“

Milliardenüberschüsse? 20 Mrd. Rücklagen, davon die Hälfte beim Gesundheitsfonds – ein Großteil davon gesetzliche Rücklage –, die andere Hälfte höchst unterschiedlich bei den einzelnen Kassen. Rücklagen, die nicht einmal für die Leistungen von zwei Monaten ausreichen. Und das trotz jahrelangem Steuerzuschuss, auch von Privatversicherten, in einer Höhe von bis zu 15 Mrd. per anno. Trotz Hochkonjunktur und Rekordbeschäftigung.

Hätten die „Stern“-Deuter ein wenig recherchiert, wäre ihnen klar geworden, wie schnell sich das bisschen Geld verflüchtigen kann. Denn das „Handelsblatt“ hatte Ende Februar aus einer ebenso vertraulichen Studie (vielleicht auch für den AOK-Bundesverband?) zitiert: „Noch schwimmen Gesundheitsfonds und Krankenkassen im Geld. Doch nach einer aktuellen Studie von McKinsey, die dem Handelsblatt vorliegt, wird sich das schon im nächsten Jahr ändern. ... 2014 droht der Geldsammelstelle der Kassen bereits ein Defizit, das die Krankenkassen reihenweise dazu zwingen wird, Zusatzbeiträge zu erheben. Im Durchschnitt werde dann bereits ein Zusatzbeitrag von 15,50 Euro erforderlich werden. ‚Und das bei konservativen Annahmen‘, so Jürgen Wettke, Direktor im Düsseldorfer McKinsey-Büro.“

Nur wenig Beschwerden

So weit zu den Milliardenüberschüssen der GKV. Und nun zu den massiven Prämienhöhungen der PKV. Ein paar spektakuläre Einzelfälle und 144 Beschwerden (bei 9 Millionen Privatversicherten), die bei den Verbraucherzentralen eingingen, werden als repräsentativ für die ganze Branche dargestellt.

Ich kann mit einer deutlich repräsentativeren Stichprobe dienen: 25% des Marktes, 2,2 Millionen Privatversicherte bei der Debeka. Von diesen 2,2 Millionen Versicherten waren zum 1. Januar 2012 1,3 Mio. Verträge mit 1,8 Millionen versicherten Personen von einer Beitragsanpassung betroffen. Die letzte Beitragsanpassung lag zwei und teilweise mehr Jahre zurück. Die durchschnittliche Erhöhung bei den betroffenen Personen betrug 5,2% - nach zwei und mehr Jahren. Die maximale Erhöhung bei Personen unter 65 betrug

10%, bei Personen über 65 7,5%. Es gab 253 schriftliche Beschwerden beim Versicherer, eine Beschwerde bei der BaFin und zwei Beschwerden beim Ombudsmann.

Da bleibt von der „Stern“-Pauschalierung: „Die Privaten heben die Prämien massiv an, teilweise um mehr als 50% im Jahr“ nur noch das Fazit: Der „Stern“ übertriebt massiv, teilweise auf jeder Seite.

Zu den spektakulären Einzelfällen hat der frühere Debeka-Vorstand Jürgen Rudolph in einem Leserbrief an den „Stern“ formuliert:

„Zu Ihren Beispielen für gebeutelte PKV-Versicherte müssen die Aussagen auch um sämtliche Fakten ergänzt werden. Der Anschluss an eine private Krankenversicherung ist für einen Angestellten nur möglich, wenn sein Einkommen (z. Z.) über 4.237,50 Euro liegt. Dann ergibt sich ein Beitrag zur GKV von monatlich 592,88 Euro. Die von Ihnen kritisierten PKV-Beiträge liegen alle noch deutlich darunter. Eine Rente von 346 Euro ist schlicht unmöglich, wenn man vorher über der Pflichtgrenze verdient hat. Es kann sich nur um eine Ehefrau handeln, die auch vorher schon die Privatversicherung über das Gesamteinkommen der Familie finanziert hat. Ich gebe Ihnen ein realistisches nachprüfbares Beispiel: Meine Frau bezieht 123 Euro Rente (aus Kindererziehungszeiten), ihr Beitrag zur PKV liegt bei 400 Euro. Vor Rentenbeginn hatte sie 0 Euro Einkommen, unsere Beiträge wurden immer aus dem gemeinsamen Familieneinkommen gezahlt. Ohne den Hintergrund der individuellen Vermögensverhältnisse wäre meine Frau für Sie also ein noch spektakulärer Fall der Überforderung einer armen Rentnerin durch die PKV. Leider ist meine Frau aber seit 45 Jahren höchst zufrieden privat versichert.“

Der Leserbrief wurde natürlich nicht veröffentlicht; Jürgen Rudolph hatte das auch gar nicht erwartet. Aber er schrieb an die Redaktion: „Vielleicht lesen wenigstens die Verfasser des Artikels meine Notiz und denken mal über ihre Sorgfaltspflicht als Journalisten nach.“ Wir werden sehen.

„Der Tarif-Schwindel“

Die „Süddeutsche Zeitung“ schrieb am 12. Juni: „Die zehn Millionen Privatpatienten erhalten in den meisten Fällen weniger Leistungen von ihrer Versicherung als Kassapatienten. Das ist das Ergebnis einer

„Doch vielleicht kam die Attacke zur rechten Zeit. Die PKV darf sich nicht ausruhen, sie muss sich gerechtfertigten Vorwürfen stellen, genau so, wie sie ungerechtfertigte zurückweisen muss“

Vergleichsstudie zwischen privater (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), die am Montag in Berlin vorgestellt wurde.“

Ähnlich stellten es die anderen Medien dar. Der Spiegel hatte bereits am 11. Juni unter der Überschrift „Der Tarif-Schwindel“ in die gleiche Kerbe gehauen. Und der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Andreas Storm, forderte Konsequenzen: Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen solle ein Sondergutachten anfertigen. (Vielleicht über den Wahrheitsgehalt von Presseartikeln; da würde er fündig werden.)

Zehn Millionen Vollversicherte in der PKV, laut Süddeutsche? Da hat aber jemand übertrieben. Die Autoren der Studie, Thomas Drabinski und Claus-Dieter Gorr, können es nicht gewesen sein: 8,99 Millionen privat Vollversicherte vermeldet die Studie auf Seite 20.

Ob die Journalisten so weit nicht gelesen haben? Vieles deutet darauf hin. Denn auch die folgenden Aussagen der Studie finden sich in keinem einzigen Artikel (rühmliche Ausnahmen: Sunna Gieseke in der Ärztezeitung vom 12. Juni und Jens Flintrop im Deutschen Ärzteblatt vom 22. Juni): – „Die GKV ist ein System ohne Nachhaltigkeitsperspektive und ohne Selbstheilungskräfte.“ (S. 45)

– „Der Versicherte wird in diesem System unmündig gehalten, da sonst die uralten Finanzierungsregeln der GKV aufgegeben werden müssten.“ (S. 46)

– „Obwohl das Analyse-Ergebnis der ‚Mindestkriterien‘ Leistungsdefizite ergibt, gibt es in der PKV eine Vielzahl von Leistungen, die einen wesentlich höheren Leistungsumfang als in der GKV ermöglichen.“ (S. 140)

– „Abbildung 25 zeigt, dass alle Tarife (der PKV, der Verf.) im Vergleich zur GKV auch Mehrleistungen anbieten.“ (S. 145)

Letztlich kommen Drabinski und Gorr zu dem Ergebnis, „dass vor allem drei Bereiche die Anforderungen an Mindestkriterien nicht erfüllen: Gemischte Anstalten und Anschlussheilbehandlung, Psychotherapie und Entziehungmaßnahmen, Hilfsmittel und künstliche Ernährung.“ (S. 138)

Auch wenn Drabinski und speziell Gorr bei manchen Anforderungen überziehen („Premium Circle“ klingt ja auch nicht gerade bescheiden) – die letzte Schlussfolgerung ist richtig. Und deshalb gibt es viele Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, die die Einführung der neuen Unisex-Tarife nutzen werden, genau diese Lücken zu schließen.

Als der jetzt viel zitierte Thomas Drabinski im März 2012 eine Studie vorlegte, in der er prognostizierte, dass das System der GKV aufgrund der demografischen Veränderungen und der Kostenentwicklung „ab dem Jahr 2040 zu kollabieren beginnen“ wird, war ihm nicht so viel mediale Aufmerksamkeit beschieden.

Lassen wir uns nicht irre machen

Was erfahren wir aus sechs Monaten Zeitungslektüre über die PKV? Es gibt vereinzelt Beitragserhöhungen in einem - von der absoluten Steigerung gesehen - unverständlichen Ausmaß. Versicherte eines speziellen Tarifs eines Unternehmens sind besonders stark betroffen; das Unternehmen hat die Konsequenzen gezogen, der Tarif wird nicht weiter angeboten. Wie lange die letzte Anpassung zurück lag, erfahren wir in aller Regel nicht. Welche Beitragssteigerungen auf die große Mehrzahl der Privatversicherten zutreffen, erfahren wir auch nicht.

Wir sehen immer wieder die Grafik des IGES-Instituts mit dem Vergleich der Beitragsentwicklung GKV und PKV, die Äpfel mit Birnen vergleicht und deren Fragwürdigkeit mehrfach von der Deutschen Aktuarvereinigung herausgearbeitet wurde. Die Argumente sind vielen Journalisten bekannt, sie behalten sie vorläufig für sich.

Wir lesen von Einzelfällen, in denen bestimmte Behandlungen nicht oder nur teilweise bezahlt wurden. Oft waren sie nicht im Leistungsumfang des versicherten Tarifes enthalten. In vielen Fällen handelt es sich auch nicht um die Behandlung, die nicht bezahlt wird, sondern um Fahrten, um Hilfsmittel, um Heilmittel. Manchmal aber, so hat man den Eindruck, hat den zuständigen Mitarbeitern auch das Gespür dafür gefehlt, wie man mit Kunden umgeht. Viele Artikel lesen sich wie aneinander gereihete Hotelbewertungen bei Tripadvisor: Einzelfälle, subjektiv dargestellt, jeder Fall für sich ärgerlich, aber doch zu wenig, zu flach, um sich ein umfassendes Bild machen zu können.

Doch vielleicht kam die Attacke zur rechten Zeit. Die PKV darf sich nicht ausruhen, sie muss sich gerechtfertigten Vorwürfen stellen, genau so, wie sie ungerechtfertigte zurückweisen muss. Sie hat die Chance, mit der Einführung der Unisex-Tarife ein modernes, leistungsstarkes Tarifwerk aufzulegen, mit dem sie an ihre Wurzeln anknüpft: Guten Versicherungsschutz zu bezahlbaren Beiträgen. Die PKV nicht als Billiganbieter, sondern als Vorreiter für eine hervorragende medizinische Versorgung.

Schließen wir künftig den Frachtraum für Personentransporte. Sonst wird die Luft zu dünn.

Henning Doth

Zahnersatz in der Privaten Krankenversicherung – Leistungsfreiheit wegen früherer Parodontitisbehandlung?

Im Rahmen der Leistungsprüfung für Zahnersatz kommt es immer häufiger vor, dass der Versicherer den Einwand der Vorvertraglichkeit erhebt, weil der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages wegen Parodontitis behandelt wurde. Zu Recht?

Um diese Frage beantworten zu können, sollen zunächst die rechtlichen Grundlagen dargestellt werden. Gemäß § 2 Abs. 1 MB/KK leistet der Versicherer nicht für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind. Nach wohl überwiegender Auffassung ist diese Klausel als primäre Risikobegrenzung anzusehen, mit der Folge, dass der Versicherungsnehmer darlegen und beweisen muss, dass in dem versicherten Zeitraum ein Versicherungsfall eingetreten ist.

Im Gegensatz zu anderen Versicherungszweigen erstreckt sich der Versicherungsfall in der Privaten Krankenversicherung über einen längeren Zeitraum und lässt sich nicht auf ein punktuell Ereignis beschränken. Daher spricht man hier vom sog. „gedehnten Versicherungsfall“.

Gemäß § 1 Abs. 2 MB/KK beginnt der Versicherungsfall mit der Heilbehandlung, also mit jeder Tätigkeit, die durch die betroffene Krankheit verursacht worden ist,

sofern die Leistung des Arztes auf die Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt. Die Heilbehandlung beginnt nach der Rechtsprechung bereits mit der ersten Inanspruchnahme einer solchen Tätigkeit, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und

Henning Doth

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,
Centola | Doth Rechtsanwälte