

## Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Lieselott Blunck (Uetersen), Angelika Barbe, Ingrid Becker-Inglau, Hans Gottfried Bernrath, Peter Büchner (Speyer), Dr. Ulrich Böhme (Unna), Dr. Marliese Dobberthien, Monika Ganseforth, Lothar Ibrügger, Dr. Uwe Jens, Dr. Karl-Heinz Klejdzinski, Walter Kolbow, Rolf Koltzsch, Horst Kubatschka, Brigitte Lange, Michael Müller (Düsseldorf), Doris Odendahl, Dr. Eckhart Pick, Dr. Sigrid Skarpelis-Sperk, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Uta Titze-Stecher, Gudrun Weyel, Verena Wohleben, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD  
— Drucksache 12/4156 —

### Private Krankenversicherung II: Seniorentarife

Die in der letzten Zeit stark gestiegenen Beitragssätze für ältere Versicherte werfen zunehmende Probleme auf. In der öffentlichen Diskussion wird bereits über individuelle Beiträge von mehr als 1 000 DM und Beitragssteigerungen von bis zu rd. 50 % berichtet. Angesichts der fehlenden Berücksichtigung der Einkommenshöhe in der privaten Krankenversicherung (PKV) können diese Beitragsaufschläge zu Belastungen führen, die die Grenze der Sozialverträglichkeit deutlich überschreiten. Grund für diese Anpassungen sind die ungenügende Berücksichtigung der gestiegenen Lebenserwartung, von Kostenfolgen veränderter Behandlungsmethoden und neuer Krankheiten bei der Bildung der Altersrückstellungen.

Außerdem wurden diese Altersrückstellungen bis vor kurzem mit nur 3,5 %, gegenwärtig mit 4,5 % verzinst. Differenzbeträge zum Marktzins verbessern die Gewinnsituation der Versicherungsunternehmen.

Den Versicherten stehen in der Regel keine Alternativen offen. Der Eintritt oder die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist grundsätzlich versperrt. Ein Wechsel zu einem anderen Privatversicherer ist de facto unmöglich, da dessen Prämien wegen der fehlenden Mitnahmemöglichkeit der Altersrückstellungen über denen des bisherigen Versicherers liegen. Die Problematik der Seniorentarife wird sich wegen des steigenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung weiter zuspitzen. Eine sozialverträgliche Lösung muß daher möglichst rasch gefunden werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Liberalisierung des europäischen Versicherungsmarktes durch die dritte Richtliniengeneration die nationalen Einflußmöglichkeiten beschränkt und hier erforderlichenfalls Änderungen auf EG-Ebene vorgenommen werden müssen.

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen vom 30. April 1993 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

1. a) Wie setzt sich der Bestand aller privat Kranken-Vollversicherten (außer Kindern und Studenten) altersmäßig zusammen (nach 5-Jahres-Gruppen, z. B. 30- bis 34-jährige usw. bis über 90-jährige)?

Gemäß dem Mikrozensus 1990 des Statistischen Bundesamtes setzt sich der Bestand der privaten Krankenversicherung (ca. 6 935 000 Personen) altersmäßig wie folgt zusammen:

unter 15:	17,49 %
15 bis unter 20:	4,76 %
20 bis unter 30:	10,87 %
30 bis unter 40:	19,71 %
40 bis unter 50:	19,91 %
50 bis unter 60:	12,84 %
60 bis unter 65:	4,51 %
65 und mehr:	9,91 %

Die Zahlen ohne Studenten liegen nicht vor.

- b) Welche Informationen liegen der Bundesregierung über die Entwicklung der Beitragssätze für ältere Versicherte in der privaten Krankenversicherung vor, insbesondere hinsichtlich der Steigerungsraten in den letzten Jahren, sowie zu den absoluten Beitragshöhen?

In der privaten Krankenversicherung gibt es keine Beitragssätze, da sich der Beitrag nicht auf eine bestimmte Größe, etwa das Einkommen bezieht. Die Beiträge sind abhängig vom Umfang des Versicherungsschutzes und von der bisher zurückgelegten Versicherungszeit beim Unternehmen (Vorversicherungszeit).

Die insbesondere aufgrund der – über die Jahre schwankenden – Kostensteigerungen auf dem Heilbehandlungssektor notwendigen Beitragserhöhungen hängen insbesondere ab von

- dem jeweiligen Leistungsversprechen des einzelnen Tarifs (z. B. ambulante, stationäre, Zahn- oder Tagegeldleistungen),
- dem Ausgangsmaterial bei der ursprünglichen Beitragskalkulation und den damals eingerechneten Sicherheiten,
- der Dauer des Versicherungsvertrages des einzelnen Versicherten,
- dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten,
- der Zusammensetzung des jeweiligen Versichertenbestandes (regionale, berufsmäßige usw.).

Die tatsächliche Beitragsentwicklung ist also in jedem der – über 1 000 zählenden – Tarife der PKV unterschiedlich verlaufen.

Statistisches Zahlenmaterial über die Steigerungsraten der Beiträge und die absoluten Beitragshöhen liegen der Bundesregierung nicht vor.

- c) Welche Entwicklungen der Beitragssätze sind aufgrund der altersmäßigen Zusammensetzung der privat Kranken-Vollversicherten (mit Ausnahme von Kindern und Studenten) für die Zukunft zu erwarten?

Das Kalkulationsmodell der privaten Krankenversicherung geht von lebenslang gleichbleibenden, allein vom Eintrittsalter und Geschlecht abhängigen Beiträgen aus. Dazu wird aus Teilen des anfangs überhöhten Beitrags – den Sparbeiträgen – im mathematischen Modell und unbeschadet der Tatsache, daß ein individueller Anspruch des einzelnen auf Auszahlung „seiner“ Rückstellung nach geltendem Recht nicht besteht, der abstrakt für den einzelnen Versicherten berechnete Anteil an der gesamten Alterungsrückstellung des Tarifs aufgefüllt. Diese verzinslich angelegten Beträge dienen in späteren Jahren dazu, daß die Beiträge nicht wegen des Älterwerdens erhöht zu werden brauchen.

Steigen aber allgemein die Krankheitskosten, muß aus diesem Grund das Beitragsniveau entsprechend erhöht werden. Dies ist in der Vergangenheit vielfach der Fall gewesen.

Welche Entwicklungen der Krankheitskosten und in ihrer Folge der Beiträge in Zukunft für die in der Regel lebenslang Versicherten zu erwarten sind, kann nicht vorausgesagt werden.

- d) Welche privat Vollversicherten haben eine Kranken-Tagegeldversicherung abgeschlossen?

Eine Krankentagegeldversicherung wird von erwerbstätigen Vollversicherten abgeschlossen, die damit ihren Verdienstaufschlag im Krankheitsfall absichern wollen. Es handelt sich dabei um Arbeiter, Angestellte und Selbständige. Ende des Jahres 1991 hatten nach Mitteilung des PKV-Verbandes 1 291 300 vollversicherte Personen eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen. Von diesen waren rd. 39,1 % Freiberufler oder Selbständige. 60,9 % waren Angestellte oder Arbeiter, deren Verträge in etwa 87,9 % aller Fälle Leistungen von der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit an vorsehen.

- e) Wie stellt sich die Situation in anderen EG-Ländern dar?

In den anderen EG-Ländern, mit Ausnahme der Niederlande, ist entweder die gesamte Bevölkerung in die Sozialversicherungspflicht einbezogen oder die medizinische Versorgung soll durch einen staatlichen Gesundheitsdienst gewährleistet werden. Infolge der allgemein zu beobachtenden Finanzierungsprobleme der staatlichen Systeme geht der Trend in diesen EG-Staaten zu immer spürbareren Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch private Zusatzversicherungen aufgefangen werden. Teilweise ist auch ein Ausweichen der Versicherten auf private Vollversicherungen zu beobachten, um außerhalb der staatlichen Versorgung behandelt werden zu können.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung der Beitragsätze insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Sozialverträglichkeit und angesichts der Tatsache, daß ein ausreichender und bezahlbarer Krankenversicherungsschutz gerade im Alter ein grundlegendes Bedürfnis ist?

Die Bundesregierung beobachtet mit großer Sorge die Beitragsentwicklung in der privaten Krankenversicherung. Die Krankheitskosten sind in den letzten Jahren stark angestiegen, so daß sich die Beiträge, insbesondere für ältere Personen, beträchtlich erhöht haben. Der Anstieg der Krankheitskosten ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß immer neue und teurere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entwickelt werden, die Krankenhauskosten (Pflegesätze) ständig ansteigen, die Medikamente teurer werden und höhere Arztkosten anfallen. Hinzu kommt das Ansteigen der Lebenserwartung, welches zu höheren Krankheitskosten führt, weil sich mit zunehmendem Alter die Behandlungsintensität erhöht.

In den letzten Jahren war zu beobachten, daß die Heilbehandlungskosten wesentlich stärker angestiegen sind als die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Während der Anstieg der Lebenshaltungskosten durch das ebenfalls steigende Einkommen im allgemeinen kompensiert wird, trifft dies für das Ansteigen der Heilbehandlungskosten größtenteils nicht mehr zu. Hier entsteht eine immer größere Deckungslücke, die hauptsächlich ältere Personen belastet, weil dieser aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Personenkreis im allgemeinen über ein geringeres Einkommen als während ihrer aktiven Zeit verfügt.

3. Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um das Problem älterer Menschen bei der Bezahlung ihrer Beiträge für private Kranken-Vollversicherungen zu lösen?

Schon in der Vergangenheit wurden erhebliche Teile auch des Zinsüberschusses durch zusätzlichen Einschluß in die Alterungsrückstellung insbesondere älterer, länger Versicherter verwendet. Darüber hinaus hat das Bundesaufsichtsamt in jüngerer Zeit bereits mit dem Rundschreiben R2/91 folgende Maßnahmen bekanntgegeben:

1. Künftig muß jährlich ein Betrag i. H. v. mindestens 1 % der jeweiligen „individuellen“ Alterungsrückstellung zur Beitragsermäßigung ab dem Alter 65 zugeführt werden.
2. Die Kosten dürfen nicht mehr in Prozent des Beitrages verteilt werden, sondern müssen in gleichen absoluten Beträgen auf alle Versicherungsverträge verteilt werden.

Darüber hinaus wird nach § 257 Abs. 2 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ab 1. Juli 1994 der Arbeitgeberzuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag vom Angebot eines Standardtarifs abhängig gemacht, der einen ebenso ausreichenden wie kostengünstigen Versicherungsschutz bieten soll. Der Versicherte hat ein außerordentliches Kündigungsrecht, wenn das Unternehmen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2 a SGB V nicht erfüllt.

Dadurch sollen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung veranlaßt werden, Leistungen anzubieten, die denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Als Beitragsobergrenze ist der durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen vorgeschrieben, überschießende Beträge sind unternehmensübergreifend auszugleichen.

4. Wie werden bei der geschäftsplanmäßigen Kalkulation der Prämien von privaten Kranken-Vollversicherungen und bei der Festsetzung von Zuschlägen für die höheren Krankheitskosten wegen des Alterwerdens der Versicherten mögliche Kostensteigerungen, die steigende Lebenserwartung und Fortschritte in allen Bereichen der Medizin berücksichtigt bzw. wie sollten sie berücksichtigt werden?

Bei der geschäftsplanmäßigen Kalkulation der Prämien von privaten Krankenversicherungen einschließlich der Sparbeiträge zur Bildung der Alterungsrückstellung wird von den im betreffenden Tarif in den letzten Jahren anfallenden – nach Alter und Geschlecht auf gegliederten – jeweils durchschnittlichen Jahresschäden ausgegangen. Diese werden so extrapoliert, daß sie mindestens ein Jahr nach Einführung der neuen Beiträge ausreichen (Trendeinrechnung). Bleiben die allgemeinen Kosten auf dem Heilbehandlungssektor danach unverändert, brauchen die Beiträge später nicht verändert zu werden.

Bei neuen Tarifen werden die als Erwartungswerte dienenden extrapolierten Leistungen aus ähnlichen Tarifen zugrunde gelegt und entsprechend dem veränderten Leistungsversprechen modifiziert. Weitere Zuschläge für die höheren Kosten wegen des Alterwerdens der Versicherten werden nicht eingerechnet und sind auch nicht notwendig, da das Kalkulationsmodell von künftig gleichbleibenden Beiträgen ausgeht und dem Alterwerden der Versicherten durch Bildung der Alterungsrückstellung insoweit Rechnung getragen wird. Zeitlich entferntere Kostensteigerungen, sowie in ferner Zukunft liegende mögliche Fortschritte in allen Bereichen der Medizin, werden von den Versicherern in aller Regel nicht berücksichtigt.

Dieses Verfahren entspricht auch der Beitragsanpassungsklausel, die üblicherweise in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten ist. Über zukünftige Veränderungen der Versicherungsleistungen kann für den grundsätzlich lebenslangen, also über mehrere Jahrzehnte andauernden Versicherungsschutz keine gesicherte Voraussage getroffen und allenfalls spekuliert werden; denkbar sind neben hohen oder niedrigen Kostensteigerungen auch Kostendämpfungen, z. B. aufgrund eventuell notwendiger gesetzlicher Einschränkungen für die Vergütung der Leistungserbringer (Ärzte, Pharmawirtschaft etc.). Die steigende Lebenserwartung der Versicherten ist durch vorgeschriebene Verwendung einer aktuellen Sterbetafel für die Kalkulation berücksichtigt.

5. a) Welche (gesetzlichen) Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um zukünftig derartige Beitragssprünge zu verhindern, und zu erreichen, daß Beiträge auch im Alter in einer sozial akzeptablen Relation zum Einkommen stehen?

Im Rahmen der Transformierung der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie wird überlegt, für die substitutive Krankenversicherung, d. h. eine Versicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Versicherung zu ersetzen, bestimmte Maßnahmen im Gesetz vorzuschreiben. Nach derzeitigen Überlegungen kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- a) Die Krankenversicherungsbeiträge für neue Verträge müssen so berechnet werden, daß sie sich mit Vollendung des 65. Lebensjahres der Versicherten um 50 % der zu diesem Zeitpunkt zu zahlenden Beiträge ermäßigen. Nach diesem Zeitpunkt anfallende Beitragserhöhungen können aus Überschußmitteln begrenzt werden. Zu diesem Zweck soll eine Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter vorgesehen werden, die aus Mitteln der Rückstellung für Beitragsrückerstattung finanziert werden könnte.
- b) Für die bereits bestehenden Verträge können Beitragsbegrenzungen für ältere Versicherte aus Überschußmitteln finanziert werden, und zwar in noch höherem Umfange als bisher. Hierzu sollen Abrechnungsverbände vorgeschrieben werden mit dem Ziel, die Abrechnungsüberschüsse, insbesondere unter Berücksichtigung der Erträge aus Kapitalanlagen der Alterungsrückstellung des jeweiligen Abrechnungsverbandes, zuzuführen.

- b) Welche politischen Eingriffsmöglichkeiten verbleiben nach Umsetzung der dritten Richtliniengeneration im Versicherungswesen?

Sind diese Spielräume nach Auffassung der Bundesregierung ausreichend, und welchen politischen Handlungsbedarf auf europäischer Ebene leitet sie gegebenenfalls hieraus ab?

Die Umsetzung der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie hat eine weitgehende Deregulierung zur Folge. Die Genehmigung der Versicherungsbeiträge durch die Aufsichtsbehörde entfällt künftig.

Für die substitutive Krankenversicherung kann weiterhin eine Kalkulation nach Art der Lebensversicherung verlangt werden. Die vorgenannten Maßnahmen für die substitutive Krankenversicherung sollen im Versicherungsaufsichtsgesetz festgeschrieben werden. Nach Umsetzung der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie können Änderungen hierzu nur im Wege der Änderung des Gesetzes durchgeführt werden.

Die vorgenannten Überlegungen dürften nach Einschätzung der Bundesregierung geeignet sein, für neue Verträge das Problem der Beitragssteigerung im Alter weitgehend zu entschärfen, sofern die derzeitige Kostenentwicklung auf dem Heilbehandlungssektor sich nicht wesentlich verschlechtert. Für den vorhandenen Altbestand läßt sich dagegen eine Zukunftsprognose nicht abgeben. Bei ausreichend hohen Überschüssen der Krankenversicherer ist allerdings eine wesentliche Entspannung auch für den Altbestand zu erwarten. Das setzt allerdings voraus, daß der im Rahmen der Kalkulation verwendete Rechnungszinssatz von 3,5 % nicht angehoben wird, weil nach dem vorgesehenen Modell

Beitragsbegrenzungen für den Altbestand im wesentlichen aus den darüber hinausgehenden Zinserträgen finanziert werden können.

6. Warum läßt die Bundesregierung zu, daß die privaten Krankenversicherungsunternehmen ihr Problem, bezahlbare Beiträge für ältere Versicherte mit dem Kapitaldeckungsverfahren nicht kalkulieren zu können, mit dem Umlageverfahren, also mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lösen wollen (neuer Standardtarif mit Höchstbeiträgen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung und einer Branchenumlage für kalkulatorisch fehlende Beitragsspitzen)?
7. Sieht die Bundesregierung für den neuen PKV-Standardtarif das Problem einer „Vergreisung“ der PKV bzw. ein demographisches Problem, wenn es weniger junge PKV-Versicherte geben sollte (z. B. durch Geburtenrückgang und/oder durch – wegen notwendiger Beitragserhöhungen – weniger Übertritten von der GKV in die PKV)?

Der Standardtarif wurde vom Gesetzgeber vorgesehen, um den älteren Versicherten die Gewißheit zu verschaffen, sich im Alter für ein preisgünstigeres Tarifwerk bei dennoch ausreichenden Leistungen entscheiden zu können. Er hat damit eine Möglichkeit genutzt, die ihm nach der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie ausdrücklich verblieben ist. Der Standardtarif soll, wie das übrige Tarifwerk der PKV, nach dem Kapitaldeckungsverfahren und nicht nach dem Umlageverfahren kalkuliert werden. Es ist davon auszugehen, daß die Standardtarifbeiträge der Unternehmen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht erreichen werden. Erst für den Fall, daß diese eintreten sollte, ist ein Spitzenausgleich der sehr unterschiedlichen Altersstruktur vorgesehen. Die Einzelheiten müssen noch zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. geklärt werden.

Es läßt sich zwar nicht ausschließen, daß künftige Kostensteigerungen einen Umlagebedarf notwendig machen, um die Beitragsgarantie einhalten zu können. Da jedoch auch in der gesetzlichen Krankenversicherung die Aufwendungen für Leistungen steigen und die Beitragsbemessungsgrenze im allgemeinen jährlich erhöht wird, unterliegt auch der durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechenden Veränderungen.

8. Hält die Bundesregierung § 8 a der Bedingungen für Krankenversicherungen, wonach Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der Versicherten ausgeschlossen erscheinen, für vereinbar mit dem AGB-Gesetz?

Nach § 8 a Abs. 2 Satz 3 der Musterbedingungen in der Krankenversicherung ist eine Erhöhung der Beiträge wegen des Älterwerdens der Versicherten ausgeschlossen, soweit nach dem Geschäftsplan eine Deckungsrückstellung (Alterungsrückstellung) hierfür zu bilden ist. Durch das Wort „soweit“ wird zum Ausdruck gebracht, daß eine Beitragserhöhung wegen des Älterwerdens

nur in dem Umfange ausgeschlossen ist, in dem eine Deckungsrückstellung zu bilden ist. Das ergibt sich aus dem Zweck dieser Deckungsrückstellung. Für das mit dem Älterwerden wachsende Krankheitsrisiko wird eine Rückstellung in der Höhe gebildet, die den aktuellen Kalkulationsannahmen entspricht. Veränderungen gegenüber den der Kalkulation zugrundeliegenden Annahmen, die zu Mehrleistungen des Versicherers führen, sind jedoch bei der Berechnung der Beiträge und damit bei der Bildung der Deckungsrückstellung noch nicht berücksichtigt worden. Für diese Mehraufwendungen ist eine Erhöhung der Beiträge aber nicht ausgeschlossen, weil insoweit noch keine Deckungsrückstellung gebildet worden ist.

Nach Auffassung der Bundesregierung verstößt die vorgenannte Bestimmung des § 8 a der Musterbedingungen nicht gegen das AGB-Gesetz.

9. Warum wurde der Krankenversicherungsschutz, der unter sozialen Gesichtspunkten grundlegende Bedeutung hat, privaten Versicherungsunternehmen überlassen, die ihre Beiträge nach dem Kapitaldeckungsverfahren kalkulieren, das wegen der unbekannten Einflußgrößen auf Krankenkosten in der Zukunft (z. B. allgemeine und besondere Kostenentwicklung, Fortschritte in allen Bereichen der Medizin, Lebenserwartung) das Problem hoher und damit schwer oder nicht bezahlbarer Beiträge nie gänzlich lösen kann?

Dem Kapitaldeckungsverfahren steht das Umlageverfahren gegenüber. Das Umlageverfahren hat folgenden Nachteil: Die jüngeren, guten Risiken müssen die älteren, schwereren Risiken mitfinanzieren. Verringert sich der Anteil an jüngeren Versicherten im Verhältnis zu den älteren, führt dies automatisch zu einer Erhöhung des Durchschnittsbeitrages. Ein solches Beitragssystem wäre nur vertretbar, wenn ein ausreichender Neuzugang garantiert wäre. Anderenfalls bestünde die Gefahr der Überalterung des Versicherungsbestandes („Vergreisung“). Ein stetiger Neuzugang an jungen Versicherten kann aber – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Versicherungspflicht – in der privaten Krankenversicherung nicht garantiert werden. Mit einem Umlageverfahren bzw. mit einem Durchschnittsbeitrag läßt sich das Problem der älteren Versicherten in der privaten Krankenversicherung nicht lösen.

Nach Auffassung der Bundesregierung besteht keine Notwendigkeit, den Krankenversicherungsunternehmen den Betrieb der Krankheitskosten-Vollversicherung nach Art der Lebensversicherung nicht mehr zu gestatten. Nach Artikel 54 der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie darf Deutschland für die substitutive Krankenversicherung auch weiterhin verlangen, daß diese nach Art der Lebensversicherung betrieben werden muß. Wie in der Antwort zu Frage 5 ausgeführt worden ist, soll durch eine gesetzliche Regelung für die substitutive Krankenversicherung erreicht werden, daß sich das Problem der hohen Beiträge für ältere Versicherte weitgehend entschärft.



10. In welchen EG-Mitgliedstaaten wird eine Vollversicherung durch Privatversicherer angeboten?

Gedenkt die Bundesregierung, die private Krankenvollversicherung mit ihrem Kapitaldeckungsverfahren und hohen Beiträgen für alte Menschen als Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung mit ihrem Umlageverfahren und niedrigen Beiträgen für ältere Menschen – wie in fast allen westlichen Ländern – abzuschaften?

Die Beseitigung des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV läge nicht im Interesse der Versicherten, ganz abgesehen davon, daß der Verzicht auf den überproportionalen Finanzierungsanteil der Privatversicherten am Gesundheitswesen zusätzliche Belastungen für die GKV nach sich ziehen könnte. Vorzuziehen ist eine aus den Erfahrungen erwachsene ständige Verbesserung beider Versicherungsformen, da es ein Patentrezept für die Regelung des Gesundheitswesens nicht gibt.

Im übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 e) verwiesen.

11. Warum werden die aus Versichertengeld aufgebauten Altersrückstellungen steuerlich als Vermögen der privaten Krankenversicherungsunternehmen behandelt und nicht als externes Sondervermögen?

Die Alterungsrückstellung ist in aller Regel mit ihrem Ansatz in der Handelsbilanz, d. h. in dem vom BAV geschäftsplanmäßig genehmigten Umfang, auch in der Steuerbilanz auszuweisen. Ebenso ist die Alterungsrückstellung in vollem Umfang als versicherungstechnische Rückstellung bei der Einheitsbewertung des Betriebsvermögens abzuziehen. Die Frage des Sondervermögens stellt sich somit nur bei der Gewerbesteuer. Nach aufsichtsrechtlicher Praxis ist die Alterungsrückstellung ebenso wie die Deckungsrückstellung in der Lebensversicherung mit Vermögenswerten, die der Aufsicht eines Treuhänders unterliegen – dem sog. Deckungsstock –, zu bedecken. Nach ständiger Rechtsprechung sind wegen der Natur dieses Deckungsstocks als Sondervermögen keine Dauerschulden anzunehmen.

12. Warum müssen private Krankenversicherungsunternehmen Steuern auf überhöhte Rückstellungen bezahlen, die zwar aufgrund der vergangenen oder gegenwärtigen Einflußfaktoren zu hoch sind, nicht aber, wenn man die vorliegenden Erkenntnisse über sich abzeichnende allgemeine und besondere Kostenentwicklungen fortschreibt?

Private Krankenversicherungsunternehmen haben – entgegen der Annahme in der Anfrage – keine Steuern wegen nicht an die künftige Kostenentwicklung angepaßter Rückstellungen zu zahlen. Nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 KStG haben sie nämlich nur den Jahresüberschuß nach Abzug der Zuführungen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB), zumindest aber den Nettoertrag des Betriebsvermögens (das sind die Kapitalerträge aus der Bewirtschaftung des Eigenkapitals) und den Überschuß aus dem versicherungsfremden Geschäft, zu versteuern.

13. Wie hoch sind die stillen Reserven aus der Anlage der Beitragszuschläge für Altersrückstellungen?

Die stillen Reserven aus den „Anlagen für Alterungsrückstellungen“ sind nicht bekannt. Sie lassen sich auch nicht ermitteln, da den Beitragszuschlägen nicht bestimmte, einzeln zuordenbare Kapitalanlagen gegenüberstehen. Darüber, ob und in welcher Höhe Vermögenswerte eines Versicherers stille Reserven beinhalten, könnte allenfalls das einzelne Unternehmen für seine Verhältnisse Auskunft geben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, daß eventuelle stille Reserven bei den Anlagen in festverzinslichen Wertpapieren, auf die 82 % aller Anlagen der PKV entfallen, sich nach Ende der Laufzeit auflösen. Die Anlagen in Grundbesitz spielen in der PKV mit einem Anteil von 7 % nur eine untergeordnete Rolle. Es handelt sich zudem im wesentlichen um Immobilien für den eigenen Bedarf.

14. Warum müssen private Krankenversicherungsunternehmen nicht alle Erträge aus Beitragsüberschüssen den Altersrückstellungen zuführen, sondern nur 4,5 % (bis 1992 nur 3,5 %) der Altersrückstellungen?

Bei der Prämienkalkulation und der Berechnung der Alterungsrückstellung ist der Tatsache Rechnung zu tragen, daß durch die Reservierung der in der Prämie enthaltenen Sparteile zinstragende Vermögensansammlungen entstehen. Es ist deshalb nötig, einen kalkulatorischen Rechnungszinsfuß einzubeziehen, um den die Alterungsrückstellung abgezinst, d. h. gekürzt wird und der im Hinblick auf die Langfristigkeit der Verträge und die Gewährleistung ihrer dauernden Erfüllbarkeit vorsichtig angesetzt werden muß. In der Krankenversicherung ist der Rechnungszinsfuß mit maximal 3,5 % verbindlich vorgeschrieben. Die darüber hinaus am Kapitalmarkt erzielten Überzinsen werden branchenweit zu über 80 % den Versicherten in Form von Beitragsrückerstattungen gutgebracht.

15. Wie rechtfertigt die Bundesregierung, daß die in der PKV derzeit unverbrauchten Altersrückstellungen (bei Kündigung oder Tod in jungen Jahren) nicht als Eigentum des einzelnen Versicherten behandelt, sondern dem Vermögen der Gesellschaften bzw. der Versicherungsgemeinschaft zugeschlagen werden?

In der PKV wird nach Risikogruppen kalkuliert. Für diese wird der Beitrag berechnet. Dies gilt auch für den Teil, der der Alterungsrückstellung zuzuführen ist. Die Alterungsrückstellung ist somit immer dem Kollektiv zuzurechnen.

Ob auch für die PKV der Rückkaufwert eingeführt werden sollte, ist schon verschiedentlich geprüft worden. Ihn gibt es bei Versicherungsformen, bei denen der Sparprozeß im Vordergrund steht, insbesondere bei der Kapital-Lebensversicherung. Unbekannt ist er bei Versicherungen, die in erster Linie den Charakter der Risikoabdeckung haben, wie etwa bei Berufsunfähigkeitsver-

sicherung und auch bei der Krankenversicherung. Besonders intensiv hat sich das Siebente Hauptgutachten der Monopolkommission vom 6. Juli 1988 mit der Frage auseinandergesetzt, ob der Versicherungswechsel nicht durch die Mitgabe der Alterungsrückstellung erleichtert werden könnte. Es ist zu dem Ergebnis gelangt, daß die Einführung des Rückkaufwertes in der PKV systemwidrig wäre. Wechseln könnten nämlich nur die guten Risiken, die schlechten fänden keinen Versicherer. Das Resultat wäre eine massive Risikoselektion, von der vor allem die kranken und älteren Versicherten betroffen wären. Die Rückkaufmöglichkeit würde deshalb dem Schutzauftrag der PKV zuwiderlaufen.

Die durch das Ausscheiden von Versicherten freiwerdenden Alterungsrückstellungen kommen im übrigen zur Gänze der Versichertengemeinschaft zugute, und zwar durch entsprechend niedrigere Beiträge. Würde bei der Kalkulation auf das Einrechnen etwa der Stornowahrscheinlichkeit verzichtet werden, müßten die Versicherungsbeiträge erheblich erhöht werden, um die Alterungsrückstellung des Bestandes auf die notwendige Höhe auffüllen zu können.

16. Wie hoch sind die effektiven Erträge der privaten Krankenversicherungsunternehmen (ohne jegliche Abzüge)?

Zum 31. Dezember 1991 beliefen sich die gesamten versicherungstechnischen Bruttoerträge der unter Bundesaufsicht stehenden Krankenversicherer auf 23 637 Mio. DM (davon Bruttoerträge aus Kapitalanlagen: 3 259 Mio. DM). Dem standen versicherungstechnische Bruttoaufwendungen in Höhe von 21 711 Mio. DM gegenüber.

17. Wie hoch sind die jährlichen Abschreibungen privater Krankenversicherungsunternehmen auf Grundstücke, Wertpapiere und Beteiligungen?

Die Abschreibungen aller privaten Krankenversicherungsunternehmen beliefen sich in den Jahren (Angabe in Mio. DM):

Bereich	1991	1990
Grundstücke	79	75
Wertpapiere einschließlich Aktien und Anteile an Wertpapiersondervermögen	31	283
Beteiligungen	0	7
Summe in Mio. DM	110	365

18. Wie hoch sind die Altersrückstellungen aller privaten Krankenversicherungsunternehmen?

Die Alterungsrückstellungen aller privaten Krankenversicherungsunternehmen betrugen zum 31. Dezember 1991 insgesamt 33 528 Mio. DM.

19. Warum werden die stillen Reserven in den Vermögensanlagen der privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht aufgelöst oder den PKV-Versicherten z. B. durch Genußscheinausgabe gutgebracht?

Stille Reserven bilden sich infolge der gesetzlichen Bilanzierungsvorschriften des HGB. Diese Bilanzierungsvorschriften beruhen auf dem Vorsichtsprinzip.

Es ist zwar richtig, daß die Auflösung stiller Reserven der Versichertengemeinschaft – und dabei vor allem den älteren Versicherten – zugute kommt (z. B. als Einmalbetrag aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattungen zur Milderung von erheblichen Beitragserhöhungen). Es würde jedoch dem Vorsichtsprinzip und den Grundsätzen einer flexiblen, optimalen Anlagepolitik, d. h. den Grundsätzen des § 54 Abs. 1 VAG widersprechen, wenn die Krankenversicherungsunternehmen gezwungen würden, stets ihre stillen Reserven aufzulösen. Dies würde dazu führen, daß die Kapitalerträge zwar kurzfristig höher, in der Folgezeit jedoch beachtlich niedriger ausfallen. Die Auflösung stiller Reserven ist kein geeignetes Mittel, die Finanzierung zumutbarer Beiträge älterer Versicherter zu gewährleisten.

Im übrigen wird auf die Antwort zu Frage 13 verwiesen.

20. Warum schreibt die Bundesregierung nicht vor, daß Versichertengelder in Form eines Sondervermögens gehalten werden, um die in den vorangehenden Fragen aufgeführten Probleme anzugehen?

Versichertengelder in dem Sinne, daß das Versicherungsunternehmen fremdes Vermögen verwaltet, gibt es in der Krankenversicherung nicht. Die vom Versicherer vereinnahmten Beiträge sind das Entgelt für den vertraglich zugesagten Versicherungsschutz. Teile dieses Entgelts werden vom Versicherer reserviert zur Erfüllung künftiger Verpflichtungen aus den am Bilanzstichtag abgeschlossenen Versicherungsverträgen.

Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß auch ein – außerhalb eines Versicherungsunternehmens gehaltenes – Sondervermögen wirtschaftlich kein besseres Ergebnis erbringen könnte. Insbesondere könnten damit nicht die dringend benötigten neuen Mittel für die Limitierung der Beiträge der älteren Versicherten aufgebracht werden.

21. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, damit die gesetzliche Krankenversicherung nicht durch PKV-Versicherte geschädigt werden kann, die im Alter durch kurzfristige, möglicherweise nur zum Schein eingegangene Beschäftigungsverhältnisse in die GKV und damit in die Krankenversicherung der Rentner zurückkehren?
22. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, damit Familienmitglieder eines selbständigen PKV-Versicherten, die eigentlich in der PKV versichert werden müßten, nicht durch Schein-Arbeitsverhältnisse zu Versicherungspflichtigen gemacht werden, die teilweise nur geringe Beiträge zu zahlen haben, die der selbständige PKV-Versicherte zusätzlich als Betriebsausgabe verbucht?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß Personen, die während ihres Erwerbslebens in der privaten Krankenversicherung versichert waren, im Alter keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben dürfen. Aus diesem Grunde wurden die für die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner notwendigen Vorversicherungszeiten bereits mit dem Gesundheits-Reformgesetz geändert: Seit dem 1. Januar 1989 setzt die Versicherungspflicht als Rentner voraus, daß diese Personen in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens mindestens neun Zehntel dieser Zeit als Mitglied oder als Familienangehörige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V). Die vorherige Regelung, nach der eine Vorversicherungszeit auch in der ersten Hälfte des Erwerbslebens erfüllt werden konnte, gilt im Rahmen einer Übergangsregelung nur noch bis zum 31. Dezember 1993 (Artikel 56 Abs. 1 Gesundheits-Reformgesetz).

Mit dem Ziel, das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu stärken und die Beitragsbelastung der Versicherten gerechter zu gestalten, sind diese Vorversicherungszeiten durch das Gesundheits-Strukturgesetz nochmals verändert worden. Seit dem 1. Januar 1993 setzt eine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner voraus, daß auch die Vorversicherungszeiten auf einer Pflichtmitgliedschaft beruhen. Damit wurden auch den PKV-Versicherten der Zugang zur beitragsgünstigen Krankenversicherung der Rentner erheblich eingeschränkt.

Ein freiwilliger Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung ist nur innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach der Beendigung der Familienversicherung möglich (§ 9 Abs. 1 und 2 SGB V). Voraussetzung ist außerdem eine Vorversicherungszeit, die mit dem Gesundheits-Strukturgesetz ebenfalls verdoppelt worden ist: Bis zum 31. Dezember 1992 reichte eine Versicherungszeit von sechs Monaten unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder von zwölf Monaten in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden. Seit dem 1. Januar 1993 sind für den freiwilligen Beitritt zwölf Monate Versicherungszeit unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder 24 Monate Versicherungszeit in den letzten fünf Jahren erforderlich.

Mit dieser Neuregelung wird ein Wechsel von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung durch kurzzeitige Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung erheblich erschwert. Das gilt vor allem für Schein-Arbeitsverhältnisse, die eine Versicherungspflicht nicht begründen können. Ob ein Schein-Arbeitsverhältnis vorliegt, haben die Krankenkassen im Einzelfall zu prüfen. Auch im Rahmen von Betriebsprüfungen, zu denen die Krankenkassen im Rahmen der Beitragsüberwachung mindestens alle vier Jahre gesetzlich verpflichtet sind (§ 28 p SGB IV), sind Schein-Arbeitsverhältnisse als solche feststellbar.

Nach Auffassung der Bundesregierung sollte über weitere Zugangsbeschränkungen zur gesetzlichen Krankenversicherung erst entschieden werden, wenn hinreichende Erfahrungen mit den Neuregelungen des Gesundheits-Strukturgesetzes vorliegen.





