

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/11812 –**

Unisextarife, kollektive Rechnungszinssenkung und Mindestleistungen in der privaten Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Bundesregierung hatte noch am 17. Oktober 2010 in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE, die Ansicht vertreten, dass private Krankenversicherungen (PKV) entgegen den geltenden Gleichbehandlungsbestimmungen für Frauen diskriminierende Tarife anbieten dürfen, Frauen also für die gleichen Versicherungskonditionen mehr zahlen müssen. Am 1. März 2011 urteilte der Europäische Gerichtshof (EuGH), mit Verweis auf die EU-Gleichbehandlungsrichtlinie aus dem Jahr 2004, dass bereits seit dem 21. Dezember 2007 geschlechtsneutrale Tarife anzubieten seien. Der EuGH gab den Mitgliedstaaten und den Versicherern bis zum 21. Dezember 2012 Zeit für eine entsprechende Umstellung.

Die Bundesregierung war nun gezwungen, dafür Sorge zu tragen, dass die PKV dieses Urteil umsetzt. Dafür gab es zwei Möglichkeiten, entweder geschlechtsneutrale Tarife für alle Versicherten oder aber nur für Neukunden ab dem Stichtag. Aus der Versicherungswirtschaft waren Stimmen zu hören (vgl. z. B. Versicherungs-Journal vom 23. Februar 2012), die sich dafür einsetzten, wenn man schon gezwungen sei, Unisextarife einzuführen, sollte dies nicht nur für Neukunden, sondern auch für Bestandskunden gelten. Denn nach § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) besteht für die Versicherten ein Tarifwechselrecht. Es stünde zu erwarten, dass insbesondere die weiblichen Versicherten aus den teureren alten Verträgen in die günstigeren neuen Unisexverträge wechseln würden. Damit wären diese aber kaum mehr kalkulierbar, da man die Anzahl der wechselwilligen Frauen und damit den Geschlechtermix in der Risikokalkulation der neuen Tarife nicht mehr abschätzen könne. So wären die Versicherungen gezwungen, entsprechende Sicherheitsmargen einzukalkulieren, die die Tarife verteuerten und außerdem ein Haftungsrisiko für den Fall einer falschen Risikoabschätzung einzugehen.

Mittlerweile scheinen die Versicherungen eine Möglichkeit gefunden zu haben, dieses Risiko zu umgehen, indem sie die Frauen von einem Tarifwechsel abhalten. Zwischen den Versicherungen wird kommuniziert, dass es sinnvoll sei, die ohnehin für viele Unternehmen kaum haltbaren Rechnungszinsen kol-

lektiv von 3,5 Prozent auf 2,75 Prozent zu senken. Das hätte eine Verteuerung der neuen Unisextarife zur Folge, womit diese dann für die Frauen in den Bestandstarifen unattraktiv würden. Abgesehen davon, dass ein solches Verhalten der Versicherer den Diskriminierungsstatbestand bei den Frauen fortführt, die schon jahrelang zu hohe Beiträge zahlen, besteht für den Fall, dass die meisten Versicherer tatsächlich gleichzeitig eine Absenkung des Rechnungszinses vornehmen, der Verdacht eines kartellrechtlich relevanten Verhaltens. Als Faustregel gilt, dass der Beitrag je 0,1 Prozentpunkten Rechnungszinsabsenkung um etwa 0,8 Prozent steigen wird (vgl. *manager magazin*, 20. November 2012, S. 12). Bei der geplanten Absenkung von 0,75 Prozentpunkten wären also allein deswegen die neuen Tarife 6 Prozent teurer als die alten Tarife.

Im Juni 2012 wurde eine Studie des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) sowie der Frankfurter Beratungsfirma PremiumCircle Deutschland GmbH bekannt. Nach dieser Studie bieten viele PKV-Tarife in Teilen weniger Versicherungsschutz als die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Dies bezieht sich auch auf gesundheitlich relevante Leistungen, wie z. B. Psychotherapie oder Suchtbehandlung ebenso wie auch andere wichtige Leistungen, z. B. Hilfsmittelkataloge auf aktuellem medizinischen Stand. Mit der Tarifumstellung zum 21. Dezember 2012 werden viele Unternehmen diese Lücken gleichzeitig schließen, was auf eine Absprache im PKV-Verband zurückgeht (vgl. z. B. www.luhv.de/2012/11/06/mindestleistungen-in-der-privaten-krankenversicherung-ab-dem-21-12-2012/). Auch dies wird natürlich die neuen Tarife verteuern. So wünschenswert es ist, dass auch PKV-Versicherte Leistungen auf GKV-Niveau erhalten, so fragwürdig ist es kartellrechtlich, wenn Anbieter, die im Wettbewerb miteinander stehen, aufgrund von Absprachen ein Leistungsniveau vorgeben.

1. Haben die Bundesregierung oder die Aufsichtsbehörde Kenntnis davon, dass in der „neuen Unisex-Tarifwelt“ die Rechnungszinsen gesenkt werden sollen?

Das Thema wird in der Versicherungswirtschaft seit längerer Zeit diskutiert. Die Deutsche Aktuarvereinigung e. V. (DAV) hat in einem Schreiben die Verantwortlichen Aktuar und Unabhängigen Treuhänder der privaten Krankenversicherung darauf hingewiesen, dass der Rechnungszins für die Prämienberechnung und die Berechnung der Alterungsrückstellung den aktuellen Kapitalmarktgegebenheiten ausreichend Rechnung tragen sollte.

Um die aktuelle Kapitalmarktsituation zu berücksichtigen und den Erfordernissen gemäß § 12a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) stärker zu entsprechen, empfiehlt die DAV, für die neu zu kalkulierenden Unisex-Tarife einen Zinssatz in Höhe von höchstens 2,75 Prozent einzurechnen.

2. Bei wie vielen und welchen PKV-Unternehmen soll dies erfolgen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Gemäß § 13d Nummer 8 VAG haben die Versicherungsunternehmen der Aufsichtsbehörde die Verwendung neuer oder geänderter Grundsätze im Sinne des § 5 Absatz 5 Nummer 1a VAG unter Beifügung aller dort bezeichneten Unterlagen erst nach erfolgter Änderung anzuzeigen.

3. Wie viele und welche PKV-Unternehmen haben bislang eine solche Absenkung ausgeschlossen?

Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen. Die Versicherungsunternehmen haben der Aufsichtsbehörde lediglich die Verwendung neuer oder geänderter Grundsätze anzuzeigen.

4. Wie viele und welche Unternehmen haben bislang freiwillig eine solche Absenkung des Rechnungszinses durchgeführt?

Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen.

5. Gibt es seitens des Bundeskartellamts Überlegungen, dieses gemeinsame Verhalten auf kartellrechtliche Relevanz zu untersuchen?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis oder Zwischenstand?

Im Bundeskartellamt gibt es derzeit keine Überlegungen, das Verfahren zur Absenkung der Rechnungszinsen einer Überprüfung zu unterziehen. Anhaltspunkte für ein abgestimmtes Verhalten liegen derzeit nicht vor.

6. Sind die Unternehmen frei in der Absenkung der Rechnungszinsen, oder gibt es Beschränkungen, die die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) überwacht?

Gemäß § 2 der Kalkulationsverordnung (KalV) sind alle Rechnungsgrundlagen mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen. Dies gilt auch für den Rechnungszins.

7. Wenn eine Rechnungszinssenkung sachlich geboten ist, weshalb senkt die BaFin dann nicht den jeweiligen Unternehmensrechnungszins über das AUZ-Verfahren (AUZ = Aktuarieller Unternehmenszins)?

Aufgrund der anhaltenden niedrigen Zinsen am Kapitalmarkt hat die DAV in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ein Verfahren zum Nachweis des aktuariellen Unternehmenszinses (AUZ-Verfahren) entwickelt. Es handelt sich dabei um einen Fachgrundsatz der DAV und keine aufsichtsrechtliche Vorschrift. Mit diesem Verfahren soll für jedes Krankenversicherungsunternehmen, das die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt, der unternehmensindividuell maximal mögliche Rechnungszins für die nächsten zwei Jahre ermittelt werden. Soweit der aktuarielle Unternehmenszins den Rechnungszins unterschreitet, muss der Rechnungszins anlässlich einer Beitragsanpassung auch für den vorhandenen Bestand gesenkt werden.

8. Wenn die Ertragslage generell schlecht aussieht und es auch keinen Grund gibt, mittelfristig an höhere Erträge zu glauben, weshalb senkt die BaFin nicht den branchenweiten Rechnungszins?

Nach der Kalkulationsverordnung (KalV) besteht generell lediglich das Erfordernis, vorsichtige Rechnungsgrundlagen zu verwenden. Dieses Erfordernis wird von allen Krankenversicherungsunternehmen gegenwärtig erfüllt.

9. Inwiefern kann es sachlich geboten sein, den Rechnungszins für Bestandskunden auf 3,5 Prozent zu belassen, für Neukunden aber auf 2,75 Prozent festzulegen?
Welche Ziele könnte ein Versicherungsunternehmen damit verfolgen, gerade die Neukunden stärker zu belasten?

Aufgrund der anhaltenden Niedrigzinsphase erscheint es sachlich geboten, den Rechnungszins für neue Tarife zu senken, damit dieser auch langfristig ausrei-

chend vorsichtig bemessen ist. Die Umstellung auf eine Unisex-Kalkulation mit entsprechend neu zu kalkulierenden Tarifen bietet daher eine gute Möglichkeit, den Rechnungszins im Neugeschäft anzupassen. Für Bestandskunden richtet sich der zulässige Höchstrechnungszins bei Beitragsanpassungen nach dem aktuariellen Unternehmenszins. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 11 bis 13 verwiesen.

10. Ist nach Einschätzung der Bundesregierung die in der Vorbemerkung der Fragesteller genannte Faustformel und die daraus gezogene Schlussfolgerung, wonach die neuen Tarife alleine aufgrund der Rechnungszinsabsenkung etwa 6 Prozent teurer werden als die nach alten Bedingungen kalkulierten, plausibel und zutreffend?

Wenn nein, wie sind die Schätzungen der Bundesregierung?

Eine Absenkung des Rechnungszinses im Neugeschäft führt zu steigenden Neugeschäftsprämien. Eine Senkung des Rechnungszinses auf 2,75 Prozent erhöht die Prämien einer Vollversicherung – in Abhängigkeit vom jeweiligen Tarif – im Neugeschäft ca. um 3 bis 6 Prozent. Im Gegenzug erhöhen sich jedoch auch die Kapitalerträge, die zu 90 Prozent in die Prämienermäßigung im Alter fließt. Hierdurch können die Prämien ab Alter 65 stabiler gehalten werden als ohne Senkung des Rechnungszinses.

11. Sind die Rechnungszinssenkungen für Neukunden dazu geeignet, für Bestandskundinnen einen Tarifwechsel in die kommenden Unisextarife unattraktiver zu machen?
12. Liegt auch für die Bundesregierung die Vermutung nahe, dass mit Hilfe dieser Rechnungszinssenkung für die neuen Tarife bei gleichzeitigem Belassen der alten Tarife auf dem höheren Rechnungszins ab 21. Dezember 2012 Tarifwechsel von Frauen aus Bestandstarifen erschwert werden sollen?
13. Wie beurteilt die Bundesregierung das Verhalten der Versicherer, und zieht sie hieraus Schlussfolgerungen?

Die Fragen 11 bis 13 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung prüft und beurteilt im Rahmen der Aufsicht über Versicherungsunternehmen grundsätzlich keine unternehmerischen Motive; sie prüft auch nicht die Attraktivität von Versicherungsprodukten.

14. Wie viele Versicherer beabsichtigen nach Kenntnis der Bundesregierung oder der BaFin, die Mindestleistungen in Richtung GKV-Niveau anzupassen?

Die Versicherer haben in der substitutiven Krankenversicherung der BaFin die beabsichtigte Verwendung neuer oder geänderter allgemeiner Versicherungsbedingungen (AVB) gemäß § 13d Nummer 7 VAG unter deren Beifügung anzuzeigen. Die AVB für die neuen Unisextarife werden frühestens Ende Dezember 2012 bzw. Anfang des Jahres 2013 bei der BaFin eingehen. Daher ist der Bundesregierung derzeit nicht bekannt, wie viele Unternehmen eine Anpassung beabsichtigen.

15. Gilt dies nur für Neuverträge oder auch für bestehende Verträge?

Nach § 203 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes ist ein Krankenversicherungsunternehmen im Rahmen eines bestehenden Vertrags grundsätzlich nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, eine Änderung der AVB vorzunehmen. Aufgrund dieser Vorgabe geht die Bundesregierung gegenwärtig davon aus, dass bestehende Verträge in aller Regel nicht umgestellt werden. Den Versicherern steht es allerdings frei, ihren Kunden ein verbessertes Leistungs niveau anzubieten.

16. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung sinnvoll, wenn auch alle PKV-Versicherten Leistungen auf dem Niveau der GKV erhalten?

Wenn nein, warum nicht?

17. Weshalb versucht die Bundesregierung nicht, Mindestleistungen in der PKV gesetzlich zu regeln, so dass z. B. auch jede bzw. jeder PKV-Versicherte Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung hat?

Die Fragen 16 und 17 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Gesetzliche und private Krankenversicherung unterscheiden sich bezüglich verschiedener Grundcharakteristika voneinander. So orientiert sich der Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung an den im Fünften Buch Sozialgesetzbuch normierten Vorgaben; er ist insoweit Ergebnis gesetzgeberischer Entscheidungen.

Der Leistungsumfang in der privaten Krankenversicherung ist hingegen das Resultat individueller Vereinbarungen zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer; der vereinbarte Leistungsumfang kann dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, in bestimmten Bereichen dahinter zurückbleiben oder darüber hinausgehen; der Versicherungsnehmer kann bei Abschluss des Vertrags über den Leistungsumfang entscheiden. Aus Sicht der Bundesregierung hat sich dieses für die private Krankenversicherung konstitutive Prinzip grundsätzlich bewährt.

§ 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes, der für die private Krankenversicherung die zum 1. Januar 2009 eingeführte Versicherungspflicht regelt, verlangt allerdings den Abschluss einer Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für die tariflich vorgesehenen Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt sind. Insoweit sind auch in der privaten Krankenversicherung gewisse Mindestleistungen gesetzlich vorgegeben. Darüber hinaus haben privat Versicherte unter den in § 193 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes genannten Voraussetzungen Zugang zum sog. Basistarif, dessen Leistungsumfang mit jenem der gesetzlichen Krankenversicherung nach Art, Umfang und Höhe vergleichbar ist; dort sind daher auch psychotherapeutische Leistungen umfasst.

Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung keinen gesetzlichen Anpassungsbedarf, zumal etliche Versicherungsunternehmen derzeit – wie in der Vorbemerkung der Fragesteller ausgeführt – dazu übergehen, in den von ihnen angebotenen Tarifen künftig bestimmte Mindestleistungen vorzusehen.

18. Wenn solche oder ähnliche Absprachen der PKV-Unternehmen bezüglich ihrer Leistungen stattfinden, könnte dies nach Ansicht der Bundesregierung kartellrechtlich relevant sein?
19. Prüft das Bundeskartellamt diese Vorgänge?
Wenn nein, weshalb nicht?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis oder Zwischenstand?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Frage 18 ist hypothetischer Natur. Das Bundeskartellamt hat derzeit keine Erkenntnisse, dass Absprachen über die Mindestleistungen in der privaten Krankenversicherung stattgefunden haben.

