

Herr Schulte, warum sind die Deutschen zurzeit besser bei den gesetzlichen Krankenversicherungen aufgehoben als bei den privaten?

Diese Bewertung ist völlig falsch. Natürlich sind die Menschen besser privat versichert. Das zeigen die Umfragen. 90 Prozent der bei uns Versicherten sind zufrieden. Wir müssen uns nicht hinter den gesetzlichen Kassen verstecken.

Bei AOK, Barmer & Co. können Kunden alle 18 Monate umsteigen, haben kostenlos die Familie mitversichert. Bei Ihnen nicht.

Ja, es gibt klare Unterschiede. Bei uns sind stattdessen zum Beispiel Heilpraktiker- und Chefarztbehandlungen oft enthalten.

Privatpatienten fühlen sich dennoch oft nicht mehr als First-Class-Patienten. Bei Psychotherapie oder Reha zahlen die gesetzlichen Versicherungen mehr als der gängige Privattarif. Also doch lieber gesetzlich?

Einen Rundum-sorglos-Schutz gibt es nicht – auch bei uns nicht. Aber im Vergleich erhalten unsere Versicherten unterm Strich mehr: Wir ersetzen im Gegensatz zu gesetzlichen Kassen alle Brillen. Wir leisten deutlich mehr beim Zahnersatz. Wir erheben weder eine Praxisgebühr noch Zuzahlungen zu Medikamenten. Außerdem kann man bei uns sicher sein, sein Leben lang die gleichen Leistungen zu bekommen. Bei den gesetzlichen Kassen dagegen wird permanent gestrichen.

Privatversicherten bleibt die Unsicherheit, ob Sie die Arztrechnung begleichen.

Kosten können am Patienten hängenbleiben. Unschön, oder nicht?

Das sind Ausnahmefälle. Im vergangenen Jahr hatten wir deutschlandweit nur 2500 Beschwerden in diesem Bereich. Das ist minimal – bei rund neun Millionen Vollversicherten und 21 Millionen Zusatzverträgen. Außerdem sollte man mal definieren: Was ist denn First Class? Dass man sein Krankenhaus frei wählen kann – das können unsere Versicherten. Dass man seinen Arzt aussuchen kann – auch das können sie.

First Class ist aber auch, dass man nicht auf Kosten sitzenbleibt. Bieten die Privatunternehmen dabei endlich Hilfen an?

In den seltenen Fällen, bei denen das passiert, reden wir mit dem Versicher-

ten und der mit seinem Arzt, und dann findet man eine Regelung. Mancher Arzt verschreibt Behandlungen, die so neu sind, dass nicht klar ist, ob sie wirken. Da muss es einen Austausch geben.

Noch mal: Wie helfen Sie dem Patienten konkret in einem solchen Konflikt?

Die privaten Krankenversicherungen sind da schon viel weiter als früher. Wir beschäftigen Ärzte als Berater. Wenn unsere Kunden schwere Krankheiten haben, dann begleiten wir sie. Wir bieten ihnen eine Reha an, die unserer Meinung nach am besten wirkt. Wenn der Kunde die richtige Therapie bekommt, hilft ihm das und uns auch.

Führen Sie zur Not auch einen Prozess gegen einen Arzt, der zu hoch abrechnet?

Notfalls würden wir das machen, aber in der Regel kommt es zuvor zu einer Einigung.

Es gibt den Trend bei Ärzten, möglichst viel abzurechnen. Abrechnungszentren locken damit, Rechnungen um 20 Prozent zu „optimieren“ – also zu verteuern.

Wieso klagen Sie nicht häufiger?

Wir bevorzugen eine gesetzliche Lösung und fordern, dass die Gebührenordnungen für Ärzte erneuert werden. Die Vorgaben sind über 20 Jahre alt, die Medizin hat sich enorm gewandelt. Viele nicht aufgeführte Behandlungen werden so unnötig teuer abgerechnet. Wir wollen aber nicht nur sparen. Die persönliche Zuwendung des Arztes soll besser entlohnt werden als manche Technikleistung. Heute sind beispielsweise die Pro-Kopf-Ausgaben für dieselben Laborarbeiten bei Privatversicherten über viermal so hoch wie bei Kassenpatienten. Das muss sich ändern.

Wieso nehmen Sie nicht Ärzte unter Vertrag, die gut sind und auch fair abrechnen?

Wir wollen nicht mit dem Kartellrecht kollidieren. Wir brauchen vom Gesetzgeber dringend das Mandat, sowohl mit Ärzteverbänden als auch mit der Pharmaindustrie direkt verhandeln zu dürfen, wie das bei gesetzlichen Kassen üblich ist. Vereinbarungen über exakte Qualitätsmaßstäbe wirken sich am Ende günstig auf die Kosten aus. Mehr ist nicht unbedingt immer besser.

Werden Sie auch Ärzte empfehlen?

Natürlich. Das machen wir in den Unternehmen heute schon. Wenn uns ein

Versicherter anruft und einen guten Arzt sucht, nennen wir ihm mehrere Adressen. Das werden wir noch verstärken und dafür werben. Wir wollen aber niemandem vorschreiben, welchen Arzt er aufsuchen soll. Der Versicherte behält die freie Auswahl.

Für ärztliche Leistungen laufen Ihnen die Ausgaben davon. Diese stiegen in 20 Jahren um 310 Prozent. Was tun Sie dagegen?

Natürlich haben wir ganz deutlich das Gefühl, dass viele Ärzte über uns ausgleichen, was sie bei den gesetzlichen Kassen nicht mehr bekommen. Das ist ein nicht hinnehmbarer Zustand, den wir ohne Änderungen durch den Gesetzgeber nicht in den Griff bekommen. Fest steht aber auch: Die Deutschen werden immer älter. Diese längere Lebenserwartung kostet eben Geld.

Dafür gewinnen Sie aber seit Jahren zu wenige Neukunden. Wer soll das bezahlen?

Es kommen doch wieder mehr Neukunden. Im ersten Halbjahr 2009 waren es netto 99800. Die reduzierten Zahlen von 2007 mit immer noch 60000 Neuzugängen hatten wir allein dem Gesetzgeber zu verdanken. Nicht nur, dass dieser für PKV-Interessierte eine Gehaltsgrenze eingezogen hat, diese musste auch noch drei Jahre in Folge überschritten werden. Das war eine hohe Hürde, die nun die Koalition auf ein Jahr senken will.

Dennoch schreckt es viele, die zu Ihnen wechseln könnten. Sie fürchten, im Alter horrenden Beiträge zu zahlen.

Aber diese Angst muss doch gar nicht da sein. Mittel- und langfristig wird sich die seit 2000 geltende Aufstockung der Altersrückstellungen deutlich beitragsbegrenzend auswirken, wenn nicht sogar beitragsenkend. Wer im Alter wie ein Kassenpatient versichert sein will, der kann in den günstigen Basistarif wechseln – mit Leistungen auf Kassenniveau und gedeckeltem Höchstbeitrag. Aber die Leute wechseln ja nicht. Sie wollen auch im Alter privat versichert sein – mitsamt allen gewohnten Leistungen. Sie wollen das 2-Bett-Zimmer und die Chefarztbehandlung. Dafür muss man entsprechend bezahlen. ■

INTERVIEW: MATTHIAS KOWALSKI / ALEXANDRA KUSITZKY