

Cash.extra

Investieren
wie die Profis

Private Krankenversicherung

Qualitäts Offensive der Assekuranz

■ **ROUNDTABLE**

Chancen und Herausforderungen
durch mehr Qualität und Transparenz

■ **MARKTREPORT**

Die PKV macht sich fit für
den Wettbewerb

Cash.Extra **PKV**
in Kooperation mit:

Barmenia
Versicherungen
Leben | Kranken | Unfall | Sach

VER | **SICHER** | UNGS
KAMMER
BAYERN

indes
VERSICHERUNGSGRUPPE


NÜRNBERGER
VERSICHERUNGSGRUPPE



Die leistungsstarke KV-Voll-Tariflinie: einsA

Georg Birkenstock
Maklerbetreuer, Maklerdirektion Wuppertal

**Besser Barmenia.
Besser leben.**

Für ein einsA Leben! Fünf Kranken-Vollversicherungstarife, die starke Leistungen in allen Gesundheitsfragen bieten: Mit den Barmenia einsA-Tarifen und einem umfassenden Leistungsspektrum von A wie ambulant bis Z wie Zahnbehandlung. Das heißt: Egal, für welchen sich Ihre Kunden entscheiden – die einsA-Tarife sind immer ein Gewinn! Und weil sich Ansprüche im Laufe der Zeit ändern, enthalten die einsA-Tarife die Option, zu bestimmten Zeitpunkten ohne

Gesundheitsprüfung in einen leistungsstärkeren Vollversicherungstarif der Barmenia zu wechseln. Natürlich sind nicht nur Ihre Kunden bei der Barmenia gut aufgehoben. Auch für Sie sind wir 100% da! Und zwar verlässlicher, schneller und echt freundlich.

Informieren Sie sich jetzt:

www.maklerservice.de oder Telefon **0202 438-3734**
Barmenia Krankenversicherung a. G.



Barmenia
Versicherungen

Leben | Kranken | Unfall | Sach

Zankapfel PKV

Der Kelch in Sachen Bürgerversicherung ist mit dem Zustandekommen der Großen Koalition bestehend aus Schwarz-Rot an der privaten Krankenversicherung vorerst vorübergegangen. Doch die Umstellung auf Unisex-Tarife im vergangenen Jahr mit den zum Teil drastischen Preiserhöhungen wirkt noch nach. Daneben kämpft die Branche um ihre zukünftige Ausrichtung und das gleich an mehreren Fronten.

Kontakt zur Chefredaktion

milewski@cash-online.de

Tel.: +49 (0)40/51444-136



Zum einen gilt es, die Sünden der Vergangenheit bezüglich der wenig erfreulichen Folgen mit Billigtarifen vergessen zu machen.

Zum anderen finden sich die privaten Krankenversicherer in einem zunehmenden Wettbewerb mit den finanziell erstarkten gesetzlichen Krankenkassen wieder, was vielen Verantwortlichen zum Teil tiefe Sorgenfalten auf die Stirn treibt. Denn Unternehmen in der GKV wuchern mit Pfunden, die bislang eigentlich den Anbietern privater Krankenversiche-

rungen vorbehalten waren. Die Rede ist von Bonusprogrammen sowie von Erfolgsbeteiligungen der Versicherten, mit denen der Wettbewerb um Kunden zusätzlich befeuert wird. Last but not least galoppiert auch der medizinische Fortschritt und die damit ständig steigenden Kosten der Branche davon.

Um die Zukunftsfähigkeit und die Finanzierbarkeit der PKV zu sichern, wird es deshalb darauf ankommen, Transparenz und Qualität fortlaufend zu steigern. In diesem Zusammenhang kommt den Beratern und Vermittlern eine besondere Rolle zu. Nur wenn es gelingt, die Vorteile der PKV an die potenziellen Kunden zu kommunizieren, hat die Branche eine Chance auf Zukunftssicherung.

Dazu zählt nicht nur eine hochwertige Beratung der Kunden, sondern auch das Leistungsmanagement und die Leistungskataloge müssen immer wieder einer Überprüfung unterzogen, gegebenenfalls optimiert und transparent gemacht werden.

Darüber hinaus muss sich die private Krankenversicherung aber auch um neue Zielgruppen jenseits der Beamten bemühen. Ein zukünftiger Erfolgsfaktor kann diesbezüglich die betriebliche Krankenversicherung sein, die seit Jahren als Wachstumssegment gilt. Die Teilnehmer des Roundtable ab Seite 8 sehen sich für die zukünftigen Herausforderungen in der PKV gut gewappnet und auf dem richtigen Weg.

Ihr

Frank O. Milewski, Chefredakteur



Impressum

Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt:

Frank O. Milewski

Das Cash.Extra Private Krankenversicherung erscheint als Beilage im Cash.Magazin. Der Nachdruck ist nur mit Genehmigung des Verlags gestattet.

Anzeigen: Cash.Print GmbH, Hamburg

Vorstufe und Druck: Dierichs Druck + Media GmbH & Co. KG, Kassel

Fotos: Stefan Malzkorn, Anne-Lena Cordts, Unternehmen
Stand: März 2014

Aus dem Inhalt

4 Titelstory: „Qualitätsverkauf im Fokus“

Die Vorsorge für Gesundheit bleibt schwierig. Politische Hemmnisse und ein zunehmender Wettbewerb fordern die PKV-Anbieter heraus.

8 Roundtable-Gespräch

Führende Vertreter von privaten Krankenversicherern sowie einer Maklerorganisation diskutieren die Zukunftsfähigkeit der Branche.

„Qualitätsverkauf im Fokus“

PKV Die private Krankenversicherung bleibt zwar gut in der Spur, dennoch explodieren die Kosten im gesamten Gesundheitswesen. Die Zukunft ist keineswegs sicher, zumal steigende Rücklagen der PKV Begehrlichkeiten vieler Sozialromantiker wecken. Vorsorge für Gesundheit bleibt schwierig.

Mit der Bundestagswahl war zumindest das Gespenst der Bürgerversicherung nach dem Muster von Rot/Grün vom Tisch. Damit kann die private Krankenversicherung (PKV) weiterhin Neugeschäft betreiben und hat eine existenzielle Baustelle weniger. Zu tun bleibt dennoch genug, denn die PKV bleibt ein Spielball der Politik, die immer wieder nach den Alterungsrückstellungen schießt, die 2012 um 12,15 Milliarden auf über 181 Milliarden Euro angewachsen sind. Diese Rückstellungen sind die Garantie für bezahlbare Beiträge im Alter und der Wettbewerbsvorteil schlechthin gegenüber der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Bis zum Sommer sollen zwar erst einmal Gesetzesentwürfe zur Pflege-reform und zur Finanzierung der

Krankenkassen vorliegen. So wird wohl die ungeliebte Zusatzpauschale, die klamme Krankenkassen bislang erheben durften, wieder abgeschafft. Ab 2015 könnte die GKV auch wieder kassenindividuelle Beitragssätze festlegen. Ob es aber billiger als jetzt mit 15,5 Prozent Einheitsbeitragssatz wird, darf bezweifelt werden. Die gute Konjunktur hatte Besserverdienern in der GKV schon jetzt höhere Beiträge aufgebürdet, stieg doch die Beitragsbemessungsgrenze zum 1. Januar 2014 um 112,50 Euro auf 4.050 Euro pro Monat. Damit kostet die GKV Besserverdiener jetzt 332,10 Euro Monatsbeitrag. Wer in die PKV wechseln will, muss nun ebenfalls mehr verdienen: mindestens 4.462,50 Euro brutto (2013: 4.350 Euro).

Der Zickzack-Kurs der letzten 20 Jahre ist vor allem dem faulen Kompromiss geschuldet, dass es im Ge-

sundheitswesen keinen Markt geben darf. Also wird der Mangel an bezahlbarer Leistung immer mehr zentral verwaltet, um die Kosten nicht ausufern zu lassen. Diesen Ansatz halten Gesundheitsökonomien für längst gescheitert. Langfristig ist eine Stabilisierung wohl nur möglich, wenn man das derzeitige Umlagesystem sukzessive abschafft, alle Krankenkassen privatisiert und risikoäquivalente Prämien im Kapitaldeckungsverfahren erhebt. So rigoros ist aber kein Gesundheitsminister.

Kampf der Systeme

„Der fatale Trend der letzten zehn Jahre in Richtung Einheitskasse und Staatsmedizin muss gebrochen werden“, sagt Uwe Laue, Vorstandschef des größten Krankenversicherers Debeka und im Nebenberuf PKV-Verbandschef. Eigentlich müsste der GKV-Einheitsbeitrag von 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens noch deutlich höher sein, zumal die wirtschaftlich gesunde PKV seit 2011 wieder schneller auf wechselwillige Gutverdiener der GKV bauen kann. Allerdings würde die PKV, bei der aktuell 8,96 Millionen Menschen und damit 11,3 Prozent der Deutschen unter Vertrag sind, jedoch gar nicht jeden Kunden haben wollen und auch wegen der nötigen Gesundheitsprüfung gar nicht bekommen. Alte und Kranke würden wohl auch das private System sprengen.

Dennoch: „Eine Bürgerversicherung hätte gegen die Nachhaltigkeit verstoßen und zu negativen Folgen für die Gesundheitsversorgung geführt“,

Marktanteile der Top Ten in der PKV

Die Debeka aus Köln ist nach wie vor Marktführer, gefolgt von der DKV und der Allianz Krankenversicherung.

Anbieter	nach Bruttobetrag ¹⁾	nach Personen ²⁾
Debeka	14,3 %	24,8 %
DKV	13,8 %	9,9 %
Allianz	9,1 %	7,5 %
Axa	7,1 %	8,7 %
Central	6,1 %	4,7 %
Signal	5,9 %	5,3 %
Barmenia	4,3 %	3,4 %
Bayerische Beamten-Krankenkasse	4,2 %	4,1 %
Continental	4,0 %	4,4 %
Hallesche	3,1 %	2,7 %

¹⁾ gemessen nach Bruttobeiträgen 2012 (Marktanteil in %), ²⁾ gemessen nach Personen in der Vollversicherung 2012 (Marktanteil in %) Quelle: Map-Report 845 - 847; Stand: November 2013



Uwe Laue, Vorsitzender des PKV-Verbands: „Der fatale Trend der letzten Jahre in Richtung Einheitskasse und Staatsmedizin muss gebrochen werden.“

so Debeka-Chef Laue. Gerade die Krankheitskosten seien hochgradig altersabhängig.

Voll- versus Zusatzversicherung

Im PKV-Rating des Marktbeobachters Map-Report, veröffentlicht im Februar 2013 und 2014, wurde ermittelt: Mit einer durchschnittlichen Beitragserhöhung im Bestandsgeschäft für den Angestellten-Mustervertrag von nur 3,9 Prozent pro Jahr seit dem

Jahr 2000 zeigte man sich vergleichsweise beitragsstabil. Im Schnitt waren es nur 12,30 Euro Beitragssteigerung pro Jahr. Im Mittel bezahlt ein Angestellter 830 Euro für die Vollversicherung. Branchenprimus ist und bleibt die Debeka.

Welche Zukunft hat die PKV als Vollversicherung? „Eine gute, wenn ein paar Grundregeln beachtet werden“, meint Gerd Güssler, Geschäftsführer des Freiburger Informations-

dienstleisters KVpro GmbH. Vor allem bei Gesellschaften, bei denen die Kennzahlen Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB), versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, Nettoverzinsung und Wachstum stimmen sind.

Außerdem müssten sich die Gesellschaften auch von bestimmten Vertriebsformen verabschieden, denn die Bestände werden weiter von Umdeckern und „Optimierern“ angegriffen. „Die Versicherer müssen wieder Qualitätstarife anbieten und die Vertriebe müssen die Verbraucher vollständig über den Preis ihrer Kaufentscheidung, Beitrag, Leistung, Eigenanteil aufklären“, so Güssler. Damit dürften sich dann auch einige Marktanteile von heute (siehe Tabelle) verschieben. HanseMercur etwa setzt weiterhin auf Billigtarife für Einsteiger, und bei Central dominiert der Strukturvertrieb DVAG.

Neue Produkte durch Unisex

Die von der Europäischen Union verordnete Einführung von Unisex-Tarifen hat der PKV den Start in eine völlig neue Produktwelt ermöglicht. Zeitgleich mit der Umstellung auf geschlechtsneutrale Kalkulationen wurden die Tarife modernisiert: Die Branche hatte sich auf Mindestleistungen verständigt, um dem Vorwurf zu entgehen, viele ihrer Tarife erreichten nicht einmal Kassenniveau. Die meisten Unternehmen senkten den Rechnungszins von 3,5 auf 2,75 Prozent, neue Sterbestatistiken wurden berücksichtigt, Beitragsanpassungen wurden nachgeholt und Risikoreserven eingebaut. Das erste Urteil der Vertriebe lautete: Mit den neuen Unisex-Tarifen sind die Vollversicherungen zwar teurer, aber deutlich besser geworden.

Es besteht dennoch die Crux, dass manche PKV-Tarife, vor allem die Einsteiger- und Billigtarife, nicht einmal GKV-Niveau erreichen können. Entgegen dem von der Branche selbst erzeugten Bild als Premium-Versicherer



Gerd Güssler, KVpro, ist optimistisch für die PKV, wenn Regeln beachtet werden.

ist eine große Zahl von Privatpatienten einkommensschwach und wird sich Luxustarife künftig nicht leisten können. Viele Kunden wännen sich als Komfortpatienten, kennen die Leistungen ihres Tarifs aber kaum, erleben oft, dass sie Kosten selbst tragen müssen, und verstehen angesichts fortwährender Beitragserhöhungen die Welt nicht mehr. Die Branche tut wenig, um diese Missverständnisse aufzuklären.

Erhalt des dualen Systems

Die Dualität zwischen GKV und PKV will die PKV verteidigen. Doch die Schar der Zweifler wächst, ob sich Deutschland auf Dauer den Sonderweg der Zweigleisigkeit leisten kann. Nachdem der Nettozugang der PKV-Vollversicherung 2011 noch bei knapp 81.000 Kunden lag, verzeichnete die Branche 2012 erstmals einen Schwund von mehr als 20.000 Kunden. Als Gründe führt die Branche drei Sondereffekte an: Durch den guten Arbeitsmarkt stieg die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf den höchsten Stand seit Langem, was automatisch zu entsprechend vielen Wechseln in die GKV führte. Zweitens

habe die verpflichtende Einführung von Unisex-Tarifen Ende 2012 bei vielen potenziellen Kunden zu einer abwartenden Haltung geführt. Drittens wurde der Neuzugang im Vergleich zu früheren Jahren auch verringert durch die Abkehr mehrerer großer Versicherer von Billigtarifen. Lediglich die Debeka, die mit 2,2 Millionen Vollversicherten mehr als ein Viertel des gesamten Marktes repräsentiert, ist auch 2012 weiter gewachsen, ohne Billigtarife, Provisionsexzesse und exorbitante Beitragssprünge.

Dennoch: Das Ansehen der PKV ist so schlecht wie nie zuvor, heißt es bei der Unternehmensberatung Bain & Company. Sie empfiehlt der Branche konkrete Veränderungen ihrer Geschäftsmodelle. „Auf der Einnahmenseite können eine klare Tarifstruktur und ein organisiertes Wechselmanagement künftig dafür sorgen, dass jeder Versicherte die Police erhält, die seinem Risikoprofil entspricht. Das erfordert neben einer intelligenten Vertragsarchitektur auch eine umfassende Beratung“, heißt es in den Empfehlungen. Mit Zusatzversicherungen haben die PKV-Unternehmen in den

vergangenen Jahren viel Erfolg gehabt. 2012 wurden 572.000 neue Zusatzversicherungen gezeichnet, sodass sich die Anzahl per Jahresresultimo auf gut 23 Millionen erhöhte. Das spülte knapp 20 Prozent der gesamten Beitragseinnahmen der PKV in die Kassen, Tendenz stagnierend. Hinzu kommen reichlich 24,7 Millionen Auslandsreise-Krankenversicherungen.

Die Leistungseinschnitte bei der GKV treiben immer mehr gesetzlich Versicherte in die PKV. Die eher kleinteiligen Verträge bieten zu drei Vierteln reine Ergänzungen zur GKV in Form von ambulanten und Zahnarztleistungen sowie bessere Unterbringung und Chefarztbehandlung im Krankenhaus.

Fazit

Wie geht es jetzt für die PKV weiter? „Der reine Umdeckungsverkauf geht zurück; der Qualitätsverkauf wird wegen der Stornohaftung stärker im Fokus stehen“, glaubt Marktbeobachter Güssler. Pflegeversicherungen bieten echte Neugeschäfts-Ansatzpunkte. Bei den Zusatzversicherungen stehen laut Güssler Zahntarife weiter vorne an. Der Map-Report kritisiert in seiner jüngsten Bilanzanalyse allerdings, dass das Umdeckungsgeschäft 2012 weiter angestiegen sei. Die Central erlitt dadurch einen Verlust aus den Alterungsrückstellungen von 105,5 Millionen Euro, während HanseMerkur einen Gewinn von knapp 51 Millionen Euro einfuhr.

Ob sich die Branche damit selbst einen Gefallen erweist, sich untereinander die Kunden abzujagen und somit vor allem Kosten in Form von Provisionszahlungen zu verursachen, ist fraglich. Es sind bessere Ideen gefragt, denn die Gefahren der demografischen Entwicklung kann man auf diese plumpe Weise nicht bekämpfen. ■

Autor **Detlef Pohl** ist freier Wirtschaftsjournalist und Versicherungsexperte in Berlin.

Frank Lamsfuß, Vertriebsvorstand der Barmenia Versicherungen

Barmenia-Kunden haben die Wahl

Unabhängig davon, was sich politisch abspielen wird: die Private Krankenversicherung (PKV) bleibt ein unverzichtbarer Teil des Gesundheitssystems und Garant für eine hochwertige medizinische Versorgung. Nicht nur das Angebot an Krankenvollversicherungen überzeugt, sondern auch die vielen Möglichkeiten, zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) leistungsstarken Versicherungsschutz abzusichern.



„Die Menschen wollen wählen können, von wem sie sich behandeln lassen. PKV-Versicherte bestimmen mit der freien Arzt- und Krankenhauswahl eigenverantwortlich über ihre Gesundheitsversorgung. Und bekommen Top-Leistungen zu angemessenen Beiträgen.“

Für ein einsA-Leben

Dabei sind die Möglichkeiten der Absicherung bei der Barmenia Krankenversicherung vielfältig. Etwa mit der Tariflinie Barmenia einsA mit ihren fünf Kompakttarifen – für den Einsteiger bis zum Premiumschutz. Jeder Tarif bietet vollständigen Krankenversicherungsschutz, passgenau und individuell. Die persönliche Lebenssituation steht auch im Fokus beim Optionsrecht auf höheren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung. Denn nach drei, fünf oder sieben Jahren und zusätzlich zu bestimmten Anlässen, etwa beim Wechsel vom Angestelltenverhältnis in die Selbstständigkeit, besteht das Optionsrecht. Zudem kann zwischen drei Beitrag sparenden Selbstbehalten gewählt werden.

Benötigt das Kind eine Betreuung, weil es krank zu Hause ist, wird eine weitere familienfreundliche Leistung

angeboten. Ab dem 4. Tag gibt es, einmalig pro Kalenderjahr, einen Betrag von 200 Euro. Weiteres Highlight: die Beitragsbefreiung, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe bleiben bei Selbstbehalten und Beitragsrückstellungen unberücksichtigt. Das heißt, die Leistungen werden erstattet, aber nicht vom Selbstbehalt abgezogen und haben auch keinen Einfluss auf die Beitragsrückstattung. Die Tarife sehen zudem Leistungen für alle Naturheilverfahren vor.

Erste Wahl auch für GKV-Versicherte

Auch für Ergänzungsversicherungen ist die Barmenia der

passende Ansprechpartner. Eine Studie** von Tower Watson aus 2013 offenbart: Kranken-Zusatzversicherungen sind gefragt. Immer mehr gesetzlich Versicherte halten sie für unverzichtbar. In erster Linie deshalb, um Leistungslücken im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen.

Barmenia-Zusatzversicherungen minimieren das finanzielle Risiko bei Leistungslücken in der GKV und bieten moderne und qualitativ hochwertige Tarife zur besseren Versorgung bei Zahnersatz und Zahnprophylaxe, bei stationären Behandlungen, Pflegetage- bzw. Pflegemohnatsgeld sowie ambulante Zusatztarife und umfangreichen Auslandsschutz. Eine qualitativ hochwertige Betreuung und Beratung stellen sicher, dass ein geeigneter Schutz sowohl in der Voll- als auch in der Zusatzversicherung kundenorientiert vermittelt wird.

Egal, ob es sich um eine private Kranken-Vollversicherung oder eine Ergänzungsversicherung handelt, die Barmenia bietet individuelle Bausteine für einen maßgeschneiderten Versicherungsschutz.

Die passenden Argumente für die Barmenia-Tarife

- Keine Beitragserhöhungen in den Unisex-Vollversicherungstarifen – bis mindestens 31. Dezember 2014 *
- Keine Beitragserhöhung für Bestandskunden in der Vollversicherung – bis mindestens 31. Dezember 2014
- Eine Beitragsrückstattung – attraktiv, beständig und garantiert, auch für 2014

* Ausnahmen: VZD1+, VKU, WSU

** Towers Watson GmbH, Herbst 2013: „Kranken-Zusatzversicherungen-Bedarf an Gesundheitsleistungen 2014“

Fakten zum Unternehmen: Die Barmenia zählt zu den großen unabhängigen Versicherungsgruppen in Deutschland. Ihr Angebot reicht von Kranken- und Lebensversicherungen über Unfall- und Kfz-Versicherungen bis hin zu Haftpflicht- und Sachversicherungen. Rund 3.400 Innen- und Außendienstmitarbeiter sowie eine Vielzahl von Maklern betreuen über 1,8 Millionen Verträge. Haben Sie weitere Fragen? Informationen und Ansprechpartner finden Sie unter:

Kontakt: Barmenia-Allee 1 · 42119 Wuppertal · Tel.: 0202 438 30 30 · Fax: 0202 438 03 30 30 · E-Mail: info@barmenia.de · Internet: www.maklerservice.de, www.barmenia.de

„Wir gelangen in normales Fahrwasser zurück“

ROUNDTABLE Für die private Krankenversicherung (PKV) stand das vergangene Jahr ganz im Zeichen der Einführung der Unisex-Tarife und des Ausgangs der Bundestagswahl. Cash sprach mit drei PKV-Managern über die künftige Ausrichtung einer Branche, die sich stets neu behaupten muss.

Nachdem die PKV jahrelang Netto-Zuströme aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbuchte, wechseln nach Angaben des Verbandes der Ersatzkassen immer weniger gesetzlich Versicherte in die private Krankenversicherung. Steht die PKV und damit die Finanzierbarkeit der System-Dualität vor einem Gezeitenwechsel?

Brams: Es gibt noch keine offiziellen Kennzahlen zu den Wanderungsbewegungen vonseiten der privaten Krankenversicherungen. Deshalb können wir das noch nicht bestätigen. Aber wir wissen alle, dass das Jahr 2013 ein besonderes Jahr gewesen ist. Viele Verbraucher waren aufgrund der politischen Diskussion über den Fortbestand des gegliederten Krankenversicherungssystems verunsichert. Erst mit den Koalitionsverhandlungen Ende November ist geklärt worden, dass wir zumindest in dieser Legislaturperiode unser bestehendes System weiterhin aufrechterhalten können.

Welche weiteren Herausforderungen haben Sie 2013 besonders beschäftigt?

Brams: Ganz klar die Einführung von Unisex-Tarifen, die bekanntlich zur Verteuerung von Produkten, insbesondere bei den Männern, geführt haben. Man darf nicht vergessen, dass die Männer zwischen 60 und 70 Prozent der jeweiligen Bestände ausmachen. Darüber hinaus mussten sich natürlich auch die Vertriebe an das Thema Unisex gewöhnen – auch die Softwareanbieter haben bis ins Frühjahr hinein

gearbeitet, bis sie die neuen Tarife integriert haben. Das sind die wesentlichen Ursachen und ich sehe hier keine Gezeitenwende, sondern wir gelangen in normales Fahrwasser zurück.

Albrecht: Ich stimme Herrn Brams zu. Mit der Unisex-Einführung haben sich die Prämien generell verteuert, sodass sich viele Verbraucher noch die Bisex-Konditionen gesichert haben. Dieser Sondereffekt wirkte sich 2013 aus, aber im Zuge der Leistungsverbesserungen in der PKV werden wir perspektivisch wieder eine stabile Wanderungsbewegung sehen.

Drexler: Aus meiner Sicht wäre es ein Wunder gewesen, wenn die Öffentlichkeitsarbeit rund um die Bürgerversicherung nicht ihre Wirkung gezeigt hätte, insofern war die Entwicklung vorhersehbar. Die PKV muss sich nun wieder stärker auf Qualität besinnen und verstärkt neue Zielgruppen jenseits der Beamten überzeugen. Dazu gehören neben Angestellten auch Selbstständige und Freiberufler. Die Branche ist nun aufgefordert, zu handeln und einer Gezeitenwende entgegenzuwirken.

Die Teilnehmer des Roundtable

- Udo Drexler, Geschäftsführer Consal Maklerservice (CMS)
- Alexander Brams, Vorstand Nürnberger Krankenversicherung
- Michael Albrecht, Hauptabteilungsleiter Maklervertrieb, Barmenia Versicherungen und Geschäftsführer der Adcuri

Stichwort Qualität: Tragen die vom PKV-Verband empfohlenen Mindestkriterien bei Hilfsmitteln, Psychotherapie und Suchtentwöhnung zu einer Imageverbesserung bei oder kommt beim Verbraucher nur an, dass die Unisex-Tarife teurer geworden sind, nicht aber auch qualitativ besser?

Drexler: Wenn es um das Tarifwechselrecht nach Paragraph 204 VVG geht, dann merken wir in der Beratung, dass die Kunden oft gar nicht wissen, welche Leistungsmerkmale sie bisher genutzt haben und welche ihnen nach einem Tarifwechsel fehlen würden. Daraus kann man schließen, dass der Kunde auch im Neugeschäft weniger sensibel ist für einzelne Argumente. Es geht nun darum, dem Versicherten noch stärker deutlich zu machen, welche Vorteile das System auch im Alter bringt. Denn es ist ja nicht so, dass der scheinbar jetzt fehlende Zufluss von jungen neuen Risiken im Alter ein Problem darstellt. Dafür sorgt die sehr gewissenhafte Anpassung des Rechnungszinses. Durch ein transparentes Leistungsmanagement wird sich auch das Image wieder verbessern.

Brams: Die private Krankenversicherung hat unstrittig ihre Vorteile gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Medikamentenversorgung und im Diagnostikbereich steht die PKV beispielsweise deutlich vor der GKV. Das sollte man auf gar keinen Fall vergessen – und das sollte man auch den Kunden vermitteln.



Udo Drexler, CMS: „Durch ein transparentes Leistungsmanagement wird sich das Image wieder verbessern.“

Albrecht: Das stimmt, allerdings muss man speziell bei den Mindestleistungen selbstkritisch anmerken, dass sich die PKV da überhaupt keinen Gefallen getan hat. Aufgrund des intensiven Wettbewerbs hat die Branche versucht, einiges über den Preis zu regulieren und folglich Leistungen herausgenommen. Dies wurde in der Öffentlichkeit zu Recht kritisiert. Zum Glück haben die letzten Jahre zu einem gewissen Umdenken geführt. Unsere Strategie ist ganz klar: Es muss ein verlässlicher, langfristiger Versicherungsschutz gegeben sein, der die wichtigsten Leistungen beinhaltet – und dazu gehören eben auch die Mindestleistungen.

Bleibt der medizinische Fortschritt dauerhaft finanzierbar, ohne dass die Beiträge deutlich ansteigen?



Alexander Brams, Nürnberger: „Wir müssen den Leistungskatalog immer wieder überprüfen und ergänzen.“

Brams: Das ist die entscheidende Frage. Dessen ungeachtet müssen wir unseren Leistungskatalog immer wieder überprüfen und gegebenenfalls die ein oder andere Leistung hinzufügen, denn der medizinische Fortschritt geht ja rasant voran.

Die Versicherungswirtschaft drängt verstärkt auf Selbstbehalte. Macht sich dieser Trend auch bei Ihnen im Vertrieb bemerkbar?

Drexler: Auf jeden Fall und ich begrüße das. Wir haben eine Verantwortung, den Kunden in seinen Lebensphasen zu begleiten. Es gibt beispielsweise Kunden, die ihr Geschäft aufgebaut haben und dadurch mehr verdienen. Das führt dazu, dass man diesen Kunden höhere Leistungen anbieten kann, die natürlich auch



Michael Albrecht, Barmenia: „Die Qualität des Beraters ist extrem wichtig.“

kalkulatorisch hinterlegt sein müssen. Die Lösung geht hier über einen Selbstbehalt. Im Bereich der Freiberufler und Selbstständigen ist der Selbstbehalt ein Instrument, das sicherstellt, dass der Kunde sehr bewusst mit seinen gesundheitsfördernden Maßnahmen umgeht und auch Leistungen nicht gleich abrechnet. Ich sehe den Selbstbehalt unmittelbar verbunden mit der Beitragsrückerstattung, denn der Kunde hat die Möglichkeit, sich durch eine vernünftige Lebensweise einige Monatsbeiträge rückerstatten zu lassen.

Wie bewerten Sie bei der Barmenia das Instrument Beitragsrückerstattung?

Albrecht: Ein Viertel unserer Kunden erhält eine Beitragsrückerstattung. Der Kunde kann über den Selbstbehalt

seine Prämie beeinflussen und der Konzern hat ein wichtiges Instrument, die Leistungsausgaben im Griff zu halten. So haben wir auch unsere Tarife ausgestaltet: Es gibt Kunden, die ein hohes Anspruchsniveau haben und einen hohen Versicherungsschutz vereinbaren. Andere nehmen bewusst Selbstbehalte in Kauf und wählen einen niedrigen Versicherungsschutz. Dazu ein Beispiel: Ein Zahn-Implantat kostet um die 2.000 Euro, diese Leistung gab es vor zwanzig Jahren

kanntlich am Tarifwechsel innerhalb der Gesellschaft und lassen sich die Beitragsersparnisse bezahlen. Das halte ich für hochgradig unseriös. Da habe ich schon meine Zweifel, ob der Kunde, wenn er 65 Jahre alt wird und den Versicherungsschutz benötigt, tatsächlich weiß, was er da abgeschlossen hat.

Brams: Da muss ich Ihnen voll und ganz recht geben – möglicherweise fließen bereits Vergütungen, wenn dem Kunden nur eine andere Selbstbehaltstufe angeboten wird. Zu den

auch – Spezialistenteams aufgebaut, die gezielt zum sogenannten Tarifwechselmanagement beraten. Denn nur das Unternehmen selbst kennt die Bedürfnisse seiner Kunden und weiß, was diese in den letzten Jahren an Leistungen beansprucht haben. Alle externen Wechselberater profitieren nur über die entsprechenden Einsparungen.

Die GKV setzt ebenfalls auf Beitragsrückzahlungen – allen voran die Techniker Krankenkasse. Auch die DAK hat zuletzt 15 Millionen an ihre Versicherten zurückerstattet, wenn sie an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilnehmen. Wie bewerten Sie diesen Trend?

Brams: Die Kassen sind aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation derzeit in der Lage, solche Bonusprogramme aufzulegen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen werden aber in Zukunft weniger Bestand haben. Es ist ja bereits zu vernehmen, dass die GKV ab dem nächsten Jahr wieder in Schwierigkeiten geraten wird und der Beitragssatz entsprechend steigen wird. Die Bonusprogramme sind sicherlich im Wettbewerb zu privaten Krankenversicherungen sehr werbewirksam, aber eine echte Qualität steckt nicht unbedingt dahinter.

Albrecht: Wenn es sich dabei um sinnvolle, auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhende Maßnahmen handelt, befürworte ich das. Da wir uns in Deutschland nahe der Vollbeschäftigung befinden, sprudeln natürlich die Beitragseinnahmen der Kassen. Dabei darf man aber nicht vergessen, dass die GKV immer noch einen Steuerzuschuss in zweistelliger Milliardenhöhe erhält. Und wenn ich vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sehe, dass ein Viertel der Rentner in der GKV die Hälfte der Kosten verursacht, wäre es mir ehrlich gesagt lieber, dass die Kassen etwas mehr Kapital zurücklegen.

Interessanterweise ist im Koalitionsvertrag von der PKV gar keine Rede.



Udo Drexler: „Hinsichtlich der Beitragsoptimierung haben die Unternehmen gut reagiert und Spezialistenteams aufgebaut, die gezielt zu Tarifwechseln beraten.“

gar nicht. Ich finde, der Kunde sollte bewusst entscheiden, ob er diese spezielle Leistung in seinen Versicherungsschutz aufnehmen will.

Sind viele Kunden mit diesem Entscheidungsspielraum nicht überfordert?

Albrecht: Das kommt vor. Deshalb ist die Qualität des Beraters extrem wichtig. Er hat darüber aufzuklären, was versichert ist und was nicht. Hier gibt es sicherlich auch Handlungsbedarf im Markt: Wechselberater verdienen be-

Themen Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt ist zu sagen, dass dies unstrittig wichtige Instrumente sind: Wir wollen ja, dass unsere Kundenschaft zu Vorsorgeuntersuchungen geht und dies auf die Selbstbeteiligung nicht angerechnet wird und die Beitragsrückerstattung nicht davon berührt wird.

Drexler: Hinsichtlich der Beitragsoptimierung haben die Unternehmen gut reagiert und – wie wir zum Beispiel



INTER QualiMed **Z**[®]

Die neue Krankenzusatzversicherung aus der QualiMed-Familie

Flexibilität neu definiert

- Basis, Exklusiv oder Premium beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus
- Basis: ohne Gesundheitsprüfung
- Wahlweise mit „Beitragsbremse“

INTER QualiMed **Z[®] – passgenau und leistungsstark!**

Weitere Informationen unter www.inter-makler.net
oder rufen Sie uns an: 08000 825-425.



Ist das bedenklich oder spricht dies eher dafür, dass sich die Branche nicht mehr so sehr in der politischen Schusslinie befindet – sich also die Gemüter gewissermaßen beruhigen?

Brams: Wir können zumindest davon ausgehen, dass unser gegliedertes Krankenversicherungssystem weiter fortbesteht. Das ist gut so, weil die private Vollversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung unseres Gesundheitswesens leistet. Aber dennoch wird sich die Regierung in der laufenden Legislaturperiode in der Sozialpolitik mit Veränderungen befassen müssen.

Welche Veränderungen meinen Sie?

Brams: Vor allem in der Pflege sind noch erhebliche Reformbemühungen nötig, weil uns das Fehlen von Pflegepersonal und die demografische Entwicklung, die Zunahme von Pflegefällen und die Kostenentwicklung keine andere Wahl lassen. Im Bereich der GKV wird die Finanzierung auf neue, um nicht zu sagen alte Füße gestellt. Der Sonderbeitrag wird abgeschafft. Vielleicht gibt es dann auch wieder einen Wettbewerb zwischen den Kassen um den günstigen Beitragssatz. Ob das so gut ist, ist natürlich eine andere Geschichte. Und in der privaten Krankenversicherung haben wir es mit einer neuen Gebührenordnung für Ärzte zu tun. Wer die Entwicklung bei der Gebührenordnung für Zahnärzte verfolgt hat, weiß, dass Reformen bei Gebührenordnungen häufig zu mehr Leistungen führen, weil Leistungen einbezogen werden, die es vorher so nicht gegeben hat.

Die Krankenzusatzversicherung liegt auf Wachstumskurs. Versuchen Sie, das Zusatzgeschäft weiter zu stärken, auch vor dem Hintergrund, dass die Vollversicherung schwächelt?

Albrecht: Wir haben bereits ein starkes Wachstum in den Ergänzungsbereichen „Ambulant“ und „Zahn“. Bei der Pflegeversicherung, wir bieten beispielsweise auch den Pflege-Bahr an, tut sich die Branche noch relativ

schwer. Denn leider ist das Produkt für viele Kunden gedanklich noch zu weit entfernt. Zwar ist der Bedarf riesengroß, aber die Abschlüsse sind immer noch überschaubar. Gleichwohl ist das Zusatzgeschäft ein wichtiges Standbein, denn die GKV wird weitere Leistungen kürzen. Da ist auch die Innovationsfähigkeit der Häuser gefragt.

In welchen Bereichen sehen Sie besonderes Innovationspotenzial?

Albrecht: Wenn ich nur das Patentrezept hätte... Die freie Arztwahl und die freie Krankenhauswahl sind sicherlich interessant. Jeder, der mal in der Situation war, sich das Krankenhaus nicht

Zahnbereich deutlich zugenommen. Die Pflege wird zwar etwas zurückhaltend aufgenommen, allerdings sagt der PKV-Verband, dass der Pflege-Bahr in diesem Jahr einen Bestand von einer Million Versicherten aufweisen wird – das ist eine sehr beachtliche Entwicklung.

Der Pflege-Bahr deckt aber nur etwa ein Drittel der Vorsorgefälle in der Pflegestufe III. Müsste der Kunde nicht eigentlich noch eine „vollwertige“ Pflegeversicherung abschließen, damit er ausreichend abgesichert ist?

Brams: Das ist eine schwierige Frage. Unsere Pflege-Bahr-Tarif ist so kalkuliert, dass ein 50-Jähriger für seine 15



Alexander Brams: „In der Argumentation des Vertriebs geht es vor allem darum, den qualitativen Mehrwert einer bKV-Lösung für den Arbeitgeber zu betonen.“

frei auswählen zu können, würde sich solch einen Zusatztarif wünschen. Darüber hinaus gibt es für die PKV die Chance, Kundenwünsche zu erfüllen. Ich denke da vor allem an kosmetische Leistungen, wie beispielsweise Lasik-Operationen. Die Herausforderung wird sein, intelligente Produkte in diesen Bereichen zu entwickeln. Da ist der Markt sehr breit.

Brams: Ich gebe Herrn Albrecht voll und ganz recht. Laut einer Studie der Unternehmensberatung Towers Watson hat die Bedarfssituation etwa im

Euro 600 Euro in der Pflegestufe III erhält. Darin enthalten ist ein geförderter Betrag von fünf Euro. Unsere Vorstellung ist, dass dieser Betrag in einen Pflegeergänzungstarif investiert wird. Nach Einführung des Pflege-Bahrs beobachten wir allerdings, dass die Abschlüsse eher zulasten unserer bis dato stark nachgefragten Pflegetagegeldversicherung gehen. Auf der anderen Seite sind wir nun froh, dass in jedem Fall das Thema Pflege in der Bevölkerung hinterfragt wird – die Form des Produkts ist eigentlich egal.

Peter Thomas, Vorsitzender der Vorstände der INTER Versicherungsgruppe

Den gesetzlichen Basisschutz privat ergänzen

Der neue INTER QualiMed Z®: Ein persönlicher Gesundheitsschutz durch individuelle Wahlmöglichkeiten – auch ohne Gesundheitsprüfung.

Zuzahlungen bei Medikamenten und Zahnartzkosten, Unterbringung in einem Mehrbettzimmer, keine Kostenübernahme für Heilpraktikerleistungen – nur drei von vielen Beispielen, bei denen die gesetzliche Krankenversicherung nur einen Basisschutz bietet. Patienten müssen entweder auf die beste Behandlung verzichten oder tief in die Tasche greifen. Daher bestätigt sich seit Jahren ein Trend: Private Zusatzversicherungen sind immer mehr im Kommen. Statistiken zeigen, dass allein in den letzten zehn Jahren die Zahl privater Zusatzversicherungen um rund 65 Prozent gewachsen ist*. Damit ergänzt heute fast jeder dritte Deutsche seinen gesetzlichen Schutz durch private Vorsorge. Tendenz weiter steigend. Seit 2006 steigt die Zahl der abgeschlossenen Verträge kontinuierlich*.

Individualität und Flexibilität spielen im Bereich der persönlichen Gesundheitsabsicherung für gesetzlich Versicherte eine immer größere Rolle. Während Sie beispielsweise großen Wert auf private Vorzüge im Krankenhaus legen, ist es für einen anderen Kunden wichtig, möglichst umfangreiche Leistungen beim Zahnarzt zu haben. Mit dem neuen INTER QualiMed Z® kann nun jeder Kunde flexibel auswählen, welche Leistungen für ihn wichtig sind. Mittels eines Baukastensystems können Sie Ihren persönlichen Gesundheitsschutz bei INTER QualiMed Z®, der neu entwickelten privaten Ergänzung aus der erfolgreichen INTER QualiMed®-Familie, individuell zusammenstellen. Die Bausteine „Ambulant, Stationär und Zahn“ können einzeln oder in Kombination abgeschlossen werden – und dies in der aus der INTER-Produktwelt bekannten Dreistufigkeit Basis, Exklusiv und Premium. Die komplette Basis-Stufe ist ohne Gesundheitsprüfung abschließbar.

Private Vorzüge im Krankenhaus

Auch wenn man im täglichen Leben gerne unter Menschen ist: Die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie die Chefarztbehandlung tragen bei einem Krankenhausaufenthalt in vielen Fällen zu einer schnelleren und



INTER QualiMed Z – Ihre perfekte maßgeschneiderte Ergänzung zum gesetzlichen Basisschutz

angenehmeren Genesung bei. Schon ab fünf Euro pro Monat können Sie die stationäre Behandlung in der Basisvariante absichern.

Zähne gut, alles gut

Zahnersatz ist teuer. Erst recht ohne eine private Zusatzversicherung. Ob Inlays oder Implantate – mit INTER QualiMed Z® können Sie diese Kosten in den Griff bekommen.

Die Highlights des INTER QualiMed Z® – eine Auswahl:

- Hohe Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen
- Herausragende Leistungen für Sehhilfen und LASIK
- Heilpraktikerleistungen und Alternativmedizin nach dem Hufelandverzeichnis auf Top-Niveau
- Beste Unterbringung und Behandlung im Krankenhaus
- Wahlleistungen auch bei Anschlussrehabilitationen
- Beitragsbremse für mehr Beitragsstabilität im Alter
- Bis zu 90 Prozent Leistungen für Zahnersatz
- Hohe Erstattung für Kieferorthopädie
- Ohne Gesundheitsprüfung abschließbar
- Leistungen bereits ab dem ersten Tag

Fakten zum Unternehmen:

Kompetenz. Fairness. Vertrauen. Seit über hundert Jahren steht die INTER Versicherungsgruppe für diese Werte. Neben der Geschäftsausrichtung auf Privatkunden und das mittelständische Gewerbe ist die INTER aus Tradition den Menschen im Heilwesen und im Handwerk eng verbunden. Der INTER Versicherungskonzern mit Sitz in Mannheim besteht im Wesentlichen aus der Konzernmutter INTER Krankenversicherung aG sowie den Tochterunternehmen INTER Lebensversicherung AG, INTER Allgemeine Versicherung AG, Bausparkasse Mainz AG und zwei polnischen Versicherungsgesellschaften.

Kontakt: Erzbergerstraße 9 - 15 · 68165 Mannheim · **Tel.:** 0621 427 30 30 · **E-Mail:** info@inter.de · **Internet:** www.inter.de

*Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung

Drexler: In der Pflege müssen wir noch ein bisschen Geduld haben. Die persönliche Betroffenheit in den Familien wird zunehmen und damit auch die Auseinandersetzung mit dem Thema. Ich denke, dass die Unternehmen, die jetzt über den Pflege-Bahr Kunden gewinnen, gut aufgestellt sind für die Zukunft – auch was eine entsprechende Anschlussberatung zu weiteren Vorsorgeprodukten betrifft.

Brams: Die Hälfte der Teilnehmer an besagter Studie von Towers Watson sagt, dass sie bereit seien, 15 Euro zu bezahlen. Zu diesem Preis muss man die passenden Produkte anbieten, am besten ohne Wartezeit und Risikoprüfung oder nur einer eingeschränkten Risikoprüfung. So dürfte das Geschäft mit den Zusatzversicherungen auch in Zukunft funktionieren.

Drexler: Ein Drittel der Bürger wäre

Brams: Das wäre nur dann der Fall, wenn eine betriebliche Krankenversicherung allein unter dem Aspekt der steuerlichen Ersparnis verkauft wird. In der Argumentation des Vertriebs geht es aber vor allem darum, den qualitativen Mehrwert einer bKV-Lösung für den Arbeitgeber zu betonen, etwa eine verbesserte Bindung von Arbeitnehmern – insbesondere vor dem Hintergrund, dass qualifizierte Fachkräfte immer stärker gesucht werden. Wenn das entsprechende Tarifwerk vorhanden ist, dürften die Versicherer diesem Bereich auch in Zukunft überzeugen.

Albrecht: Aber richtig ist auch, dass die Diskussion um die 44 Euro zu einer Verunsicherung in den Vertrieben geführt hat. Der Wegfall der steuerlichen Begünstigungen ist schlichtweg ein Unsicherheitsfaktor. Da sagt sich mancher Makler: An das Thema gehe ich nicht mehr ran. Gleichwohl bleibt die bKV ein Zukunftsmarkt, denn viele Arbeitgeber sind der Meinung, dass die bAV für den Arbeitnehmer als „zu weit weg“ empfunden wird. Dagegen bietet die bKV unmittelbare Vorteile – beispielsweise durch privatärztliche Behandlung und Einbettzimmer.

Lässt sich die Verunsicherung im Vertrieb auch in den Zahlen ablesen?

Drexler: Eine Verunsicherung der Vertriebe haben wir bislang nicht gespürt.

Es ist nachgewiesen, dass ein Unternehmen, das in die Gesundheitsversorgung der Mitarbeiter investiert, letztlich ein Mehrfaches der investierten Kosten spart, weil die krankheitsbedingten Ausfälle zurückgehen. Zudem kann das Unternehmen auf einen Imagegewinn hoffen, wenn es ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufbaut und dadurch zeigt, dass es in seine Mitarbeiter investiert. Insofern ist das Thema der steuerlichen Absetzbarkeit eher zu vernachlässigen.

Welches Potenzial hat für Sie das betriebliche Gesundheitsmanagement?

Drexler: Ein großes! Wir werden das betriebliche Gesundheitsmanage-



Michael Albrecht: „Natürlich kann der Kunde nach Paragraph 204 wechseln, aber damit muss die Branche offensiver umgehen und mehr Transparenz schaffen.“

Albrecht: Der Bedarf im Pflegebereich ist riesig und diejenigen, die einen Pflegefall im Verwandten- oder Bekanntenkreis haben, wissen, welche finanzielle Belastungen damit verbunden sind. Da wir mit dem Absatz aber noch nicht zufrieden sind, denken wir derzeit über alternative Wege nach, etwa die Verknüpfung einer Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) mit einer Pflegekomponente. Ich glaube, auch hier ist wieder die Innovation der Unternehmen gefragt.

Es wird aber viele Kunden geben, die sich nur für wenige Euro im Monat Zusatzversichern können oder wollen. Wie gehen Sie damit um?

nach der von Ihnen erwähnten Studie sogar bereit, mehr als 40 Euro zu bezahlen. Aus meiner Sicht ist es durchaus möglich, für 40 Euro einen sehr vernünftigen Bausteinschutz zusammenzustellen. Das braucht sicherlich noch gut zwei Jahre Zeit. In der betrieblichen Altersversorgung (bAV) hat es ebenfalls einer gewissen Vorlaufzeit bedurft, um die Menschen von deren Mehrwert zu überzeugen.

Die betriebliche Krankenversicherung gilt als Schwesterprodukt der bAV. Mit dem Wegfall der Steuerfreigrenze von 44 Euro zu Jahresbeginn ist der bKV ein wichtiges Abschlussargument weggefallen. Ist das nicht problematisch?

Der perfekte Mix für mehr Comfort: GesundheitCOMFORT.

Gesundheit-
COMFORT

NEU:
Jetzt mit Ergänzungs-
baustein VitalPLUS!



Eine gesunde Mischung für Ihre Kunden:

- Leistungen **über Höchstsätze** der Gebührenordnung für OPs – egal ob stationär oder ambulant!
- **Zahnersatz flexibel wählbar** von 50 % – 90 % Erstattung unabhängig von SB
- **100 % Absicherung der Altersrisiken** wie Hospitz- und Palliativversorgung
- **Vorsorgeuntersuchungen sind unabhängig** von SB und Rückerstattung



Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
Union Krankenversicherung AG

CONSAL
MaklerService GmbH

ment intensiv weiterentwickeln, um Arbeitgeber künftig auch von einer Gruppenversicherung mit einer individuellen bKV-Lösung zu überzeugen. Denn sie ist aus meiner Sicht der nächste logische Schritt.

Wagen wir mal einen thematischen Schwenk: Wenn wir uns die Beitragsanpassung in der Vollversicherung für 2014 anschauen, so kommt die Versicherungswirtschaft zu dem Schluss, dass die Aktuarien sehr gut kalkuliert hätten, weil es so gut wie keine Anpassungen gegeben habe. Vonseiten der Verbraucherschützer heißt es, die Unisex-Tarife seien überkalkuliert. Was stimmt denn nun?

Albrecht: Die Kalkulation der Unisex-Beiträge ist abhängig von dem tatsächlichen Zugang an Männern und Frauen. Das heißt, die Aktuarien mussten kalkulatorisch sehr vernünftig agieren. Von daher ist es uns sehr gut gelungen, am Markt akzeptable Tarife zu bringen, die auch im Nachhinein so bestehen bleiben. Ich finde, das ist eine beachtliche Leistung.

Die Branche hat viel damit zu tun, sich vom Image des Umdeckers zu befreien. Haben Sie diese „Altlast“ bereits hinter sich gelassen oder wirkt das noch nach?

Brams: Das Thema Umdeckung hat nicht mehr die Bedeutung, wie es früher der Fall war. Das ist eindeutig zu beobachten. Zum einen haben wir seit dem 1. April 2012 eine verlängerte Provisionshaftungszeit. Auf der anderen Seite haben wir jetzt Unisex-Tarife mit gewissen Beitragsunterschieden zwischen Bisex-Tarifen und Unisex-Tarifen, wo es sich für jemanden, der umdecken will, nicht unbedingt lohnt, einen Vertrag zum Mitwettbewerb mitzunehmen. Derzeit ist sicherlich das Tarifwechselrecht ein wichtiges Thema. Wir alle müssen aktiv dieses Tarifwechselrecht im Sinne des Kunden praktizieren und auch die IT entsprechend justieren, das heißt, dass der Kunde auch selbst ein Angebot rechnen kann – was im Moment bei den

meisten Unternehmen leider noch nicht möglich ist. Wenn diese Entwicklung abgeschlossen ist, dürfte das Thema Umdeckung nur noch eine untergeordnete Rolle spielen. Aber es stand auch im Verkauf, aus meiner Sicht zumindest, was die Jahreswende 2013/2014 angeht, nicht zur Debatte.

Albrecht: Ich glaube auch, dass der seriöse Vermittler in der Vergangenheit nicht umgedeckt hat oder nur im Einzelfall, wenn es wirklich für ihn sachgerechte Gründe gab. Denn was passiert bei einer Umdeckung? Der Kunde bekommt ein neues Eintrittsal-

Drexler: Geschäftsmodelle, die auf Wechsel zwischen Gesellschaften abstellen, sind eigentlich schon 2013 untergegangen. Heute geht es darum, den umgekehrten Weg einzuschlagen und höherwertige Tarife vernünftig zu argumentieren. Da ist hohes Spezialistentum gefragt.

Die Portabilität der Altersrückstellung ist ein immer wiederkehrendes Thema. Fürchten Sie, dass der Gesetzgeber die Übertragbarkeit noch stärker lockert?

Brams: Für Neuverträge ab 2009 erfolgt die Portabilität im Umfang des Basistarifs. Wenn es um die Portabilität



Brams (im Vordergrund): „Die PKV lebt vom kollektiven Gedanken. So gesehen ist eine komplette Mitnahme der Altersrückstellungen nicht zielführend.“

ter und er verliert seine Altersrückstellung. Seriöse Vertriebe haben schon sehr niedrige Stornoquoten in dem Segment, mit weiter fallender Tendenz, weil diejenigen, die damit ihr Provisionsinteresse gesteuert haben, das durch die neuen Rahmenbedingungen nicht mehr können. Ich stimme Herrn Brams zu, dass die PKV in Bezug auf das Wechselrecht ihre Hausaufgaben machen muss. Natürlich kann der Kunde nach Paragraph 204 wechseln, aber damit muss die Branche offensiver umgehen und mehr Transparenz schaffen. Dann würden auch die Wechselberater, die damit ihr Geld verdienen, an Einfluss verlieren.

von Bestandskunden generell gehen würde, dann wäre das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherungen am Ende. Die PKV lebt vom kollektiven Gedanken. So gesehen ist eine komplette Mitnahme der Altersrückstellungen sicherlich kein zielführender Ansatz. Das wäre ein Eingriff, der wohl auch verfassungsrechtlich nicht zulässig wäre. Das, was wir seit 2009 praktizieren, ist der PKV damals abgerungen worden. Inzwischen stellen wir fest, dass wir mit der bestehenden Regelung leben können. Aber eine generelle Mitgabe von Alterungsrückstellungen würde unsere Versicherungsgemeinschaft vor größte Probleme stellen.

Manuela Kiechle, Vorstandsmitglied Union Krankenversicherung und Bayerische Beamtenkrankenkasse

Betriebliche Krankenversicherung: Firmen und Mitarbeiter profitieren

Ein gesundes Unternehmen braucht qualifizierte, leistungsfähige und motivierte Mitarbeiter. Deshalb etabliert sich in immer mehr Firmen neben der betrieblichen Altersversorgung (bAV) auch die betriebliche Krankenversicherung (bKV): Arbeitgeber finanzieren ihren Mitarbeitern damit privaten Gesundheitsschutz – eine gute Möglichkeit, sie zu gewinnen und langfristig zu binden. Und die meisten Arbeitnehmer schätzen bKV-Angebote als finanziellen und gesundheitlichen Mehrwert – mehr als einen Firmenwagen oder Erfolgsprämien. Kurzum: eine Win-win-Situation für beide Seiten.

Der Aufwand rechnet sich für Arbeitgeber

Ausfallzeiten wegen Krankheit wünscht sich niemand. Also sollten Mitarbeiter „gesunde“ Rahmenbedingungen haben. Das beginnt beim betrieblichen Gesundheitsmanagement wie ergonomisch gestalteten Arbeitsplätzen, betriebsärztlichen Leistungen und Sportangeboten, und es endet mit einer leistungsstarken bKV. Es ist längst nachgewiesen: Ein Unternehmen, das in die bKV investiert, spart letztlich ein Mehrfaches der investierten Kosten, weil es krankheitsbedingte Kosten und Produktivitätsverlust vermeidet. Zudem gewinnt es dadurch Image, Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit.

Zahlreiche Vorteile für Arbeitnehmer

Arbeitnehmer bekommen eine zusätzliche Absicherung auf dem Niveau eines Privatpatienten – vom Zahnersatz über stationäre bis hin zu ambulanter Absicherung, je nach Wahl –, die bei Arbeitgebervollfinanzierung kostenlos ist: keine Gesundheitsfragen, keine Wartezeiten und durch den Rahmenvertrag vergünstigte Beiträge.

Flexible Lösungen für beide Seiten

Die Lösung der Versicherungskammer Bayern umfasst vier Grundbausteine, mit übersichtlichem Leistungsspektrum und zu günstigen Beiträgen. Der Mindestbeitrag für den Arbeitgeber ist die „Start“-Variante oder ein monatlicher pauschaler Beitragszuschuss von 10 Euro je Mitarbeiter. Je-



Manuela Kiechle, Vorstandsmitglied der Union Krankenversicherung und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse

weils mehr bieten die Varianten „Basis“, „Comfort“ und „Premium“. Alle umfassen Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Auslandsreisen. Dazu kommen, je nach Tarif, Leistungen für Heilpraktiker, stationäre und ambulante Behandlungen. Die Zugangsvoraussetzungen sind einfach: mindestens zehn gesetzlich versicherte Arbeitnehmer, keine Wartezeiten, keine Gesundheitsprüfung für die arbeitgebervollfinanzierten Bausteine. Auf Wunsch kann sich jeder Mitarbeiter individuell höher versichern, wenn er den Beitrag selbst bezahlt. So gibt es den passenden Schutz für jeden. Familienangehörige können auf Antrag und auf Kosten des Mitarbeiters in der bKV mitversichert werden. Sie erhalten ebenfalls günstige Konditionen. Das macht das Unternehmen für seine Mitarbeiter noch attraktiver.

Der Konzern Versicherungskammer Bayern mit seinen beiden Krankenversicherern, der Union Krankenversicherung und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse, ist heute einer der großen bKV-Anbieter bundesweit. Es gibt im Markt kaum Unternehmen mit vergleichbarer Erfahrung in diesem Bereich.

Fakten zum Unternehmen:

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse, 1926 gegründet, und die UKV – Union Krankenversicherung AG, 1979 gegründet, gehören zusammen zur Consal Beteiligungsgesellschaft AG. Die Gesellschaften sind Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern (VKB) und als öffentliche Versicherer in die Sparkassen-Finanzgruppe eingebunden. Sie sind nach versicherten Personen die drittgrößte private Krankenversicherungsgruppe in Deutschland. Ihre umfassende Produktpalette bietet bedarfsorientierte und leistungsstarke Krankheitskostenvoll- und -zusatzversicherungen für alle Zielgruppen.

Kontakt: Versicherungskammer Bayern · Maximilianstraße 53 · 80530 München · Tel.: 089 2160 0 · E-Mail: service@vkb.de · Internet: www.versicherungskammer-bayern.de

Die Beitragsbemessungsgrenze ist ja jetzt wieder erhöht worden. Wie bewerten Sie das? Da gab es mal einen Vorstoß von der FDP, dass man die PKV doch möglichst vielen Menschen zugänglich machen sollte...

Brams: Der PKV-Verbandsvorsitzende Uwe Laue hat erklärt, dass die Versicherungspflichtgrenze, die vor einigen Jahren unter der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführt worden ist, wieder entfernt werden sollte und an die Beitragsbemessungsgrenze herangeführt werden soll. Der Gesichtspunkt ist folgender: Sozial Schutzbedürftige gehören in die gesetzliche Krankenversicherung, das ist ein Grundsatz aus dem Sozialgesetzbuch. Wenn Sie aber jemanden haben, der ein Einkommen in Höhe von 4.462 Euro im Monat hat, dann kann man diesen gesetzlich Versicherten unmöglich als sozial schutzbedürftig betrachten. Wenn man ihn an die Beitragsbemessungsgrenze wieder heranführen würde, dann würden sicherlich die Verhältnisse wieder einigermaßen realistisch dargestellt werden. Deshalb teile ich die Auffassung von Herrn Laue.

Die Bürgerversicherung erscheint derzeit sehr weit weg. Wird die Idee nochmal neuen Auftrieb gewinnen?

Albrecht: Die Gefahr sehe ich schon. Auch wenn die letzte Wahl gezeigt hat, dass man mit dem Thema nicht unbedingt Wahlen gewinnt – zumal wir wohl eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben. Das System muss natürlich weiterentwickelt werden – wir haben schließlich eine demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt zu schultern. Aber schauen Sie mal nach England: Dort ist es gang und gäbe, dass ältere Patienten keine künstliche Hüfte mehr bekommen. Hierzulande gab es einen großen Aufschrei, als ein junger CDU-Politiker in eine ähnliche Richtung dachte. Man kann wirklich froh sein, hier zu leben: Die Patienten können jederzeit einen Arzt in Anspruch nehmen und sie kommen ohne jegliche Wartezeit



Drexler: „Bei der medizinischen Notwendigkeit von Leistungen haben wir keinen Ermessensspielraum.“

ins Krankenhaus. Um diese exzellente Versorgung beneiden uns viele.

Drexler: Eine Arztpraxis, die privat liquidieren kann, investiert auch in die medizinische Ausstattung, von der auch die Kassenpatienten profitieren. Und die Systeme in Europa, die der Bürgerversicherung ähnlich sind, führen dazu, dass sich Schattensysteme bilden. Das heißt, die Bürger kaufen versteckt privaten Versicherungsschutz hinzu, weil sie einen besseren Schutz über die Regelleistungen hinaus wünschen. Die Bürgerversicherung schafft also erst eine Zweiklassengesellschaft.

Brams: Schauen Sie sich die Entwicklung in den Niederlanden an: Nachdem die private Krankenversicherung dort abgeschafft wurde, sind die Leistungen geringer geworden und die Beitragssätze gestiegen. In der Folge sind viele Bürger von Venlo nach Düsseldorf gefahren, um sich zahnärztlich behandeln zu lassen – den heimischen Zahnarzt konnten sie aus eigener Tasche nicht

mehr bezahlen. Da kann man schon stolz sein, wie unser Gesundheitswesen ausgestaltet ist.

Aber müssen Sie nicht auch schärfer auf die Kosten schauen? Man hört ja, dass die PKV dazu übergegangen ist, die Abrechnungen stärker zu prüfen...

Drexler: Bei der medizinischen Notwendigkeit von Leistungen haben wir keinen Ermessensspielraum, das ist uns so auferlegt. Aber natürlich haben wir auch eine Sorgfaltspflicht gegenüber dem Kollektiv und daher werden die eingehenden Rechnungen natürlich auch genau geprüft.

Die Kunden der PKV hatten eigentlich immer das Gefühl, dass auch sehr hohe Rechnungen, etwa bei Krebsbehandlungen, von ihrer Gesellschaft beglichen werden. Wie schädlich ist es dann für das Image, wenn sich Stimmen mehren, dass manche Leistung nicht übernommen wurde?

Brams: Das ist natürlich schädlich, aber man muss auch sagen, dass es sich dabei um Einzelfälle handelt. Es sind allenfalls krasse Außenseitermethoden und Fälle von Übermaßbehandlungen, die gegebenenfalls zu Unstimmigkeiten führen. Aber ansonsten gilt der Grundsatz der medizinischen Notwendigkeit. Generell kann ich sagen, dass die Unternehmen, auch insbesondere bei schweren Fällen, ihre Versicherten nicht im Regen stehen lassen.

Albrecht: Die Kunden erwarten auch von einem Versicherer, dass gewisse Dinge kritisch gewürdigt werden: Zum Beispiel, wenn ein Zahnarzt für eine über 80-jährige Patientin einen Heil- und Kostenplan in Höhe von 50.000 Euro einreicht. Da erwartet der Versicherte natürlich schon, dass wir auch mal kritisch hinterfragen und nicht alles bezahlen. Entscheidend ist, mit seiner Leistungsstärke zur Verfügung zu stehen, wenn es wirklich darauf ankommt. ■

Das Gespräch führte
Lorenz Klein, Cash.

Alexander Brams, Vorstandsmitglied der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, setzt auf Wachstum

„Qualität im Fokus“

Die Weichen für die nächsten vier Jahre sind gestellt: Eine Bürgerversicherung wird es unter der Großen Koalition nicht geben. Die Diskussion um einen drastischen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik ist endlich verstimmt. Damit haben die PKV-Unternehmen weiter die Chance, das Gesundheitswesen generationengerecht zu gestalten und mehr Menschen kapitalgedeckt abzusichern. Auch die NÜRNBERGER Krankenversicherung (NKV) setzt 2014 auf Wachstum.

Die NKV bietet ihren Vertriebspartnern und Versicherten beste Bedingungen für den Start ins neue Jahr. Sie hat für alle Voll- und Zusatztarife der Unisex-Welt eine Beitragsgarantie bis zum 1. Januar 2015 ausgesprochen.



Alexander Brams

sowie Vorsorge und Schutzimpfungen. In der betrieblichen Krankenversicherung hat die NKV ihr Angebot schon zu Beginn dieses Jahres um drei weitere Zahnergängungstarife erweitert.

Wachstumsmarkt Beihilfe

Für Beihilfeberechtigte in Ausbildung, Polizeibeamte, Soldaten und die Angehörigen der genannten Berufsgruppen bietet die NKV einen modernen Kompakttarif. Abgerundet wird dieser mit einem stationären Zusatztarif für Wahlleistungen im Krankenhaus und einem Beihilfeergänzungstarif. Gute Chancen, neue Kunden zu gewinnen, denn pro Jahr beginnen ca. 35.000 Beamtenanwärter ihre Ausbildung und brauchen eine Restkostenabsicherung.

Wachstumsmarkt Vollversicherung

Wachsen will die NKV in der Vollversicherung, wo sie Potenziale in der Gewinnung freiwillig GKV-Versicherter sieht. Diese Zielgruppe kostet der jährliche Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung viel Geld. Für alle, die sich für einen maßgeschneiderten Versicherungsschutz entscheiden und von günstigen Beiträgen und garantierten Leistungen profitieren können, ist die NKV eine gute Wahl. Die Ratingagentur Franke und Bornberg hat die besten Tarife für den Gesundheitsschutz ermittelt und der NKV „Top-Schutz“ bescheinigt („Focus Money“ vom 25. 09. 2013).

Neue Produkte in der Zusatzversicherung

Die Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung sind offensichtlich. Diese können bereits jetzt mit den bewährten Zusatztarifen der NÜRNBERGER geschlossen werden. Die NKV wird ihre hohe Wettbewerbsfähigkeit in diesem Bereich weiter steigern: Im 2. Quartal 2014 führt sie neue Ergänzungsprodukte ein. Angepasst an den medizinisch-technischen Fortschritt gibt es künftig Tarifbausteine für Sehen und Hören, Heilpraktiker und Naturheilverfahren

Die Qualität der Tarife hat auch Franke und Bornberg erkannt und die NKV mit der Gesamtnote 1,5 („hervorragend“) bewertet.

Wachstumsmarkt Pflegeversicherung

Die Pflege-Pflichtversicherung deckt nur einen Teil der Ausgaben. Die im Januar 2013 eingeführte staatlich geförderte Pflegeversicherung bietet eine solide Zusatzversorgung, aber auch das reicht nicht aus. Der Tarif NPV der NÜRNBERGER kann mit einem Pflege-Tagegeld PTF (ambulante und stationäre Pflege) und/oder PTS (stationäre Pflege) ergänzt werden, um die oft sehr hohen Pflegekosten vollständig zahlen zu können. Eine Absicherung für den Pflegefall ist in jedem Alter sinnvoll.

NKV als Qualitätsversicherer

Die NKV ist ein Qualitätsversicherer. Das belegen hervorragende Ratingergebnisse: Zum 12. Mal in Folge erhielt sie von der auf die Bewertung von Erstversicherern spezialisierten Ratingagentur Assekurata ein A+ („sehr gut“). Maklern bietet die NKV den besten Servicewert, wie aus einer Befragung von ServiceValue hervorgeht. Und Fitch hat die Finanzstärke der NKV mit A+ („stark“) eingestuft.

Fakten zum Unternehmen:

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG (NKV) ist ein Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe. Seit über 20 Jahren zählt die NKV zu den dynamisch wachsenden Gesellschaften im PKV-Markt. Im Geschäftsjahr 2013 konnte sie ihre Beitragseinnahmen um 7 Prozent auf 196 Millionen Euro steigern.

Kontakt: Ostendstraße 100 · 90334 Nürnberg · **Tel.:** 0911 531 5 · **Fax:** 0911 531 3206 · **E-Mail:** info@nuernberger.de · **Internet:** www.nuernberger.de



**Schutz und Sicherheit
für
die Gesundheit Ihrer Kunden**

NÜRNBERGER

VERSICHERUNGSGRUPPE

seit 1884

Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de, www.nuernberger.de