

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Stefan Schmidt, Lisa Paus,  
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 19/31257 –**

### **Prämienanpassungen und Unabhängigkeit von Treuhändern in der Privaten Krankenversicherung**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Prämien für die Private Krankenversicherung (PKV) waren im März 2021 durchschnittlich um 5,3 Prozent teurer als im Vorjahresmonat. Auch in der längerfristigen Betrachtung zeigt sich ein erheblicher Anstieg: Die Krankenversicherungsprämien erhöhten sich von Januar 2015 bis März 2021 überdurchschnittlich um 24,7 Prozent, wohingegen sich die Verbraucherpreise im gleichen Zeitraum um nur insgesamt 9,1 Prozent erhöhten (vgl. Statistische Bundesamt 2021 [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21\\_N025\\_611.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21_N025_611.html)).

Prämienerhöhungen in der Privaten Krankenversicherung und die Art und Weise, wie die Private Krankenversicherung ihre Beiträge festlegt, führen häufiger zu Streitfällen und landen vor Gericht.

Wie die Versicherten über Prämienanpassungen zu informieren sind, hat der Bundesgerichtshof mit den Urteilen vom 16. Dezember 2020 (IV ZR 294/19 und IV ZR 314/19) entschieden. Demnach muss der Versicherer die Rechnungsgrundlage (Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeit) nennen, deren Veränderung die jeweilige Prämienanpassung ausgelöst hat. Der Versicherer muss hingegen nicht mitteilen, in welcher Höhe sich diese Rechnungsgrundlage verändert hat und „hat auch nicht die Veränderung weiterer Faktoren, welche die Prämienhöhe beeinflusst haben, wie z. B. des Rechnungszinses, anzugeben“ (ebd.). Aus Sicht der Fragestellerinnen und Fragesteller bleiben die Gründe der Beitragsanpassung und die Kalkulation des Beitrags, selbst für den gut informierten und aufmerksamen Versicherten, noch zu intransparent.

Auch um die Frage nach der Unabhängigkeit von Treuhändern, die gemäß Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) den Auftrag haben, privat Krankenversicherte vor willkürlichen Beitragserhöhungen zu schützen, gab es juristische Auseinandersetzungen. Der Bundesgerichtshof (BGH) lehnte in seinem Urteil vom 19. Dezember 2018 (-IV ZR 255/17) die zivilrechtliche Überprüfbarkeit der Unabhängigkeit des Treuhänders in der PKV ab. Seien die Gutachterinnen und Gutachter durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistung (BaFin) geset-

zeskonform bestellt worden, seien sie nach dem VAG unabhängig. Die Kriterien, wonach ein Treuhänder nach § 157 VAG als unabhängig gilt, sowie die Verfahrensweise bei den Prüfungen der Unabhängigkeit der Treuhänder durch die BaFin halten die Fragestellerinnen und Fragesteller für fragwürdig.

Da die 43 privaten Krankenversicherer von nur insgesamt 16 Treuhändern geprüft werden (Stand: 2018, vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/1790), führt dies zu umfangreichen und langjährigen Treuhandmandaten für einzelne Unternehmen. Es ist somit möglich und nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller wahrscheinlich, dass die Treuhänder einen Großteil oder gar die Gesamtheit ihres Jahreseinkommens über Jahre hinweg durchgängig von nur einem oder wenigen Versicherungsunternehmen erhalten.

Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine auf Bundestagsdrucksache 19/1790 hat ergeben, dass die BaFin nicht untersucht, woher die Treuhänder ihr Einkommen beziehen. Auch ist nicht Gegenstand der Prüfung, ob eine frühere Anstellung bei einem der privaten Versicherer bestanden hat.

1. Wie viele Personen sind in Deutschland bei Unternehmen der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Tarifen versichert, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG (Krankenversicherungspflicht) genügen?
  - a) Wie viele dieser versicherten Personen sind beihilfeberechtigt?
  - b) Wie viele dieser versicherten Personen sind nicht beihilfeberechtigt?

Die Fragen 1 bis 1b werden gemeinsam beantwortet.

Zum Ende des Geschäftsjahres 2020 hatten rund 8,3 Millionen Personen eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem Unternehmen der PKV, das von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) beaufsichtigt wird. Ungefähr die Hälfte dieser Personen ist beihilfeberechtigt.

2. Wie viele Versicherungsunternehmen bieten aktuell Tarife der privaten Krankenversicherung an, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG (Krankenversicherungspflicht) genügen?

36 private Krankenversicherungsunternehmen unter Aufsicht der BaFin bieten entsprechende Tarife an.

3. In wie vielen Tarifwerken für eine substitutive Krankenversicherung sind bei den PKV-Unternehmen Personen versichert (bitte jeweils nach einzelnen Versicherern und der Zahl der Tarifwerke für nicht Beihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte aufschlüsseln)?
4. In wie vielen Tarifen für eine substitutive Krankenversicherung sind bei den PKV-Unternehmen Personen versichert (bitte jeweils nach einzelnen Versicherern und der Zahl der Tarife für nicht Beihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte aufschlüsseln)?
5. Wie viele Personen sind in einem Tarif versichert (bitte nach einzelnen Jahrgängen (versicherungstechnisches Alter der versicherten Person in Jahren) und jeweils unter Nennung des Tarifs mit den wenigsten Versicherten, den meisten Versicherten sowie unter Angabe der durchschnittlichen Personenzahl je Tarif aufschlüsseln)?

Die Fragen 3 bis 5 werden zusammen beantwortet.

Statistiken über die Anzahl der Tarifwerke bzw. Tarife und der Versicherten pro Tarif liegen nicht vor. Laut BaFin haben kleinere Versicherer weniger als 20 Tarife zur Krankheitskostenvollversicherung. Größere Krankenversicherer führen mitunter in mehreren hundert Tarifen Bestände.

6. Wie haben sich die Neuzugangsbeiträge in der PKV seit 2001 für Tarife, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG genügen, entwickelt (bitte nach Tarifen für nicht Beihilfeberechtigte und Beihilfeberechtigte und jeweils unter Angabe des Medians sowie des Durchschnitts der Prämienhöhe aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben vor.

7. Wie hoch ist aktuell die monatliche Prämienhöhe für die Versicherten in den PKV-Tarifen, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG genügen (bitte exemplarisch für ein mitgliederstarkes Versicherungsunternehmen (>1,5 Millionen Versicherte) angeben und dabei nach einzelnen Jahrgängen der versicherten Personen über 60 (versicherungstechnisches Alter der versicherten Person) sowie unter Nennung der niedrigsten Monatsprämie, der höchsten Monatsprämie, der durchschnittlichen Monatsprämie und dem Median der Monatsprämie je Altersgruppe aufschlüsseln)?

Es gibt einen Krankenversicherer mit mehr als 1,5 Millionen Versicherten. Exemplarisch werden daher die aggregierten Daten der 36 Unternehmen aus der Antwort zu Frage 2 herangezogen. Für die 8,3 Millionen versicherten Personen in der Krankheitskostenvollversicherung betrug im Jahr 2020 der kumulierte Monats-Sollbeitrag 2,2 Mrd. Euro. Der durchschnittliche Monats-Sollbeitrag pro Versichertem betrug 264 Euro. Eine Aufschlüsselung nach Altersgruppen liegt nicht vor.

8. Wie hoch waren die Prämienanpassungen in der Privaten Krankenversicherung, unter Berücksichtigung von Tarifen, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG genügen, prozentual pro Jahr durchschnittlich seit 2018?

Die durchschnittlichen relativen Prämienanpassungen für erwachsene Versicherte in der Krankheitskostenvollversicherung (ohne Versicherungen im Standard-, Basis- und Notlagentarif) sind in der folgenden Tabelle angegeben. In den Durchschnitt fließen nur die Versicherungen ein, bei denen im jeweiligen Jahr die Prämie angepasst wurde.

<b>Jahr</b>	<b>relative Prämienanpassung</b>
2018	6,8 %
2019	4,8 %
2020	5,1 %
2021	10,1 %

(Quelle: BaFin)

9. Wie hat sich seit 2001 bei den PKV-Unternehmen für die Tarife, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG (Krankenversicherungspflicht) genügen, der Rechnungszins entwickelt (bitte nach einzelnen Unternehmen aufschlüsseln)?
10. Wie haben sich seit 2001 bei den PKV-Unternehmen für die Tarife, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG (Krankenversicherungspflicht) genügen, die Überzinsen entwickelt (bitte nach einzelnen Unternehmen aufschlüsseln)?

Die Fragen 9 und 10 werden zusammen beantwortet.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung des durchschnittlichen Rechnungszinses und des durchschnittlichen Überzinses der PKV-Unternehmen, die im Bestand substitutive Krankenversicherungen haben. Die Angaben beziehen sich auf den Gesamtbestand der Versicherungen; für Teilbestände sind keine Angaben möglich.

<b>Jahr</b>	<b>Rechnungszins</b>	<b>Überzins</b>
2001	3,50 %	2,87 %
2002	3,50 %	1,08 %
2003	3,50 %	1,35 %
2004	3,50 %	1,28 %
2005	3,50 %	1,62 %
2006	3,49 %	1,33 %
2007	3,49 %	1,26 %
2008	3,49 %	0,04 %
2009	3,49 %	0,77 %
2010	3,49 %	0,74 %
2011	3,49 %	0,59 %
2012	3,49 %	0,72 %
2013	3,48 %	0,55 %
2014	3,46 %	0,45 %
2015	3,38 %	0,32 %
2016	3,26 %	0,45 %
2017	3,13 %	0,34 %
2018	2,99 %	0,04 %
2019	2,83 %	0,40 %

(Quelle: BaFin)

Angaben zu einzelnen PKV-Unternehmen werden in der Geheimschutzstelle des Deutschen Bundestages zur Verfügung gestellt. Die Höhe des durchschnittlichen Rechnungszinses und des Überzinses gehört zu den Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen der PKV-Unternehmen. Würde die Information über die Höhe des Überzinses veröffentlicht, könnten fachkundige Personen anhand der Jahresabschlüsse unmittelbar den mittleren Rechnungszins der einzelnen Unternehmen ableiten; umgekehrt könnten sie mit Kenntnis des mittleren Rechnungszinses unmittelbar auf den Überzins schließen. Damit erhielten speziell die PKV-Unternehmen vertiefte Einsicht in die Geschäftstätigkeit ihrer Mitbewerber. Die Informationen sind in der privaten Krankenversicherung wettbewerbsrelevant, weil im Rahmen der Beitragsanpassungen auch der Rechnungszins neu festgelegt wird. Ein Anbieter mit überdurchschnittlichem Rechnungszins in den verkaufsoffenen Tarifen könnte mit den neuen Erkenntnissen gezielt Kunden von einem Konkurrenten abwerben, der seinen Rechnungszins stark gesenkt und die Prämien entsprechend deutlich erhöht hat. Dazu wäre er auch in der Lage, wenn ihm nur die Zahlen aus der Vergangenheit, aber nicht die

Zahlen aus den letzten Jahren bekannt sind. Denn aus den bekannten Werten aus der Vergangenheit kann die weitere Entwicklung bis zur Gegenwart extrapoliert werden.

In einer Abwägung zwischen dem Fragerecht der Abgeordneten aus Artikel 38 Absatz 1 Satz 2 und Artikel 20 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes (GG) und den Grundrechten der einzelnen Anbieter (Schutz der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse nach Artikel 12 Absatz 1 GG und Schutz des Eigentums nach Artikel 14 GG) kann den widerstreitenden Interessen am besten durch eine Einstufung der Information und Bereitstellung in der Geheimschutzstelle des Deutschen Bundestages Rechnung getragen werden. Demgegenüber trägt die öffentliche Beantwortung in aggregierter Form sowohl den Informationsinteressen des Parlaments und der Abgeordneten als auch den grundrechtlich geschützten Interessen der betroffenen PKV-Unternehmen Rechnung.

11. Wie wirkt sich nach Ansicht der Bundesregierung das aktuelle Niedrigzinsumfeld auf die Kalkulation der Privaten Krankenversicherung aus, und plant die Bundesregierung, dieser Niedrigzinsphase durch eine Änderung der Rechtsvorschriften für die Alterungsrückstellungen und des gesetzlichen Zuschlags in der PKV zu begegnen?

Infolge des Niedrigzinsumfelds erzielen die Krankenversicherungsunternehmen weniger Kapitalerträge. Es sind daher höhere Prämien erforderlich, um die Leistungen und den Aufbau der Alterungsrückstellungen zu finanzieren. Die Bundesregierung plant in dieser Legislaturperiode keine Änderung der Rechtsvorschriften zur Kalkulation der privaten Krankenversicherung.

12. Wie viele Beschwerden gab es im Zusammenhang mit Prämienanpassungen in der Privaten Krankenversicherung (einschließlich Pflegeversicherung) bei der BaFin in den letzten fünf Jahren?
- a) Auf welche Aspekte der Prämienanpassung bezogen sich die Beschwerden im Einzelnen genau?
- b) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Beschwerdezahlen über Prämienanpassungen?
- c) Wie wurde vonseiten der BaFin auf welche Beschwerden reagiert, und wurden Maßnahmen ergriffen?

Wenn ja, welche, und bei wie vielen Beschwerden?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 12 bis 12c werden gemeinsam beantwortet.

Die Anzahl der Beschwerden über Prämienanpassungen, die die BaFin im jeweiligen Jahr bearbeitet hat, und der Anteil der begründeten Beschwerden sind in der folgenden Tabelle angegeben.

<b>Jahr</b>	<b>Anzahl Beschwerden</b>	<b>davon begründet</b>
2016	232	3
2017	349	8
2018	359	3
2019	313	4
2020	374	2

(Quelle: BaFin)

Der überwiegende Teil der Beschwerdefälle bezieht sich auf die nominelle Höhe der Prämienanpassung bzw. die nominelle Höhe der künftig zu entrichtenden Prämie. Eine detailliertere statistische Erfassung liegt nicht vor.

Die Anzahl der jährlichen Beschwerden ist sehr gering im Verhältnis zu den 8,3 Millionen Personen mit Krankheitskostenvollversicherung und weiteren privat versicherten Personen. Aus Sicht der Bundesregierung zeigt dies, dass den Versicherten grundsätzlich bewusst ist, dass die privaten Krankenversicherer ein Beitragsanpassungsrecht haben.

In der Beschwerdebearbeitung klärt die BaFin den Sachverhalt und prüft, ob der Versicherer zur Prämienanpassung berechtigt war und die aufsichtsrechtlichen Vorschriften eingehalten hat. Stellt sich heraus, dass dies nicht der Fall ist, handelt es sich um eine begründete Beschwerde. Der Versicherer muss dann seinen Fehler korrigieren.

13. Wie viele Beschwerden, bzw. Schlichtungsanträge sind im Zusammenhang mit Prämienanpassungen in der privaten Krankenversicherung (einschließlich Pflegeversicherung) beim PKV-Ombudsmann in den letzten fünf Jahren eingegangen, und wie viele Schlichtungsverfahren wurden in den letzten fünf Jahren durchgeführt?
  - a) Auf welche Aspekte der Prämienanpassung bezogen sich die Beschwerden bzw. Schlichtungsanträge im Einzelnen genau?
  - b) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Beschwerdezahlen über Prämienanpassungen bzw. aus der Zahl der Schlichtungsverfahren?
  - c) Wie waren jeweils die Ergebnisse der einzelnen Schlichtungsverfahren?

Die Fragen 13 bis 13c werden gemeinsam beantwortet.

Informationen zu den bearbeiteten Schlichtungsanträgen können den Tätigkeitsberichten des PKV-Ombudsmanns entnommen werden, <https://www.pkv-ombudsmann.de/schlichtungsstelle/taetigkeitsberichte/>. Prämienanpassungen sind nicht Schwerpunkt der Verfahren. Nach dem Tätigkeitsbericht 2020 betrafen lediglich 6 Prozent der Anträge, die im Bereich der Krankheitskostenvollversicherung gestellt wurden, eine Prämienanpassung.

14. Wie oft bezogen sich bei der BaFin eingegangene Beschwerden auf die Tatsache, dass Prämien bei der privaten Krankenversicherung zu Vertragsbeginn zu niedrig kalkuliert wurden und eine Erhöhung nur darauf abzielte, auf eine ausreichende Berechnungsgrundlage zu kommen?
  - a) Wie oft wurde eine derartige Beitragserhöhung nach § 155 Absatz 3 VAG oder nach den Bestimmungen im Versicherungsvertrag (VVG) für unwirksam erklärt?
  - b) Wie wurde vonseiten der BaFin auf die Beschwerden reagiert, und wurden Maßnahmen ergriffen?  
Wenn ja, welche?  
Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 14 bis 14b werden gemeinsam beantwortet.

In der laufenden Aufsicht und in der Beschwerdebearbeitung der BaFin ist kein Fall aufgetreten, in dem die Prämien zu Vertragsbeginn entgegen den geltenden Vorschriften kalkuliert waren.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

15. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Ergebnis der Umfrage von InsurTechs PBM, dass die Mehrheit der Versicherten die Gründe für Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung nicht nachvollziehen konnten bzw. die Versicherer bei ihrer Begründung der Beitragsanpassung „gern auf allgemeine, sowie wenig greifbare Formulierungen zurückgreifen“ (vgl. <https://www.versicherungsbote.de/id/4900926/Krankenversicherer-Beitragserhoehungen-unverstaendlich/>)?

Der Bundesgerichtshof hat mit den Urteilen vom 16. Dezember 2020 (IV ZR 294/19 und IV ZR 314/19) konkretisiert, wie die Versicherten über Prämienanpassungen zu informieren sind. Die Bundesregierung geht davon aus, dass alle Versicherungsunternehmen diese Urteile anwenden, wenn sie künftig ihre Versicherten über die Gründe einer Beitragsanpassung informieren.

16. Wie möchte die Bundesregierung in Zukunft sicherstellen, dass die Kostenkalkulation der privaten Krankenversicherer für die Versicherten transparent und nachvollziehbar ist?  
Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung diesbezüglich im Versicherungsvertragsgesetz?
17. Welche Kalkulationsparameter bei Prämienanpassungen existieren nach Kenntnis der Bundesregierung neben den beiden Parametern „Versicherungsleistungen“ oder „Sterbewahrscheinlichkeit“ (welche nach den BGH-Urteilen vom 16. Dezember 2020 (Az. IV ZR 294/19; IV ZR 314/19) als Begründung einer Prämienanpassung in der privaten Krankenversicherung angegeben werden müssen, sofern deren Veränderung die Prämienanpassung veranlasst hat)?
  - a) Wie bewertet die Bundesregierung aus Verbraucherschutzpolitischer Sicht, dass weitere Kalkulationsparameter als Begründung für Prämienanpassungen nicht angegeben werden müssen?  
Welche Konsequenzen zieht sie daraus?
  - b) Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Forderungen einiger Verbraucherschutzverbände (vgl. BdV e. V. <https://www.bunderversicherten.de/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/bundesgerichtshof-gibt-falsche-hoffnung-fuer-pkv-versicherte>), dass für eine transparente Kostenkalkulation neben der Angabe der Rechnungsgrundlage auch die Offenlegung weiterer Faktoren, welche die Prämienhöhe beeinflusst haben, wie z. B. des Rechnungszinses, notwendig wären, sowie die Angabe, in welcher Höhe sich die Rechnungsgrundlage verändert hat?

Die Fragen 16 bis 17b werden zusammen beantwortet.

Einerseits sind bei einer Prämienanpassung die Interessen des Versicherers zu berücksichtigen, der den Krankenversicherungsvertrag nicht kündigen kann, andererseits die Interessen der Versicherungsnehmer, vor ungerechtfertigten Beitragserhöhungen geschützt zu werden. Die Regelung des § 203 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) lässt deswegen eine Anpassung der Beiträge nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage zu. Die Prämie ist entsprechend den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen sind ausschließlich die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Ein unabhängiger Treuhänder muss die technischen Berechnungsgrundlagen geprüft haben und der Beitragsände-

zung zustimmen. Die VVG-Regelung zu Beitragsanpassungen ist aus Sicht der Bundesregierung zweckmäßig.

Einzelheiten zur Kalkulation in der privaten Krankenversicherung sind in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung geregelt. Einer Offenlegung der Prämienkalkulation (insbesondere der verwendeten Rechnungsgrundlagen) durch das Krankenversicherungsunternehmen stehen verfassungsrechtliche Bedenken entgegen; insoweit wird auf die Erläuterungen zum Geheimchutz in der Antwort zu den Fragen 9 und 10 verwiesen.

18. Was waren seit 2001 die Gründe für das Nichterteilen einer Zustimmung zu Prämienanpassungen seitens eines Treuhänders, und wie häufig wurden diese jeweils angeführt (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Der BaFin ist ein Fall aus dem Jahr 2016 bekannt. Aus Sicht des Treuhänders waren die Voraussetzungen für eine Prämienanpassung nicht erfüllt.

19. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen der Treuhänder seine Zustimmung zur Prämienanpassung nicht erteilt hat, weil er Fehler erkannt hat, die dem Versicherungsunternehmen im Zuge der durchzuführenden Nachkalkulation unterlaufen sind?
20. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen der Treuhänder seine Zustimmung zur Prämienanpassung nicht erteilt hat und das betroffene PKV-Unternehmen die Zustimmungserteilung gerichtlich durchzusetzen versucht hat?
21. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen der Treuhänder bei Auseinandersetzungen über die Voraussetzungen einer Prämienanpassung mit dem PKV-Unternehmen die Aufsichtsbehörde gemäß § 155 Absatz 3 Satz 5 VAG einschalten musste, damit diese die erforderlichen aufsichtsrechtlichen Maßnahmen ergreifen konnte, um eine den gesetzlichen Vorschriften entsprechende Prämienanpassung beim PKV-Unternehmen durchzusetzen?
22. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen der Treuhänder seine Zustimmung zur Prämienanpassung nicht erteilt hat, mit der Begründung, dass diese vor Vertragsbeginn zu niedrig kalkuliert wurde und die Erhöhung nur darauf abzielte, auf eine ausreichende Berechnungsgrundlage zu kommen?

Die Fragen 19 bis 22 werden zusammen beantwortet.

Der Bundesregierung sind jeweils keine Fälle bekannt.

23. Wie viele von der BaFin bestellte Treuhänder für Prämienänderungen prüfen die Beitragsanpassungen bei den PKV-Unternehmen aktuell?
  - a) In welchen Branchen waren die Treuhänder beschäftigt, bevor sie das Mandat des Treuhänders übernahmen?
  - b) Wie hoch ist der Frauenanteil unter den bestellten PKV-Treuhändern?
24. Wie viele PKV-Tarife, die den gesetzlichen Anforderungen an eine substitutive Krankenversicherung gemäß § 146 VAG (Krankenversicherungspflicht) genügen, muss ein von der Aufsichtsbehörde BaFin bestellter Treuhänder prüfen (bitte die gesamten Spannweite nennen)?



Die Fragen 23 bis 24 werden zusammen beantwortet.

Die Treuhänder werden von Versicherungsunternehmen bestellt und müssen vor der Bestellung der Aufsichtsbehörde benannt werden. Gegenwärtig sind 14 Treuhänder für Prämienänderungen in der privaten Krankenversicherung bestellt, davon zwei Frauen.

Die Treuhänder waren vor Übernahme des Mandats in der Versicherungsbranche beschäftigt bzw. für Versicherungsunternehmen freiberuflich tätig oder sie arbeiteten bei der Aufsicht, bei Beratungsunternehmen oder in der Wissenschaft.

Im Bereich der substitutiven Krankenversicherung werden jedes Jahr durchschnittlich mehr als 1.000 Tarife angepasst. Die Anzahl verteilt sich unterschiedlich auf die Krankenversicherungsunternehmen und ihre Treuhänder; auf die Antwort zu den Fragen 3 bis 5 wird verwiesen.

Zu beachten ist, dass bestimmte Rechnungsgrundlagen tarifübergreifend festgelegt werden und insoweit nicht für jeden Tarif gesondert geprüft werden müssen.

25. Reicht die Anzahl der eingesetzten Treuhänder nach Ansicht der Bundesregierung aus, um die Anzahl an einzelnen Tarifen in den PKV-Unternehmen zu prüfen und gleichzeitig die (wirtschaftliche) Unabhängigkeit der Treuhänder von den Versicherungsunternehmen zu gewährleisten?
26. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des Bundes der Versicherten e. V., dass die geringe Anzahl von eingesetzten Treuhändern in der Privaten Krankenversicherung problematisch ist (vgl. <https://www.bundderversicherten.de/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/bgh-lehnt-ueberpruefbarkeit-der-unabhaengigkeit-des-treuhaenders-ab>), und plant die Bundesregierung Maßnahmen, um der ebenda genannten verfehlten Fachkräftepolitik in der Versicherungsbranche zu begegnen?

Die Fragen 25 und 26 werden zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch künftig neue Treuhänder bestellt und ausreichend viele Treuhänder zur Verfügung stehen werden, damit alle Prämienanpassungen in der privaten Krankenversicherung ordnungsgemäß durchgeführt werden können. Was die Gewinnung von Fachkräften für die Versicherungswirtschaft im Allgemeinen betrifft, weist die Bundesregierung auf entsprechende Initiativen aus dem Versicherungsumfeld hin (z. B. von der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.).

27. Sieht die Bundesregierung Änderungsbedarf im Versicherungsaufsichtsgesetz in Bezug auf die Kriterien zur Unabhängigkeit des Treuhänders, nachdem der BGH mit seinem Urteil vom 19. Dezember 2018 (-IV ZR 255/17) die zivilrechtliche Überprüfbarkeit der Unabhängigkeit des Treuhänders in der PKV ausgeschlossen hat und diese Aufgabe ausschließlich der Aufsichtsbehörde zugesprochen hat?

Wenn ja, welchen?

Wenn nein, warum nicht?

Der BGH führt in Randnummer 62 seines Urteils aus, die Einhaltung des Unabhängigkeitserfordernisses sei durch die aufsichtsrechtlichen Kontrollinstrumente hinreichend gesichert. Gleichwohl überprüft die Bundesregierung laufend die Aufsichtsgesetze darauf, ob Änderungsbedarf besteht. Sie hat dabei auch die Vorschriften zum Treuhänder im Blick, weil die Unabhängigkeit des Treuhän-

ders wesentlich für das Vertrauen in die private Krankenversicherung ist. Es liegt auch im Interesse der Bundesregierung, wenn das Leitbild des Treuhänders weiter gestärkt wird.

28. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der BaFin (vgl. BaFin Journal Juli 2017, S. 24 f.), dass eine direkte oder analoge Anwendung der Kriterien nach § 319 des Handelsgesetzbuches (HGB) für die Unabhängigkeit für Wirtschaftsprüfer, wonach ein Wirtschaftsprüfer nicht mehr als unabhängig gilt, wenn er in den letzten fünf Jahren jeweils mehr als 30 Prozent der Gesamteinnahmen aus seiner beruflichen Tätigkeit von der zu prüfenden Gesellschaft bezogen hat, für Treuhänder in der PKV nicht in Betracht zu ziehen ist?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

29. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass das Kriterium einer Unabhängigkeit des Treuhänders nach § 157 Absatz 1 VAG gewahrt ist, wenn ein Treuhänder die Gesamtheit seines Jahreseinkommens von einem Versicherungsunternehmen bezieht?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht, und was wären dann geeignete Umsatzschwellen, ab denen die Unabhängigkeit nicht mehr gewahrt ist?

Die Fragen 28 und 29 werden zusammen beantwortet.

Die Frage, ob eine entsprechende Anwendung des HGB-Aufgreifkriteriums auf Treuhänder in Betracht kommt, muss unter aufsichtlichen Gesichtspunkten geprüft werden. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die BaFin eine umfassende Prüfung vorgenommen hat und darauf ihre Auffassung stützt.

Ob die Unabhängigkeit des Treuhänders gewahrt ist, wenn ein Treuhänder sein gesamtes Jahreseinkommen von einem Versicherungsunternehmen bezieht, kann vom Einzelfall abhängen und unterliegt der aufsichtlichen Beurteilung.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 27 verwiesen.

30. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass das Kriterium einer Unabhängigkeit des Treuhänders nach § 157 Absatz 1 VAG gewahrt ist, wenn ein Treuhänder bis zu 15 Jahre durchgängig für einen Versicherer tätig ist (vgl. z. B. Urteil des Landgerichts Frankfurt (Oder) vom 18. Januar 2018 zum Aktenzeichen: 14 O 203/16)?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

31. Hält die Bundesregierung ein rotierendes System, welches Versicherungsunternehmen verpflichtet, den oder die eingesetzten Treuhänder regelmäßig zu wechseln, um zu vermeiden, dass ein Treuhänder über sehr lange Zeiträume hinweg für nur ein Versicherungsunternehmen tätig ist, für zielführend, um eine Unabhängigkeit vom jeweiligen Versicherungsunternehmen sicherzustellen?

Wenn ja, warum, und welche Rotationszeiträume hielte sie dann für angemessen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 30 und 31 werden zusammen beantwortet.

Die Unabhängigkeit des Treuhänders muss im Einzelfall beurteilt werden. Im zitierten Gerichtsurteil kamen mehrere Momente zusammen, die zu der Einschätzung führten, dass der Treuhänder nicht unabhängig sei. Die lange Laufzeit des Mandats war für sich genommen nicht ausschlaggebend.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 27 verwiesen.

32. Inwiefern kann nach Ansicht der Bundesregierung durch potentielle Anschlussbeschäftigungen bei dem Versicherer, für den das Treuhandmandat ausgeführt wurde, die Gefahr von Interessenkonflikten bestehen, und inwiefern sieht die Bundesregierung einen Bedarf, eine „Cooling-Down“-Periode zwischen Treuhändermandat und Beschäftigungsverhältnis bei einem Versicherer festzuschreiben?

Da ein neuer Treuhänder bestellt werden muss, ist die Gefahr von Interessenkonflikten bei einer Tätigkeit des bisherigen Treuhänders im Unternehmen gering und eine Karenzzeit ist insoweit nicht erforderlich.

