

**Vereinigung unabhängiger Treuhänder
für die Private Krankenversicherung e.V.**

- im Folgenden kurz VuT genannt -

Notiz

zum Gespräch BaFin / VuT-Vorstand am 08.11.2019 in Bonn (11⁰⁰ - 13³⁰ Uhr)

(nur zum internen Gebrauch!)

BaFin-Teilnehmer: Herr Schedel, Frau Dickopf, Frau Roßbander, Herr Künzler, Herr Wendling

VuT-Teilnehmer: die Herren Richter, Dr. Heinemann und Rudolph

Herr Schedel begrüßt den Vorstand der VuT. Herr Richter dankt für die Einladung. Der Gesprächsverlauf orientiert sich an den vorher vereinbarten Themen.

1. Änderung von Mahnkosten

Mit Urteil 26 O 409/17 vom 28.03.2018 hat das LG Köln die in den Musterbedingungen MB/KK vorgesehenen Mindestmahnggebühren von 5 Euro als unzulässig angesehen. Die Konsequenzen wurden bereits im letzten Gespräch zwischen den Mitarbeitern der BaFin und dem Vorstand der VuT vom 04.04.2019 diskutiert.

Herrn Dr. Heinemann liegen zu diesem Thema keine neuen Informationen vor. Seines Wissens beschäftigt sich der PKV-Verband hiermit derzeit nicht. Die Rechtsgrundlage für eine Anpassung der AVB hinsichtlich der Regelungen zu den Mahnggebühren hält er für schwierig. Der § 203 Abs. 4 VVG komme hierfür nicht in Betracht. Eventuell könnte § 208 VVG hilfreich sein.

Zur Frage der Rechtsgrundlage sei die BaFin schon alleine dadurch involviert, als dass sie die Aufgaben des juristischen Treuhänders im Standardtarif wahrnehme. Sollte es für die BaFin eine akzeptable Möglichkeit zur Anpassung der Bedingungen des Standardtarifs geben, könnte eine dort vorgenommene Änderung für die übrigen Tarife eventuell als Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen dienen.

Herr Wendling schildert den allgemeinen Blickwinkel der BaFin. Demnach wäre zu untersuchen, welche Nachteile sich für die Versicherten bei einer Senkung des starren Betrages von 5 € Mahnggebühr ergeben würden. Für die Angemahnten stelle jede Änderung des Mahnkostenbetrages auf unter 5 € eine Verbesserung gegenüber der derzeitigen Regelung dar. Es müsse aber auch betrachtet werden, inwieweit die verringerte Belastung der Angemahnten zu einer Mehrbelastung der Nicht-Angemahnten führe.

Herr Dr. Heinemann hat von einem Versicherungsunternehmen die Information, dass die derzeit vereinnahmten Mahnkosten nur eine minimale Größenordnung haben. Alle Anwesenden teilten die vorläufige Einschätzung, dass eine Senkung der Mahnkosten für die einzelnen Versicherten wohl zu keiner messbaren Verschlechterung führe.

Herr Schedel stellt die aufsichtsrechtlichen Konsequenzen dieser vorläufigen Einschätzung dar: Das genannte Urteil gehe davon aus, dass bei Mahnungen nur noch der tatsächliche Aufwand in Rechnung gestellt werden dürfe. Wenn dieser niedriger als 5 € sei, dann dürfe den Versicherten unabhängig von den AVB nur dieser niedrige Betrag angelastet werden. Eine Benachteiligung für die übrigen Versicherten würde sich dann nicht zeigen, wenn kein Kunde auch nur 1 ct mehr zahlen müsste. Für die BaFin gäbe es dann keine Grundlage, gegen diese Vorgehensweise einzuschreiten.

Darauf basierend stellt Herr Schedel die Überlegung in den Raum, ob eine verbindliche Regelung für einen sachgerechten Ansatz der Mahnkosten eventuell auch über eine geschäftsplanmäßige Erklärung ohne eine AVB-Änderung erreicht werden könnte. Hier seien Vor- und Nachteile abzuwägen. Letztendlich sei dies auch eine Entscheidung des Versicherungsunternehmens.

2. Risikozuschläge

Herr Schedel nennt verschiedene Aspekte, die im Zusammenhang mit Risikozuschlägen eine Rolle spielen: Unter welchen Umständen erheben Versicherungsunternehmen regelmäßig Risikozuschläge? Wie wird mit Risikozuschlägen bei für Versicherungsunternehmen bedeutsamen Kunden („preferred risks“) umgegangen? Veränderungen bei der Bemessung von Risikozuschlägen können Auswirkungen auf die auslösenden Faktoren und auf die Kalkulation haben; in Extremfällen könnte hierbei die Frage nach einer ausreichenden Erstkalkulation gestellt werden.

Herr Richter führt aus, dass Änderungen bei der Bewertung von erhöhten Risiken dem Treuhänder regelmäßig nicht mitgeteilt würden. Wie die Vertragsabteilungen arbeiten, gehe im Detail am Treuhänder vorbei. Die Auswirkungen seien dagegen anhand der Schadenentwicklung erkennbar. Eine bevorzugte Behandlung einzelner „preferred risks“ dürfe es natürlich nicht geben.

Herr Richter weist auf eine systembedingte Unschärfe der Risikobewertung hin. Risikozuschläge würden zu Beginn des Versicherungsverhältnisses festgelegt und blieben lebenslang unverändert. Er erwarte jedoch, dass sich der mit einem erhöhten Risiko verbundene Überschaden mit steigendem Lebensalter erhöhe.

Deshalb halte er die Berücksichtigung einer Altersabhängigkeit bei der Bemessung von Risikozuschlägen für notwendig. Allerdings gäbe es erhebliche Probleme, ein Risikozuschlagsprofil für konkrete Gesundheitszustände festzulegen. Geeignete Daten in statistisch erforderlichem Umfang lägen nicht vor. Erfahrungen aus dem Morbi-RSA der GKV sehe er nicht als geeigneten Lösungsansatz für die PKV an. Es sei festzustellen, dass die vereinnahmten Risikozuschläge lediglich ca. 5% der gesamten Beitragseinnahme ausmachten. Diese geringe Größenordnung lasse seines Erachtens eine Vereinfachung von mathematischen Modellen zu. So könnte zum Beispiel aus Mangel an Alternativen für einen Risikozuschlag die gleiche Altersabhängigkeit wie im Tarif selbst unterstellt werden.

Herr Wendling gibt zu bedenken, dass es auch gegenläufige Entwicklungen gebe. Überprüfungen des Gesundheitszustandes könnten dazu führen, dass vereinbarte Risikozuschläge nach einer Weile wieder entfielen. Unter Einbeziehung dessen könne es sein, dass es keine Notwendigkeit für den Ansatz einer Altersabhängigkeit im Risikozuschlag gebe. Im Übrigen sei zu berücksichtigen, dass die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen ja bekanntermaßen davon ausgehen, dass eine Risikoprüfung bzw. -einstufung mit Ausnahme bei Mehrleistungen anlässlich von Tarifwechseln grundsätzlich nur zu Vertragsbeginn durchgeführt werden dürfe.

Herr Schedel stellt fest, dass aus dem Teilaspekt der risikogerechten Kalkulation die Altersabhängigkeit des Risikozuschlages gefordert werden könnte. Allerdings sei dies so nicht in der KVAV vorgesehen. Zudem weist er auf die üblichen Sicherheiten im Profilverlauf des Kopfschadens hin und fragt, ob hierdurch die im Risikozuschlag nicht einkalkulierte, aber eventuell vorhandene Altersabhängigkeit als ausgeglichen angesehen werden könnte.

Der genannte Anteil von 5% an der gesamten Beitragseinnahme betreffe allerdings nur die substitutive Krankenversicherung. In der Zusatzversicherung würden vermehrt Tarife ohne Risikozuschläge angeboten. Dies könnte zu Problemen führen, insbesondere bei Tarifen mit Beitragsfreistellung im Pflegefall. Dieses Thema stünde aktuell im besonderen Fokus der BaFin.

3. Verhaltensboni

Herr Richter berichtet von zwei Fragen, mit denen sich derzeit Treuhänder beschäftigen würden:

- a. Wie soll mit in der Vergangenheit bereits gewährten Verhaltensboni umgegangen werden? Sind sie weiterhin zustimmungsfähig?
- b. Man stelle sich einen neuen Tarif vor, bei dem die Zusage für eine Beitragsrückerstattung an ein Wohlergehen gemäß Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation geknüpft sei. Könnte ein solcher Tarif nach den bisher geführten Diskussionen als machbar angesehen werden?

Allgemein führt Herr Schedel aus, dass es hierzu keine abschließende Meinung „der BaFin“ gebe. Er erwähnt ein vom PKV-Verband in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten, das voraussichtlich noch im November 2019 fertig gestellt werden soll. Würden sich bei einem Versicherer Pläne zur Berücksichtigung „gesundheitsbewussten Verhaltens“ konkretisieren, würde unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls sowie auf Basis der in dem bekannten Positionspapier „Neue Zuwendungsformen in der PKV“ enthaltenen Punkte das Gespräch mit diesem Unternehmen gesucht. Dies sei bereits in einzelnen Fällen geschehen; in Fällen der Finanzierung mit Mitteln aus der erfolgsabhängigen RfB seien einzelne Versicherungsunternehmen in der Folge bereits dazu übergegangen, Verhaltensboni fortan alternativ allein aus Aktionärsmitteln zu finanzieren.

Herr Schedel sehe im Übrigen auch den Gesetzgeber in der Pflicht, Konkretisierungen zu dem gesamten Themenkomplex „Gesundheitsbewusstes Verhalten“ vorzunehmen, sofern Veränderungen des rechtlichen Rahmens für erforderlich erachtet werden. Dies wäre dann auch für die BaFin sehr hilfreich.

Auf die gestellten Fragen geht Herr Schedel wie folgt ein:

- zu a. Seiner Meinung könnten bei Altfällen im Rahmen der im Positionspapier „Neue Zuwendungsformen in der PKV“ dargestellten Prüfungspunkte auch Aspekte des Vertrauensschutzes zu prüfen sein. Andererseits dürften hierbei Gleichbehandlungsaspekte nicht vernachlässigt werden.

Soweit Bonifikationen über einen sehr langen Zeitraum hinweg mit Mitteln aus der erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung finanziert worden und hierfür genaue Regelungen in den Versicherungsbedingungen getroffen wären, müsste im Einzelfall geprüft werden, inwieweit bzw. mit welchen Mitteln hiermit ggf. einhergehende Missstände unter Berücksichtigung von Vertrauensschutzaspekten beanstandet würden.

Erfolge die Finanzierung jedoch mit Mitteln aus der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung, sei es neben den weiteren bekannten problematischen Aspekten bereits schwieriger, eine Gleichbehandlung sicherzustellen. Im Übrigen könnten in diesem Fall auch Aspekte des Vertrauensschutzes unter Berücksichtigung der Tatsache, dass hier eine vorbehaltlose Zusage gegenüber den Versicherten wohl gerade nicht erfolge, nicht entsprechend berücksichtigt werden.

- zu b. Nach seinem Eindruck sei in der GKV eine Weile mit Gesundheitsbonifikationen experimentiert worden, allerdings inzwischen mit abnehmender Tendenz.

Neben den problematischen weiteren im Positionspapier „Neue Zuwendungsformen in der PKV“ genannten Punkten sei insbesondere zu bezweifeln, ob die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation tatsächlich geeignet wären, nachweislich messbar positive Effekte auf die Gesundheit sicherzustellen. Er gibt zu bedenken, dass die Hinweise der Weltgesundheitsorganisation nicht unbedingt aus einer konkreten Studie resultierten. Es könne eher unterstellt werden, dass die Hinweise aus dem Bauchgefühl gegeben würden.

Herr Dr. Heinemann verweist auf die Initiative des Landes Hessen vom 24.10.2019 im Bundesrat, in der die Bundesregierung aufgefordert wird, für ein Verbot der Telematik-Tarife zu sorgen und die Stellungnahme des PKV-Verbandes zu diesem Vorstoß.

Die aktuelle Positionierung des PKV-Verbandes hat bei allen Anwesenden Verwunderung ausgelöst. Einerseits werden in dessen Pressemeldung¹ vom 07.11.2019 Telematik-Tarife als nicht möglich dargestellt: „PKV-Tarife, die ein individuelles Gesundheitsmonitoring mit günstigen Beiträgen belohnen, sind schlicht nicht vereinbar mit unseren rechtlichen Vorgaben“ (Zitat PKV-Geschäftsführer Timm Genett). Andererseits berichtet Herr Dr. Uwe Lech vom PKV-Verband auf dem DAV-Akademietag vom 24.10.2019², dass die Verwendung von RfB-Mitteln zur Steuerung gesundheitsfördernden Verhaltens grundsätzlich als zulässig anzusehen sei.

¹ „Sorge vor ‚Self-Treacking-Tarifen‘ in der PKV unbegründet“

² Vortrag „E-Health - Zulässigkeit und Grenzen von Telematik-Tarifen in der Privaten Krankenversicherung“

Herr Rudolph vermutet beim PKV-Verband eine Differenzierung der Begrifflichkeiten derart, dass sich ein reiner Telematik-Tarif lediglich durch eine individuelle Beitragsbemessung oder eine individuelle Leistungsgestaltung in Abhängigkeit vom Ausmaß des gesundheitsbewussten Verhaltens definiere. Eine Überschussbeteiligung in Abhängigkeit vom Ausmaß des gesundheitsbewussten Verhaltens werde hierunter offensichtlich nicht subsumiert. Herr Wendling führte ergänzend hierzu aus, dass faktisch zum selben Ergebnis führte und es sich insoweit um einen verkappten Telematiktarif handelte, der zu einer Berücksichtigung eines veränderten Gesundheitszustandes bzw. Risikoprofils des jeweiligen Versicherten führte.

4. Auslösende Faktoren in Pflegeergänzungstarifen (§ 15 Abs. 5 KVAV)

Es besteht Einigkeit darüber, dass die Formulierung des § 15 Abs. 5 KVAV Unklarheiten beinhaltet. Herr Schedel berichtet, dass sich die BaFin diesbezüglich in Diskussion mit einzelnen Unternehmen befinde. Herr Richter bestätigt, dass auch in der VuT der Bedarf einer Überarbeitung der KVAV-Bestimmung gesehen werde und sagt einen Formulierungsvorschlag zu.

Herr Schedel betont die Bedeutung der Fehlerfreiheit von Datenlieferungen zur Erstellung von Branchenstatistiken. Liefere ein größeres Unternehmen fehlerhafte Daten zur Pflegepflichtversicherung, habe dies nicht nur Auswirkungen auf den PPV-Tarif. Da die PPV-Statistiken regelmäßig bei der Kalkulation von Pflegeergänzungstarifen verwendet würden, ergäben sich somit Auswirkungen auf sämtliche Pflgetarife eines jeden Versicherungsunternehmens.

Die BaFin habe das Problembewusstsein zu diesem Punkt in der Branche geschärft. Herr Schedel beobachte derzeit eine Modernisierung von Arbeitsabläufen, die mit einer stärkeren Automatisierung einhergehe. Fehler könnten längere Zeit unerkannt bleiben und sich gleichzeitig flächendeckend auswirken. Deshalb sei eine intensive Qualitätssicherung notwendig.

5. Änderungsvorschläge der VuT zu den §§ 15 Abs. 2 und 16 Abs. 1 KVAV

Die VuT hat Formulierungsvorschläge für eine Novellierung der KVAV-Bestimmungen zur Berücksichtigung von Leistungsänderungen im auslösenden Faktor „Schaden“ sowie zur Berechnung des auslösenden Faktors „Sterblichkeit“ bei Verwendung anderer als der von der BaFin veröffentlichten Sterbetafeln erarbeitet. Die Vorschläge wurden der BaFin und dem BMF mit Schreiben vom 08.07.2019 zugeleitet.

Nach Herrn Schedel befinde sich das Gesetzgebungsverfahren noch im Anfangsstadium. Es könne daher nicht abgeschätzt werden, inwieweit die Vorschläge der VuT berücksichtigt würden. Herr Schedel geht davon aus, dass die VuT auf jeden Fall bei der Vorlage eines entsprechenden Gesetzentwurfes im Rahmen einer Stellungnahme eingebunden werden würde.

6. Änderungen der Technischen Berechnungsgrundlagen ohne gleichzeitige Beitragsanpassung

Es wird die Frage gestellt, ob ein Treuhänder eine Beitragsanpassung für zustimmungsfähig halten könne, falls die hierzu vorgelegten Technischen Berechnungsgrundlagen (TB) Änderungen enthielten, die nicht explizit im Rahmen einer Beitragsanpassung durchgeführt wurden, beispielsweise hinsichtlich der Regelungen zum Tarifwechsel.

Herr Rudolph stellt seine Sichtweise zum gegebenen Beispiel dar: Man betrachte einen abgebenden Tarif *A* und einen aufnehmenden Tarif *B*. Der Wechsel von *A* nach *B* sei lediglich eine spezielle Form von Neuzugang in den Tarif *B*. Würde also eine Regelung zur Anrechnung der Alterungsrückstellung bei Tarifwechsel in den TB des Tarifs *B* geändert, so wäre davon kein einziger Bestandsversicherter des Tarifs *B* betroffen.

Eine Änderung der Regelungen für Neuzugänge und Tarifwechsel beträfe ausschließlich Personen, die zum Änderungszeitpunkt noch nicht im Tarif *B* versichert seien. Die TB des Tarifs *B* sei für diese Personen allerdings noch keine Vertragsgrundlage, so dass es keine Besitzstände gebe, die zu wahren seien.

Es gebe also in den TB Abschnitte, die nur für bestimmte Personengruppen Bedeutung haben. Die Notwendigkeit einer Kopplung des Änderungszeitpunktes an eine bestandswirksame Beitragsanpassung wird deshalb nicht in allen Fällen gesehen.

Herr Richter ergänzt, dass auch eine Aktualisierung des IT-Systems mit abweichenden Formeln und Rundungsvorschriften zu Änderungen führen könne. Zweckdienlicherweise erfolge eine Aktualisierung der IT für den Gesamtbestand zu einem einheitlichen Stichtag, losgelöst von den Beitragsanpassungszeitpunkten in den einzelnen Tarifen. Es sei nicht auszuschließen, dass sich im Bestand hierbei auch minimale Beitragserhöhungen ergäben. Diese seien geeignet auszugleichen.

In einem Punkt haben die Herren Richter und Rudolph eine unterschiedliche Sichtweise:

Herr Rudolph würde darauf bestehen, sämtliche Änderungen (auch diejenigen außerhalb von Beitragsanpassungen) vorgelegt zu bekommen. Er wolle jederzeit über den aktuellen Stand der Regelungen in den TB informiert sein. Änderungen von Abschnitten, die nur für künftige Zugänge bedeutsam seien, hätten für ihn den Status wie die TB bei Tarifneueinführungen.

Herr Richter sieht in solchen Fällen darüber hinaus die Notwendigkeit einer Treuhänderzustimmung. Dies leite er daraus ab, dass sich die Anrechnung von Alterungsrückstellung bei Tarifwechsel auf die Zahlbeiträge der künftigen Tarifwechsler auswirke und diese Zahlbeiträge die Grundlage für künftige Berechnungen bei Beitragsanpassungen darstellten. Gleiches gelte für beispielsweise die Verwendung von Mitteln aus der Kopfschadenfinanzierung.

Abschließend ergänzt Herr Rudolph, dass eine Kopplung von Änderungen an eine Beitragsanpassung nur in § 15 Abs. 3 Satz 4 KVAV gefordert sei. Dies beträfe allerdings nur Verfahrensänderungen bei der Ermittlung von auslösenden Faktoren.

Die dargestellten Sichtweisen werden von den Mitarbeitern der BaFin zur Kenntnis genommen.

7. Verschiedenes

Auf Nachfrage teilen die Mitarbeiter der BaFin mit, sie rechneten damit, dass der BGH im Jahre 2020 in Sachen Treuhänderproblematik, dort insbesondere zum Umfang der Informationspflichten gemäß § 203 Abs. 5 VVG, Berufungsurteile zur Entscheidung vorgelegt bekommen wird. Zur Frage der kolportieren Verfassungsbeschwerde einer vor den Zivilgerichten gegen Beitragsanpassungen vorgehenden Rechtsanwaltskanzlei haben sich bisher keine weiteren konkretisierenden Anhaltspunkte, z.B. ein Urteil betreffend, ergeben.

8. Fazit

Herr Schedel und Herr Richter danken sich gegenseitig für den konstruktiven und offenen Gedankenaustausch.