

PRIVAT VERUNSICHERT

von Matthias Kaufmann, Alexander Kühn
und Timo Schober

Privat verunsichert

GESUNDHEIT Viele Privatpatienten glauben, rundum versorgt zu sein. Für manche entpuppt sich das als teurer Irrtum.

Tim kam zu früh zur Welt, in der 26. Schwangerschaftswoche. Der Junge wog 890 Gramm. »Er passte hier rein«, sagt seine Mutter Sonja Lang und zeigt ihre Handfläche.

Tim leidet seit seiner Geburt an einer Zerebralparese, einer Schädigung des Gehirns. Sein Nervensystem und seine Muskulatur sind gestört. Der rechte Unterarm ist verkürzt, er hat eine Klumphand und kann sich nicht allein aufrecht halten. Tim sitzt im Rollstuhl, er ist 19 Jahre alt und wiegt 35 Kilogramm.

Sonntagmittag, im Haus der Familie, südlich von Hamburg. Die Langs heißen in Wahrheit anders. Ihr echter Name soll hier keine Rolle spielen, sie haben darum gebeten. Vater Klaus Lang hat Essen vom Stammlokal mitgebracht. Tim lacht viel. Wenn er spricht, können auch die Eltern ihn manchmal nur schwer verstehen.

Sonja Lang sagt nicht, dass ihr Sohn eine Behinderung habe. Sie sagt: »Er ist ein besonderes Kind.«

Klaus Lang sagt: »Wenn er nicht so viele Therapien gemacht hätte, wäre er ein hoffnungsloser Fall.«

Die Langs sprechen über die Krankheit ihres Sohnes wie über einen Feind, den sie gemeinsam in Schach halten. Wenn man sie besucht, kommen sie bald auf einen zweiten Gegner zu sprechen: die Gothaer Krankenversicherung.

Das Unternehmen und die Familie, die bei ihm versichert ist, stecken in einer Dauerfehde. Leistungen für Tim erstattet die Gothaer häufig erst dann, wenn die Langs ihre Anwälte einschalten, die Medizinrechtlerin Juliane Winter. Sie sagt: »Ohne Rechtsbeistand kommen viele Privatversicherte nicht weiter.«

Manche ihrer Beschwerden landen vor Gericht. Die Rechtsstreitigkeiten ziehen sich teils über Jahre hin, die Summen sind erheblich.

So erstritt die Familie 16.300 Euro für ein Therapiegerät, 17.039,76 Euro für Physiotherapie, 6.600 Euro für eine Gruppentherapie. Aktuell ringen die Langs mit der Versicherung um die Kosten für ein höhenverstellbares, 1,40 Meter breites Bett, das die Familie im vergangenen Jahr für Tim angeschafft hat.

8,7 Millionen Deutsche sind Privatpatienten, so wie die Langs. Oft haben sie sich für eine private Krankenversicherung (PKV) entschieden, um es besser zu haben als die Patienten der gesetzlichen Versicherung (GKV). Schließlich kann sich nur privat absichern,

wer Beamter ist, selbstständig oder als Angestellter mehr als 73.800 Euro im Jahr verdient.

In Teilen trifft das zu.

PKV-Kunden bekommen einen Arzttermin häufig binnen Tagen oder Wochen und nicht erst, wenn ihr Tumor womöglich schon gestreut hat. Sie erhalten Zugang zu Spezialisten, die Kassenpatienten gar nicht erst in die Praxis lassen. Beim Zahnersatz erstattet die PKV für gewöhnlich mehr als die gesetzlichen Kassen, sie bezahlen etwa weiß verblendete Kronen meist nur im sichtbaren Bereich des Gebisses. Und während die Politik den Leistungskatalog der GKV jederzeit schrumpfen kann, ist in den PKV-Verträgen individuell festgeschrieben, was bezahlt wird.

Wer sich privat versichert, tut das im Glauben, rundum gut versorgt zu sein. Für manche entpuppt sich das als teurer Irrtum, wenn sie zum ersten Mal mit dem Versicherungsunternehmen im Clinch liegen.

Denn die Privaten unternehmen offenbar viel, um sich vor Zahlungen zu drücken, gerade bei größeren Summen. Wer krank ist, hat dann nicht nur ein gesundheitliches, sondern auch ein finanzielles Problem. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Ärzte mit der GKV abrechnen, geht der Privatpatient in der Regel zunächst in Vorleistung. Wer Pech hat, bleibt auf seinen Kosten sitzen, dann, wenn es ihm ohnehin dreckig geht.

Chronisch Kranke reichen für den Rest ihrer Tage Rechnungen ein, prüfen Abrechnungen, reklamieren ausbleibende Zahlungen.

Der SPIEGEL und das ZDF-Politmagazin »frontal« haben mit Betroffenen gesprochen, mit Anwältinnen und Anwälten, die von aufreibenden juristischen Auseinandersetzungen mit den Konzernen erzählen. Es ist ein Einblick in ein System, das mitunter zynisch wirkt.

Roland Warther, Versicherungsanwalt im nordrhein-westfälischen Greven, sagt: Er könne die PKV nur noch Klienten empfehlen, die eine Rechtsschutzversicherung haben. Die von den Versicherern festgelegten Preisgrenzen, etwa für Physiotherapie, seien teils

»Stürz dich ins Leben – wir versichern dich dabei.«

Werbespruch der Gothaer Versicherung

»weltfremd niedrig«. Mandanten, die nicht mehr lange zu leben haben, würden von ihrer Versicherung hingehalten. »Als warteten sie auf den Tod der Patienten.«

Mitte Februar machte die Stiftung Warentest mit einer Studie Schlagzeilen. Sie hatte 1245 PKV-Tarifkombinationen geprüft, nur knapp ein Drittel davon hielt sie für empfehlenswert. Defizite sah sie bei der Palliativpflege, bei ambulanter Psychotherapie und Ernährungs-Apps. Der PKV-Verband widersprach: Die Auswahl wirke »willkürlich« und führe »in die Irre«.

Claus-Dieter Gorr zählt zu den härtesten Kritikern der PKV. Privat, weil er derzeit mit seiner eigenen Versicherung um 45.000 Euro ringt, es geht um die Abrechnung zahlreicher Behandlungen nach zwei Operationen. Auch beruflich schaut er streng auf das System.

Gorrs Geschäft ist es, die Blackbox PKV zu durchleuchten. Seine Beratungsfirma PremiumCircle hat eine Software entwickelt, mit der Versicherungsmakler Verträge der Privaten vergleichen können. Seit Jahren analysiert der Branchenexperte die Leistungen von GKV und PKV, mal im Auftrag des damaligen Gesundheitsministers Jens Spahn (CDU), mal für die Grünen. Die privaten Anbieter kamen dabei nicht gut weg.

In einer neuen Studie, die dem SPIEGEL und »frontal« vorliegt, untersucht Gorr die Toptarife der privaten Versicherungsunternehmen, Stand Ende Januar, von denen der teuerste fast 1000 Euro im Monat kostet. Gorrs Fazit: »Trotz der zahlreichen Mehrleistungen in einzelnen Bereichen – keiner der Tarife bietet als Grundlage alle Leistungen an, die in der GKV selbstverständlich sind.«

Viele der Leistungen, die nicht von der PKV abgedeckt werden, seien existenziell. Die Privaten wiesen große Lücken auf bei Rehabilitationsmaßnahmen nach schweren Operationen, bei Krebstherapien und Psychotherapien. Ebenso bei der Prävention, etwa der Schulung von Diabetikern.

Im unteren Segment sei die Lage noch drastischer. »Wer sich in einen Einstiegtarif für unter 300 Euro Monatsbeitrag locken lässt, steht in vielen Fällen ohne Versicherungsschutz da.«

Der PKV-Verband antwortet auf eine Anfrage dazu, er könne »die Behauptungen und Vermutungen nicht nachvollziehen«.

Gorrs Kritik geht über die aktuelle Studie hinaus, sie ist grundsätzlicher Natur. Er sagt: »Das System lädt die privaten Versicherungen zu Willkür ein, wenn sie darüber entscheiden, welche Therapien medizinisch notwendig sind.«

Heute ist Deutschland das einzige europäische Land mit zwei Versicherungssystemen. Die Ursprünge der gesetzlichen Krankenkassen liegen in der Kaiserzeit. Reichskanzler Otto von Bismarck führte sie 1883 verpflichtend für Geringverdienende und Arbeiter ein. Etwa zur selben Zeit entstanden private Anbieter für Besserverdienende und Beamte, der Grundstein der heutigen PKV.

Befürworter preisen die Wahlfreiheit, Kritiker prangern eine Zweiklassenmedizin an. Doch Privatpatient zu sein, fühlt sich nicht für alle nach Luxus an. Anders als die meisten Verbraucherinnen und Verbraucher vermuten, sind gesetzlich Versicherte in der vermeintlich zweiten Klasse manchmal sogar besser dran.

Das beginnt schon bei den Kosten. In jungen Jahren ist die private Krankenversicherung für Gutverdiener ohne Vorerkrankungen in der Regel günstiger als die gesetzliche. Mit zunehmendem Alter steigen die Prämien gerade in zuvor günstigen Tarifen oft drastisch, trotz Altersrückstellungen der Konzerne. Verbraucherschützer warnen vor einer Kostenfalle, wenn das Einkommen in der Rente sinkt, der Versicherungsbeitrag aber steigt – anders als in der GKV, die ihn stets nach der Höhe des Verdiensts bemisst. Der Wechsel zurück in die GKV ist Versicherten über 55 Jahren aber in der Regel versperrt.

Vor allem: Private Unternehmen streben im Zweifel nicht nur danach, dass ein einzelner Patient so schnell wie möglich genesen kann. Sondern auch danach, dass ihre eigenen Zahlen gesund bleiben. Sie drücken das nur freundlicher aus. Sie handle »im Interesse des Kollektivs aller Versicherten eines Tarifs«, schreibt etwa die Gothaer. Jede »unnötige oder unangemessen teure Leistung« ginge zu deren Lasten, weil sie höhere Beiträge zahlen müssten.

Auf eine anstehende Hüft-OP blickt eine PKV ähnlich nüchtern wie eine Haftpflichtversicherung auf eine zerbrochene Vase. Bis das Unternehmen entschieden hat, ob es dafür aufkommt, können Monate vergehen. Das Hüftgelenk schmerzt derweil weiter. Dazu kommt: Häufig lesen die Versicherten das Kleingedruckte nicht, bevor sie einen Vertrag unterschreiben. In eng beschriebenen Leistungsverzeichnissen steht dort, was bezahlt wird. Alles andere ist nicht abgedeckt.

Lehnen Versicherungen Rechnungen ab, begründen sie das meist mit fehlender »medizinischer Notwendigkeit«. Eine Behandlung muss nicht nur geeignet sein, sondern auch erforderlich. Der Begriff ist so schwammig, dass er es leicht macht, Diagnosen in Zweifel zu ziehen. Zur Wahrheit gehört allerdings auch: Ärzte stellen mitunter überhöhte Rechnungen, um durch Privatpatienten an Geld zu kommen, das ihnen das enge GKV-Korsett verwehrt.

Alexandra Glufke-Böhm ist Fachanwältin für Medizinrecht, seit 25 Jahren. Ihre Kanzlei befindet sich in Regensburg, in einem Nebengebäude von Schloss St. Emmeram, dem Hauptsitz des Fürstenhauses Thurn und Taxis. Auf einem Marmortisch steht Justitia, die römische Göttin der Gerechtigkeit.

Die Versicherungen seien immer harte Gegner gewesen, sagt Glufke-Böhm. »Nachgeschmissen haben sie den Patienten das Geld nie.« Doch die Konflikte seien zahl-



Anwältin Glufke-Böhm in ihrer Kanzlei: »Die jagen dich in die Klage«

Andre Duhme / DER SPIEGEL



PKV-Kundin Kräcker: Warum hat die Versicherung über Monate gezahlt – und fordert später das Geld zurück?

reicher geworden, die Unternehmen unnachgiebiger.

Private Anbieter trieben ihre Klienten »regelmäßig in die Verzweiflung«. Leistungen, die in der Vergangenheit bezahlt wurden, wurden gestrichen. Wo früher Rechnungen für Behandlungen chronischer Beschwerden übernommen wurden, mussten Patienten erneut beweisen, dass die Therapie notwendig ist, mit seitenlangen Formularen und Nachweisen vom Arzt. Selbstständigen werde trotz ärztlicher Bescheinigungen das Krankengeld gestrichen, neue Therapiemethoden würden abgelehnt mit dem Verweis, die Wirkung sei nicht bewiesen.

Das Verhalten der Unternehmen habe System, sagt Glufke-Böhm. »Die Versicherungen mischen sich aus Kostengründen in die Therapien der Patienten ein.«

Der einzige Ausweg sei oftmals der Weg vor Gericht. »Die jagen dich in die Klage.«

Die Beweislast, dass eine Leistung zu Unrecht gestrichen wurde, liegt beim Versicherten. Zu den Anwalts- und Prozesskosten kommen immer öfter die für ein Gutachten. Bis zum Gerichtstermin vergehen Monate. Während juristisch gerungen wird, läuft die Behandlung weiter, die Ausgaben steigen. Zur finanziellen kommt die psychische Belastung. »Die Versicherungen wollen die Leute müde machen«, sagt Glufke-Böhm.

Der PKV-Verband erklärt dazu, Arztrechnungen würden in der Regel reibungslos erstattet, »nur in wenigen Einzelfällen« komme es zu Beschwerden. Die Zahlungen an Versicherte hätten zugenommen. Im vergangenen Jahr hätten die Unternehmen 36,77 Mil-

liarden Euro erstattet, rund 54 Prozent mehr als vor zehn Jahren.

Gesundheitsökonomien erklären den Zuwachs allerdings nicht mit Großzügigkeit, sondern durch eine höhere Anzahl von Versicherten und einen Preisanstieg im Gesundheitsbereich.

Die Langs, die Eltern des kranken Tim, haben bereits Routine darin, gegen die Gothaer Krankenversicherung vorzugehen. Sie ist Teil der BarmeniaGothaer, eines Konzerns mit jährlich rund acht Milliarden Euro Prämieneinnahmen. Die Gothaer wirbt dem Versprechen: »Stürz dich ins Leben – wir versichern dich dabei.«

Tim Lang wurde 2015 in Zürich zweimal an der Hüfte operiert. Die Eltern hatten sich für die Klinik entschieden, weil sie ihr Kind dort am besten versorgt glaubten. In einem Krankenhaus im nahen Hamburg habe man ihm bei einem solchen Eingriff eine Pumpe mit Arzneimittel dauerhaft implantieren wollen, sagt Sonja Lang. Das lehnte sie ab, aus Sorge vor Nebenwirkungen.

»Er hatte einen Gips vom Bauchnabel bis zum Zeh und bekam Schmerzmittel verabreicht«, sagte sie. Seine Beine wurden mit einem Spreizverband auseinandergehalten, er musste ihn knapp sechs Wochen lang tragen.

»Es ist ein Wunder, dass ich noch hier bin.«

Martina Kräcker

Die Kosten für die Ambulanzflüge in Höhe von 20.150 Euro, die für seinen Transport notwendig waren, bezahlte die Gothaer erst, nachdem das Landgericht Lüneburg sie 2022 dazu verurteilt hatte. Das Unternehmen hatte vorgeschlagen, den frisch operierten Zehnjährigen im Krankenwagen zu transportieren, 860 Kilometer weit.

Ob eine GKV in einem solchen Fall Flugkosten übernehmen würde, müsste im Einzelfall geprüft werden, teilen AOK und Techniker Krankenkasse mit. Entscheiden würde darüber der Medizinische Dienst, der von den Bundesländern beaufsichtigt wird.

Im vergangenen November standen die Langs und die Gothaer sich wieder im Landgericht Lüneburg gegenüber. Es ging in dem Verfahren um nicht erstattete Kosten für die Familie, darunter auch Behandlungen für Tim, vom Besuch beim Heilpraktiker bis zu Medikamenten, die ein Arzt verordnet hatte. Nur hatte der Anwalt der Gegenseite Zweifel.

»Eine Arztrechnung sagt nichts darüber aus, ob eine Behandlung medizinisch notwendig war«, argumentierte der Jurist, den die Gothaer beauftragt hat. »Ein Arzt ist parteiisch.«

Der Richter sagte in versöhnlichem Ton: Womöglich schauten Versicherungen »besonders hin«, wenn jemand »besonders viele« Kosten verursache. Der Anwalt der Versicherung widersprach: »Man schaut immer hin.«

Klaus Lang sprach von einem »Kalkül« der Versicherung. »Warum bekommen wir erst Geld, wenn Frau Dr. Winter sich einschaltet?«

Der Anwalt der Versicherung: »Womöglich wird auch mal etwas falsch entschieden.«

Lang: »Wir suchen uns nicht aus, dass wir ein krankes Kind haben.«

Sonja Lang: »Tim hat Pflegegrad 4. Es ist ein Kampf.« Ihre Stimme bricht.

Der Anwalt der Versicherung: Sachbearbeiter handelten nach bestem Wissen und Gewissen. »Es will Ihnen niemand etwas Böses.«

Die Gothaer will sich auf Anfrage nicht zum Streit mit den Langs äußern. In einer Mail an den SPIEGEL schreibt eine Sprecherin: »Es ist keineswegs so, dass bei Abrechnungen vermehrt die medizinische Notwendigkeit in Zweifel gezogen wird oder dass wir es auf Gerichtsverfahren ankommen ließen.« Ziel sei es, Kosten »innerhalb von wenigen Tagen« zu erstatten. Im Jahr 2023 habe das Unternehmen seinen Versicherten 772,2 Millionen Euro ausgezahlt.

Offizielle Statistiken dazu, wie viele Patienten mit ihrer Versicherung im Streit liegen, gibt es nicht. Fragt man beim PKV-Verband nach, ob die Kämpfe zugenommen hätten, verweisen die Lobbyisten auf den Ombudsmann. Seit 2001 soll er bei Streitigkeiten zwischen Versicherungen und ihren Kundinnen und Kunden schlichten. Die Ombudsstelle wird vom PKV-Verband finanziert, bezeichnet sich aber als unabhängig.

Im vergangenen Jahr erfasste sie 6891 Schlichtungsanträge, es ist der zweithöchste Wert der vergangenen zehn Jahren. Die Ombudsstelle weist darauf hin, dass die Schlichtungsverfahren »gerade mal 0,01 Prozent der Verträge« betreffen würden. Dies spreche für eine »hohe Kundenzufriedenheit«.

Allerdings sind die Zahlen nur bedingt aussagekräftig. Es ist nicht verpflichtend, vor einer Klage die Ombudsstelle zu kontaktieren.

Das deutsche Gesundheitssystem ist so breit aufgestellt wie wenige in der Welt, es ist leistungstark, aber teuer. Die Kosten laufen davon. Alle paar Jahre kommt die Idee auf, Deutschland solle sich vom Zweiklassensystem aus Bismarcks Zeiten verabschieden.

SPD und Grüne hatten in der Vergangenheit vorgeschlagen, es durch eine Bürgerversicherung zu ersetzen, in die alle einzahlen. Die künftige unionsgeführte Bundesregierung wird am dualen System vermutlich nicht rütteln.

Ein Blick in die Niederlande zeigt: Der Systemwechsel wäre machbar, doch er hat einen hohen Preis. Das Land trennte sich 2006 vom dualen Nebeneinander mit dem Ziel, die Versicherer stärker in einen Wettbewerb treten zu lassen, zum Wohl der Patienten. Es gibt dort weiterhin private Krankenversicherungen, aber nicht mehr nur für gut Situierte. Sie dürfen keine Patienten abweisen.

Was fair klingt, hat einen Nachteil: Um das neue System zu finanzieren, wurde es auf Effizienz getrimmt. Manche Behandlungen werden in den Niederlanden nicht mehr von der

Versicherung bezahlt, etwa bestimmte Operationen an Rücken oder Schulter. Trotzdem gelten die Niederländer als zufrieden.

Es muss keine Revolution sein, kein großer Wurf, der womöglich mehr gefährdet als verbessert. Aber einiges ließe sich am deutschen System ändern. So sieht das etwa Experte Gorr.

Er schlägt einen gesetzlichen Katalog vor. Der könnte vorschreiben, welche Leistungen die PKV übernehmen muss, um in allen Punkten mit der GKV zumindest gleichauf zu sein. Ähnlich dem sogenannten Basis-tarif der PKV. Dort fehlen zwar Annehmlichkeiten wie die schnelle Terminvergabe, aber er umfasst medizinisch notwendige Leistungen.

Denkbar wäre auch, die Unternehmen zu verpflichten, kundenfreundlicher mit Beschwerden umzugehen. Gesundheitsexperten verweisen auf die Widerspruchsausschüsse der GKV. Die sind paritätisch besetzt, mit Vertretern von Kassen und Patienten. Und könnten für mehr Transparenz sorgen.

Heute bleiben viele Entscheidungen schwer nachvollziehbar.

Etwa die Frage, warum Martina Kräcker der HUK-Coburg plötzlich Tausende Euro zurückzahlen soll, die das Unternehmen ihr zuvor bereitwillig erstattet hatte.

Kräcker ist 60 Jahre alt, gelernte Bauingenieurin und heute als Dozentin für alternative Tiermedizin tätig. Sie lebt auf einem Gut in Grönwohld, Schleswig-Holstein, mit ihrem Mann, zwei Hunden und sechs Pferden. Sie sagt: »Es ist ein Wunder, dass ich noch hier bin.«

Nach einer schweren Gelenkerkrankung und mehreren Operationen schwoll ihre Hand plötzlich an, verfärbte sich lila, Kräcker zeigt Fotos davon, »wie die Vorhand eines Reptils«.

Kräcker war nun auch noch an CRPS erkrankt, einer sensomotorischen Krankheit, die nach Operationen auftreten kann. Weder

Arzneimittel noch eine stationäre Schmerztherapie brachten Linderung.

Hilfe kam unvermittelt, in einer Hamburger Praxis für Sport-Orthopädie. Kräcker begleitete ihren Mann, der dort behandelt wurde. Am Ende bat sie den Arzt, ihre Hand anzuschauen.

Im Juni 2023 begann er mit der Behandlung. Kältetherapie bei minus 110 Grad, Stoßwellentherapie, Magnetfeldtherapie, Laserakupunktur. Leistungen, die auch in der GKV nicht vorgesehen sind. Ausnahmen sind teils möglich, sie werden vorab vereinbart, damit es nicht zu Rückforderungen kommt.

»Meiner Hand ging es von Tag zu Tag besser«, sagt Kräcker. »Ich konnte wieder normal greifen.« Nach acht Wochen habe sie keine Schmerzmittel mehr benötigt.

Im Laufe der Monate reichte Kräcker 23 Rechnungen ein. Die HUK-Coburg zahlte umstandslos, so wie in den Jahren zuvor.

Im Dezember 2023 erhielt sie ein Schreiben: Künftige Leistungen sollten daraufhin geprüft werden, »ob und ggf. in welchem Umfang« von der HUK-Coburg künftig gezahlt werden würde.

Kräcker legte Stellungnahmen mehrerer Spezialisten vor. Stellte sich, wie verlangt, bei einem ärztlichen Gutachter vor. Am Ende schrieb ein Mediziner, der sie nicht zu Gesicht bekommen hatte, aus deren Notizen ein Gutachten. Er befand: Es gebe keinen Nachweis, »dass die hier jeweils gewählten und oft wechselnden Kombinationen besser wirken als eine der Therapien einzeln«.

Die HUK-Coburg kam daraufhin zu dem Schluss, die Behandlungen seien medizinisch nicht notwendig. Im April vergangenen Jahres schrieb ihr die Versicherung: Sie müsse 21.198,93 Euro zurücküberweisen. Die Zahlungen seien »ohne Rechtsgrundlage« erfolgt.

Anwältin Winter, die auch Familie Lang vertritt, argumentiert dagegen mit einem BGH-Urteil. Demzufolge sind unheilbar Kranken auch Therapien gestattet, die nicht allgemein anerkannt sind. Solange Aussicht auf Linderung besteht.

Und dann wäre da noch eine andere Frage: Warum hat die Versicherung über Monate gezahlt?

Die HUK-Coburg will das auf Anfrage von SPIEGEL und ZDF nicht beantworten. Ein Sprecher schreibt, man komme der Sorgfaltspflicht bei Leistungsanträgen nach. Man habe Kräcker »die aus unserer Sicht medizinisch notwendig durchzuführenden Behandlungen sowie Therapien erstattet«.

Die HUK-Coburg hat ihr vorgeschlagen, das Geld von dem Sport-Orthopäden zurückzufordern. Für Kräcker kommt das nicht infrage: »Soll ich den Arzt verklagen, der mir geholfen hat?«

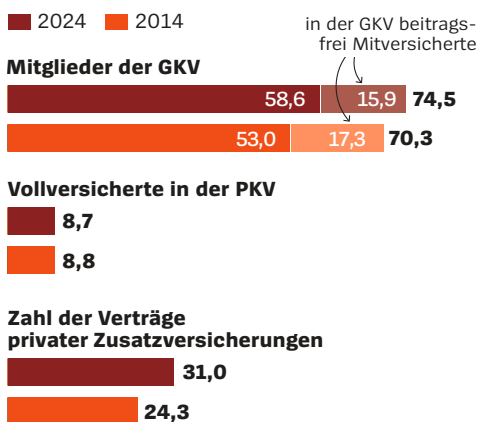
Kräcker sagt, zwischendurch habe sie daran gedacht, der Versicherung das Geld einfach zu überweisen, »damit Ruhe ist«.

Ihr Mann habe gesagt: Nein, wir kämpfen.

Matthias Kaufmann, Alexander Kühn, Timo Schober

Zwei Systeme

Zahl der Mitglieder beziehungsweise Zusatzverträge in gesetzlichen (GKV) oder privaten (PKV) Krankenversicherungen, in Millionen



5 • Quellen: BMG, Verband der Privaten Krankenversicherung