

Joachim Burkhardt hat sich „aus Dummheit“ in den Achtzigern für eine private Krankenversicherung entschieden. Seine Prämie stieg zum Jahreswechsel drastisch.



Udo Fischer wechselte 2011 zur Signal Iduna. Die weigert sich, die Kosten für die Zahnspange von Fischers 13-jähriger Tochter Emma zu übernehmen.

FOTOS: TIM WEGNER / DER SPIEGEL

GESUNDHEIT

Der Tarif-Schwindel

Privatversicherte erwarten, dass sie als Patienten erster Klasse behandelt werden. Doch nun zeigt eine Branchenstudie: Das Leistungsangebot vieler Assekuranzen weist gefährliche Lücken auf. Gesetzlich Versicherte sind oft besser geschützt.

Bis heute kann sich Martin Friederich nicht erklären, wie er unter den Lastwagen geriet. Es war ein Herbsttag im vergangenen Jahr. Er fuhr mit dem Fahrrad zur Arbeit, mit Helm, wie immer, hinter ihm der Lkw. Der Wagen muss ihn beim Überholen gestreift haben, Friederich stürzte, der Mehrtonner rollte über seine Beine. „Die Erinnerung daran ist wie ausgelöscht“, sagt er.

Mit offenen Brüchen unterhalb der Knie brachten ihn die Rettungsärzte in die Klinik. Die Mediziner operierten stundenlang. Viele Wochen verbrachte der selbständige Architekt im Krankenhaus, mehrere Monate war er in der Reha. Die Treppen zu seiner Wohnung im dritten

Stock wurden zu einem schwer überwindbaren Hindernis.

Heute, acht Monate nach dem Unfall, fällt Friederich das Gehen noch immer schwer. Ein Bein ist verkürzt, regelmäßig muss er zur Physiotherapie. Und als ob das alles nicht genug wäre, hat der 59-Jährige nun noch ein weiteres Problem: seine Krankenversicherung. „Man glaubt ja immer, als Privatpatient sei man optimal geschützt“, sagt er. Darüber könne er im Nachhinein „nur lachen“.

Seine Versicherung, die bislang immer anstandslos Arztrechnungen und Medikamente bezahlt hatte, zeigte sich plötzlich gar nicht mehr generös. Die Reha? Wollte die Bayerische Beamtenkranken-

kasse (BBKK) nicht vollständig erstatten. Die Krücken? Musste Friederich selbst bezahlen. Die Kompressionsstrümpfe? Abgelehnt. Rund 10 000 Euro musste er seit seinem Unfall in der Münchner Innenstadt aus der eigenen Tasche begleichen. „Und ich glaube nicht, dass damit schon das Ende erreicht ist“, sagt er und schaut auf seine blauen Turnschuhe mit Klettverschluss. Zeitlebens wird Friederich Schuhe tragen müssen, deren Sohlen unterschiedlich dick sind. „Die hat mir der Professor in der Reha geschenkt“, sagt er. „Zum Glück.“ Denn auch orthopädische Spezialanfertigungen dieser Art deckt sein Versicherungstarif offenbar nicht ab. Friederichs Vertrag enthalte „be-



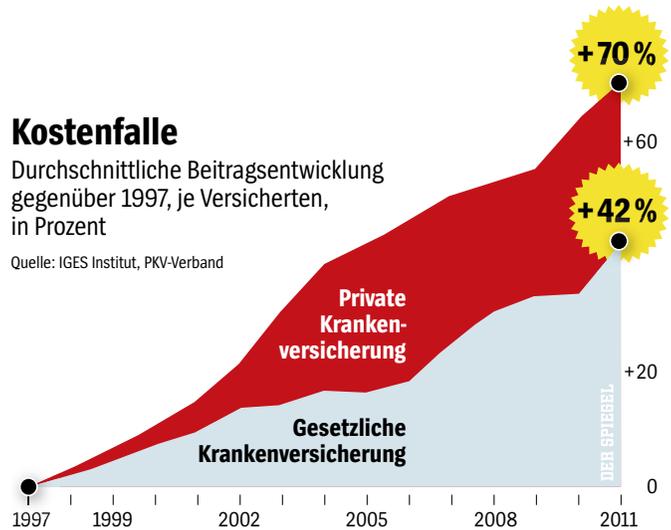
LILIAN HENGLIN & DAVID STEETS / DER SPIEGEL

Martin Friederich hatte einen schweren Fahrradunfall und musste über 10 000 Euro für die Reha, Krücken und andere Folgekosten selbst bezahlen.

Kostenfalle

Durchschnittliche Beitragsentwicklung gegenüber 1997, je Versicherten, in Prozent

Quelle: IGES Institut, PKV-Verband



Rechenbeispiel für private Krankenversicherungen

bei einer angenommenen jährlichen Beitragssteigerung von 5 Prozent *

* ohne Berücksichtigung der Altersrückstellungen

Quelle: Bund der Versicherten



stimmte Leistungsbegrenzungen“, bestätigt die BBKK. Man habe alle Kosten übernommen, die man im Rahmen des Tarifs erstatten müsse.

Friederich weiß mittlerweile sehr genau, wo die Tücken seiner Versicherung liegen. Das Leistungsangebot sehe „nicht gerade üppig aus“, sagt er. „Das war mir vor meinem Unfall nicht klar.“ Den Buchstaben- und Zahlenkombinationen in den Vertragsbedingungen habe er es jedenfalls nicht entnehmen können. Und für 675 Euro im Monat habe er so etwas auch nicht erwartet. Erst im vergangenen Jahr war sein Beitrag um 75 Euro gestiegen.

Deutschland gewöhnt sich an eine neue Form von Zweiklassenmedizin. Lange galt die private Krankenversicherung (PKV) als nobler Zufluchtsort für Besserverdienende. Wer bei Allianz und Co. versichert war, durfte sich nicht nur als Premiumpatient im tristen Krankenalltag fühlen. Er zahlte in nicht wenigen Fällen auch geringere Monatsbeiträge als bei der gesetzlichen Konkurrenz. Das Gefühl, ein „Besserversicherter“ zu sein, wurde allenfalls durch das schlechte Gewissen getrübt, sich der Solidargemeinschaft zu entziehen.

Heute fühlen sich nicht wenige Privatversicherte als die eigentlichen Opfer des Systems. Seit Jahren steigen ihre Prämien mit oft zweistelligen Raten, während sich

der Vorteil ihrer First-Class-Policen zuletzt darauf reduzierte, beim Hausarzt schneller einen Termin zu bekommen. Viele Privatkassen weigern sich neuerdings, die eingereichten Arztrechnungen vollständig zu erstatten, und immer öfter erleben Versicherte, dass ihr Tarif wichtige Leistungen nicht abdeckt. Wer bei Neurodermitis Spezialnahrung benötigt oder seinen Burnout vom Psychotherapeuten behandeln lassen will, muss das häufig selbst bezahlen.

Wie sehr der private Versicherungsschutz inzwischen ausgehöhlt ist, zeigt eine Studie des Kieler Gesundheitsökonom Thomas Drabinski und der Beratungsfirma Premiumcircle, die von der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung mitfinanziert wurde. Erstmals haben Wissenschaftler die Leistungen der beiden Systeme miteinander verglichen. Das Ergebnis, das sie an diesem Montag veröffentlichen, ist alarmierend. Rund zehn Millionen PKV-Versicherte seien mit teils „existentiellen Leistungsausschlüssen im Krankheitsfall“ konfrontiert, heißt es in der Untersuchung. „Mehr als 80 Prozent der Tarifsysteme der PKV leisten weniger als die GKV“, sagt Premiumcircle-Chef Claus-Dieter Gorr. Dabei gehe es um Angebote, die in der gesetzlichen Krankenversicherung fest verankert seien wie die häusliche Krankenpflege oder so-

genannte Hilfsmitteldeklarationen ohne Einschränkungen.

Vorteilhaft ist eine private Krankenversicherung demnach in vielen Fällen nur noch für diejenigen, die entweder bis an ihr Lebensende gesund bleiben. Oder die so viel Geld haben, dass ein paar tausend Euro mehr oder weniger keine Rolle spielen. Viele Kleinunternehmer und Freiberufler, die nicht auf den oberen Etagen der Einkommenspyramide stehen, gehören im Zweifelsfall eher nicht in diese Kategorie.

Dass diese Entwicklung Sprengstoff birgt, haben mittlerweile auch viele Politiker erkannt. SPD und Grüne wollen die private Krankenversicherung ohnehin seit langem abschaffen, Union und FDP sehen zumindest Reformbedarf. „Die Zeiten sind vorbei, in denen wir über die Probleme der privaten Krankenversicherung hinwegsehen können“, sagt Jens Spahn, Gesundheitsexperte der Union. „Sie sind zu groß.“ Und der zuständige FDP-Minister Daniel Bahr spricht im Zusammenhang mit dem Finanzgebaren vieler Privatkassen von einem „Armutszeugnis“.

Die Seniorin

Ursula Möller-Bornemann muss jeden Morgen ein ganzes Sortiment an Tabletten schlucken. „Sechs verschiedene Pillen“, sagt sie. „Oder acht?“ Sie runzelt

die Stirn. „Und ich glaube, noch so ein Säftchen gegen Kreislaufbeschwerden.“

Möller-Bornemann, 91 Jahre alt, Allianz-versichert, lebt seit 2009 in einem Wohnstift in Aumühle bei Hamburg. Ihr Herz schwächelt, und sie wiegt nur noch 40 Kilogramm, doch geistig ist die Frau für ihr Alter erstaunlich fit. Mit den Medikamenten, die ihr der Arzt verordnet hat, ist sie allerdings überfordert.

Eine Pflegerin muss jeden Tag darauf achten, dass die alte Dame ihre Tabletten einnimmt. Denn wenn sie es vergisst, verschlechtert sich ihr Zustand schnell. Unter der blassen Haut ihrer Hände zeichnen sich die Adern ab, der hellrosafarbene Blazer lässt erkennen, wie knochig ihre Schultern sind.

Fast 800 Euro im Monat muss Möller-Bornemann für die tägliche Betreuung beim Tablettenschlucken bezahlen. Eine gesetzliche Krankenkasse würde diesen Betrag erstatten. Möller-Bornemanns Allianz-Tarif – rund 700 Euro kostet er monatlich – sieht eine solche Leistung jedoch nicht vor. „Kann ja wohl nicht sein“, sagte sich Möller-Bornemanns Enkel, Clemens Wülfing – und half der Großmutter, die Versicherung zu verklagen. Ende vergangenen Jahres fällten die Richter am Oberlandesgericht in Schleswig-Holstein ihr Urteil, zugunsten des Unternehmens. „Wer eine private Krankenversicherung abschließt, kann nicht erwarten, dass er damit so versichert ist, wie er es als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse wäre.“

Wülfing findet das „ziemlich absurd“. Man sollte doch annehmen, sagt er, „dass eine teure Privatversicherung wenigstens einen gewissen Standard erfüllt“. Doch einen gesetzlichen Anspruch darauf gibt es nicht. Wer sich für eine private Versicherung entscheidet, ist selbst dafür verantwortlich, welches Leistungspaket er wählt. Und wer bei der Vertragsunterschrift nicht mitbekommen hat, dass sein Tarif etwa kein Beatmungsgerät gegen Atemaussetzer bei Nacht beinhaltet, der hat ganz einfach Pech gehabt.

„Da liegt einiges im Argen“, sagt CDU-Politiker Spahn, der sich mit seinem Urteil nun auf die Studie von Drabinski und Premiumcircle berufen kann. Die Experten haben 85 Tarifbestandteile ausgewählt, die sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Zusätzlich aufgenommen in die Liste haben sie auch Angebote wie privatärztliche Versorgung oder Brillen und Kontaktlinsen, die gesetzlich Versicherte nicht erstattet bekommen. „Wir haben einen Standard festgelegt, der garantiert, dass die Patienten wirklich umfassend abgesichert sind“, sagt Drabinski.

Untersucht haben sie 32 PKV-Unternehmen. Grundlage waren 208 Tarifsysteme mit insgesamt 1567 Kombinationen. Das Ergebnis: Keine Versicherung kann die 85 Kriterien erfüllen.



THOMAS PETER / REUTERS

Gesundheitsminister Bahr: Appell an die Eigenverantwortung der Versicherungen

Besonders problematisch finden die Experten, dass viele Versicherungen nur eingeschränkt Anschlussheilbehandlungen, Psychotherapien oder wichtige medizinische Hilfsmittel übernehmen. Und so bemerken viele Versicherte erst dann, wenn ihnen wirklich einmal etwas passiert, wie unzureichend sie abgesichert sind. Sie genießen zwar den Luxus, ohne Wartezeiten einen Arzttermin zu bekommen, und die Mediziner hofieren sie. Der Chefarzt schaut schon mal persönlich vorbei, im besten Fall im Einzelzimmer. Denn das ist das Absurde an manchen Privatarifen. Während sie nicht einmal die Kosten für den Krankentransport abdecken, sind etwa Extras wie Hustensäfte und Nasentropfen inklusive. „Das ist so, als würden sie einen Mercedes S-Klasse kaufen, aber ohne Motor und Getriebe“, sagt Premiumcircle-Chef Gorr.

Schlimmer noch: Was die Versicherung ausschließt, ist für einen Laien kaum nachvollziehbar, heißt es in der Studie. „Werden alle Kombinationen ausgeschöpft, sieht sich der Versicherte einem PKV-Versicherungsmarkt mit mindestens 250 000 Preisen gegenüber.“

„Eine Vielzahl der Tarife leisten wesentlich mehr als die GKV“, verteidigt Volker Leienbach, Cheflobbyist beim PKV-Verband, seine Branche. „Etwa, wenn es um Zahnersatz, Brillen oder Arzneimittel geht.“ Natürlich gebe es auch leistungsstarke Angebote, bestätigt Gorr. „Die Frage ist nur, wie ein Versicherter die finden soll.“

Wer beim Vertragsabschluss danebengegriffen hat, kann nicht mehr viel tun. Es sei denn, er hat eine gute Rechtsschutzversicherung.

Der Anwalt

Alexander Schäfer, 37, verdient seinen Lebensunterhalt damit, sich mit privaten Versicherern anzulegen. Über zu wenig Arbeit kann sich der Anwalt in seiner Frankfurter Kanzlei nicht beklagen. „Man merkt, dass viele Versicherer immer massiver versuchen, ihre Kosten zu drücken“, sagt er. „Das bekommen natürlich auch die Versicherten zu spüren.“

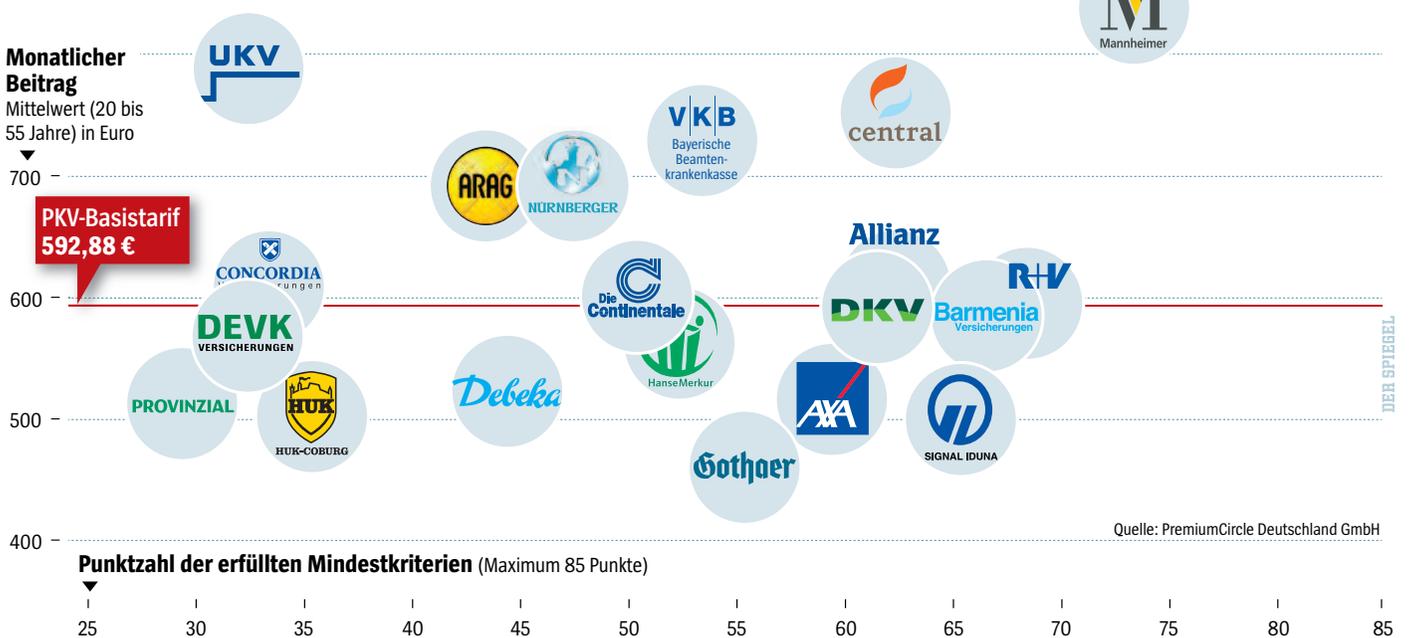
Dabei haben die Konzerne unterschiedliche Strategien: Entweder zweifeln die Unternehmen im Nachhinein an, dass eine Behandlung medizinisch notwendig war. Oder sie weigern sich, Therapien oder Hilfsmittel zu bezahlen, die nicht eindeutig im Tarif enthalten sind. Etwa, weil es sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch gar nicht gab. Einen neuen Hightech-Rollstuhl beispielsweise.

Viele Versicherer stellen sich zudem quer, wenn sie Arzthonorare bezahlen sollen, die die Sätze der Gebührenordnung überschreiten. Häufig rechnen Mediziner höhere Summen ab, weil sie behaupten, anderenfalls nicht wirtschaftlich arbeiten zu können. Dieser Spielraum ist ihnen bei einigen Tarifen gestattet. Hält der Versicherer die Rechnung jedoch für unverhältnismäßig hoch, bleibt der Patient auf dem Differenzbetrag sitzen.

Auch eine andere Besonderheit der privaten Krankenversicherung ist für die Versicherten nicht immer nur von Vorteil. Als Privatunternehmen können sich Allianz, Axa oder Debeka in der Regel aussuchen, wen sie zu welchem Preis versichern. Alter und Gesundheitszustand sind ausschlaggebend dafür, wie teuer ein Tarif wird. Wer chronisch krank ist, hat kaum eine Chance, von einer privaten Versicherung

Großes Gefälle Vergleich ausgewählter Privatversicherungen* nach Beitrag und Mindestkriterien

* jeweils der Kompakttarif mit der höchsten Punktzahl bzw. die beste Kombination der Einzeltarif-Bausteine



zu einem bezahlbaren Preis aufgenommen zu werden. Es sei denn, er entscheidet sich für den sogenannten Basistarif.

Manchmal versuchen Neukunden zu tricksen, indem sie verschweigen, dass sie unter einer chronischen Krankheit leiden oder schlechte Zähne haben. Dann hat der Versicherer die Möglichkeit, dem Betroffenen zu kündigen. Es kommt allerdings auch vor, dass die Unternehmen nur einen Vorwand suchen, um teure Behandlungen nicht bezahlen zu müssen.

Was das bedeuten kann, hat zum Beispiel Schäfers jüngste Mandantin Emma erlebt. Sie ist 13 Jahre alt und bei der Signal Iduna versichert. Weil ihre Backenzähne schiefstehen, riet ihr der Kieferorthopäde im vergangenen Jahr dringend zu einer Zahnspange. 5000 Euro soll das Ganze kosten. Als ihr Vater den Behandlungsplan an seine Versicherung schickte, ging der Ärger los. Denn beim Vertragsabschluss hatte Udo Fischer, ein selbständiger Designer aus Offenbach, angegeben, Emma sei noch nie beim Kieferorthopäden in Behandlung gewesen. Das war falsch; tatsächlich hatte das Mädchen vor Jahren einmal einen Termin, um abzuklären, ob ihr ein Zahn gezogen werden muss. Damals hatte sie noch Milchzähne. Um die Frage, ob sie einmal eine Spange brauchen werde, sei es damals überhaupt nicht gegangen, sagt Fischer.

Die Signal Iduna zog Erkundigungen beim Zahnarzt ein und entschied daraufhin, Emma komplett alle kieferorthopädischen Leistungen zu streichen. Die Begründung: Hätte die Versicherung die vollständigen Informationen gehabt, hätte man bei Emma erst gar keinen Vertrag dieser Art akzeptiert. „Schon geraume

Zeit vor Abschluss der Versicherung“ hätten zwei Zahnärzte zu der Behandlung geraten, heißt es bei der Signal Iduna. In so einem Fall übernehme „keine private Krankenvollversicherung“ die Kosten.

Erst 2011 war Familie Fischer aus der gesetzlichen in die private Krankenversicherung gewechselt. „Im Nachhinein gesehen war das kein guter Schritt“, sagt der Vater. „Gesetzlich versichert hätte Emma mit ihrem Befund wenigstens eine einfache Zahnspange bekommen“, beschwert er sich. „Und man müsste sich jetzt nicht herumstreiten, wo man wie ein Kreuzchen gesetzt hat.“

Die Zeiten, in denen Privatpatienten alles bezahlt bekamen, seien „längst vorbei“, sagt Anwalt Schäfer. Denn die Branche steht unter Druck. Früher versuchten die Versicherten zur gesetzlichen Konkurrenz zu wechseln, wenn ihre Police im Alter teurer wurde. Doch diesen Weg hat der Gesetzgeber schon vor Jahren verbaut. Die Versicherten werden immer älter und benötigen mehr Leistungen.

Der zweite Kostentreiber sind die Mediziner. Weil die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gedeckelt sind, versuchen Ärzte und Kliniken, sich bei Privatpatienten schadlos zu halten. Mit Erfolg, denn die Krankenkassen haben wesentlich mehr Möglichkeiten, die Kosten im Gesundheitswesen zu drücken, als die Privatassekuranz. Entsprechend sind die ärztlichen Behandlungskosten in der PKV seit 1995 um 113 Prozent gestiegen. Bei den gesetzlichen Kassen wuchsen sie lediglich um 42 Prozent.

Doch die Kunden, die sich meist als Berufseinsteiger für eine private Versicherung entscheiden, achten vor allem

auf den Preis. Und so blieb den Unternehmen vielfach nur eine Möglichkeit, um bei steigenden Kosten im Wettbewerb mithalten zu können: den Leistungskatalog für neue Produkte zusammenzustreichen. „Tarife wurden nicht bedarfsgerecht für Endkunden entwickelt“, heißt es in der Studie, „sondern unter der Prämisse“, wie sie bei Preisvergleichen „abschneiden würden“.

Nun haben viele Privatversicherte Policen, die weniger ihnen nutzen als den Maklern und Versicherungsvertretern. Bis zu neun Monatsprämien dürfen die Vermittler kassieren, wenn sie einen Versicherungsvertrag verkaufen.

Für dieses viele Geld bekommen die Versicherten erschreckend wenig Expertise geboten. „Im Tarifiedickicht der PKV bräuchten die Leute Berater, die fachlich gut und ehrlich sind“, sagt Premiumcircle-Chef Gorr. „Die gibt es aber kaum.“ Carsten Möller, ehemaliger Chef des Maklerpools Maxpool, findet ähnlich harte Worte: 75 bis 85 Prozent in der Branche hätten so gut wie keine Ahnung, schätzt er. „Wenn man dahinterguckt, was da beraten und verkauft wird, kann man manchmal wirklich nur die Hände über dem Kopf zusammenschlagen.“

Eine beunruhigende Aussage, wenn man bedenkt, dass die Versicherten regelrecht an ihre Verträge gekettet sind. Zwar können sie theoretisch zwischen verschiedenen Anbietern wechseln. Haben sie sich jedoch bereits vor 2009 versichert, verlieren sie alle Beträge, die das Unternehmen für die Gesundheitsversorgung im Alter angespart hat.

Auch ein Tarifwechsel innerhalb der eigenen Versicherung ist meist wenig at-

traktiv, denn die Unternehmen versuchen oftmals rigoros, solche Wechsler auszubremsen. Sie wollen nicht, dass ältere und damit teurere Versicherte die Bilanz eines neuen Tarifs trüben.

Die Tarif-Wechslerin

Ein regelrechtes Wechseldrama erlebte eine 69-jährige Axa-Versicherte. Die Hausfrau war früher beihilfeberechtigt, weil ihr Mann Beamter war. Nach der Scheidung erhielt sie die staatlichen Zuschüsse jedoch nicht mehr. Ihre Prämie stieg sprunghaft von 213 auf 739 Euro an. Auch der Unterhaltsanspruch, der diese Differenz abfedern sollte, fiel weg, nachdem ihr Ex-Mann verstarb. „Mir bleiben nur 70 Euro zum Leben“, schrieb sie 2006 an die DBV-Winterthur, die später von der Axa übernommen wurde, und bat um „eine wesentlich billigere Krankenversicherung“.

Zwei Jahre später gelang ihr der Wechsel in einen spürbar preisgünstigeren Tarif zu 354 Euro. Hinzu kamen jedoch 1000 Euro Selbstbeteiligung im Jahr. Auch diese Prämie stieg weiter an. Am Ende blieb der Frau nichts anderes übrig, als freiwillig auf Leistungen zu verzichten. Im vergangenen Jahr schrieb sie an die Axa, sie habe „bereits genehmigte Behandlungen“ absagen müssen, auch eine Schulteroperation. Nun müsse sie „mit den ein-



RUPERT OBERHAUSER / CARO

Patienten bei der Physiotherapie: Eine neue Form von Zweiklassenmedizin

hergehenden Schmerzen so weiterleben“, da sie sich den Selbstbehalt nicht leisten kann. Für 2012 bot ihr die Axa schließlich einen neuen Tarif mit einem deutlich niedrigeren Eigenanteil an. Das Ende einer Odyssee.

Gesundheitsminister Bahr fordert, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, „den Versicherten günstigere Tarife anzubieten“. Diesen Aufruf nehmen die Konzerne aber genauso wenig ernst wie seinen Appell, die Probleme „in Eigenverantwortung“

zu lösen. Das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung müsse in der jetzigen Form erhalten bleiben, lautete Bahrs unbeirrte Botschaft beim Ärztetag in Nürnberg Ende Mai.

Ganz anders sehen das die Oppositionsparteien SPD und Grüne. Sie wollen die kommende Bundestagswahl mit dem Versprechen gewinnen, der privaten Krankenvollversicherung den Garaus zu machen. Stattdessen sollen alle Deut-

schen gemeinsam in eine Bürgerversicherung einzahlen. Die PKV-Unternehmen würden in diesem Fall nur noch Zusatzversicherungen anbieten.

Die Union ist noch auf der Suche nach einem Konzept. „Die Branche sollte sich auf einen Mindestversicherungsschutz einigen“, fordert zumindest schon CDU-Gesundheitsexperte Spahn.

Sogar bei den Assekuranzunternehmen selbst wächst inzwischen die Erkenntnis, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann.

„Wir müssen auf die berechtigte Kritik reagieren, damit das duale System mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung Zukunft hat“, sagt Clemens Muth, Chef der Deutschen Krankenversicherung (DKV). Mit 900 000 Vollversicherten ist sein Konzern einer der größten Krankenversicherer in Deutschland. „Viel zu lange wurden die Produkte zu oft nur über den Preis verkauft und nicht über die Qualität“, sagt er. „Das hat dazu geführt, dass Billigtarife mit teils drastischen Leistungsausschlüssen auf dem Markt sind.“

Muth fordert verbindliche Mindestkriterien für die Branche. „Wir brauchen einen Mindeststandard in den Bereichen, die für die Menschen oftmals erst im fortgeschrittenen Alter relevant werden.“ Vielen Kunden sei nicht ausreichend be-

wusst, welche Leistungen ihre Policen umfassen und welche nicht.

Schon 2011 hat sich die DKV von ihren Billigtarifen verabschiedet. „Es bringt nichts, um Geringverdiener zu werben, die später mit Prämien erhöhungen völlig überfordert sind.“ Auch die Verfasser der Studie plädieren dafür, einheitliche Tarifkriterien festzusetzen. Zudem verlangen Drabinski und Gorr eine „grundlegende Neuordnung des Vertriebsmarktes und der Provisionen“. Für Makler müsse es „einheitliche Ausbildungs- und Zulassungsvorschriften mit Mindestqualifikationen geben“, heißt es in der Studie. Wer einen neuen Vertrag abschließt, dürfe künftig höchstens vier statt wie derzeit neun Monatsbeiträge Provision erhalten.

Die Privatversicherung abzuschaffen, wie es SPD und Grüne fordern, hielten sie dagegen für einen Fehler. Die PKV habe gegenüber der gesetzlichen Versicherung auch Vorteile, wie etwa Kapitalrücklagen fürs Alter.

Joachim Burkhardt aus Frankfurt würde sich freuen, wenn die Politik etwas für ihn täte. Er ist 68 Jahre alt und seit 1985 bei der Gothaer versichert. „Es gab mal eine Zeit, da habe ich als Selbständiger gut verdient“, erzählt er. „Und dann habe ich mich aus Dummheit für eine Privatversicherung entschieden.“ Er habe da-

mals einfach nicht bedacht, was das für Konsequenzen haben könnte.

Jahrelang zahlte der angestellte Lehrer für seine Versicherung 268 Euro im Monat, sein Selbstbehalt betrug 1000 Euro pro Jahr. Kaum war er im Ruhestand, erhöhte sich Burkhardts Beitrag auf 394 Euro. „Die Perspektive, mit meiner Rente einen solchen Beitrag bezahlen zu müssen, fand ich ziemlich unerfreulich“, sagt der Pädagoge, der mittlerweile wieder arbeitet. Er wechselte in einen Tarif zu 300 Euro. Doch dann brummte ihm die Gothaer einen sogenannten Risikozuschlag von 80 Euro im Monat auf.

Erst als er sich beschwerte, senkte die Versicherung seine Prämie wieder. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wollte die Gothaer den Fall nicht kommentieren. „Die Unsicherheit darüber, wie es mit den Beiträgen weitergeht, ist ziemlich belastend“, sagt Burkhardt. „Am Ende macht einen noch die eigene Krankenversicherung krank.“

KATRIN ELGER



Video:
Lohnt sich eine Privatversicherung noch?

Für Smartphone-Benutzer:
Bildcode scannen, etwa mit
der App „Scanlife“.