

04.07.05**Fz - G - Wi****Verordnung
des Bundesministeriums
der Finanzen**

Erste Verordnung zur Änderung der Überschussverordnung**A. Problem und Ziel**

Die Überschussverordnung regelt für private Krankenversicherungsunternehmen, wie in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung der Überschuss ermittelt wird und wie er auf die einzelnen Versicherungsverträge aufzuteilen ist. Die zu Grunde liegenden gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen (insbes. §§ 12a, 81d Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)) wurden seit Erlass der Verordnung geändert. Dadurch sind einige Bestimmungen sachlich falsch geworden. Außerdem fehlen notwendige Folgeregelung für die private Pflegepflichtversicherung. In der Praxis wenden die Unternehmen gegenwärtig eine Vorversion des Entwurfs an.

B. Lösung

Anpassung der Überschussverordnung.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Bund, Ländern und Gemeinden entstehen aufgrund der Änderungen keine Kosten.

E. Sonstige Kosten

Unternehmen und Verbrauchern entstehen durch die Änderung keine Kosten.

Bundesrat

Drucksache **559/05**

04.07.05

Fz - G - Wi

Verordnung
des Bundesministeriums
der Finanzen

Erste Verordnung zur Änderung der Überschussverordnung

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 4. Juli 2005

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Matthias Platzeck

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium der Finanzen zu erlassende

Erste Verordnung zur Änderung der Überschussverordnung

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Frank-Walter Steinmeier

Erste Verordnung zur Änderung der Überschussverordnung

Vom ... 2005

Auf Grund des § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und des § 81d Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3610), verordnet das Bundesministerium der Finanzen:

Artikel 1

Die Überschussverordnung vom 8. November 1996 (BGBl. I S. 1687) wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Das Wort „sind“ wird durch das Wort „ist“ und die Angabe „50 vom Hundert“ durch die Angabe „der Anteil, der sich nach § 12a Abs. 2 Satz 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ergibt,“ ersetzt.
- b) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Alterungsrückstellungen, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie aus der Direktgutschrift nach § 12a Abs. 2 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden sind, bleiben bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, bei dieser Gutschrift unberücksichtigt.“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der nach § 12a Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes errechnete verbleibende Teilbetrag ist auf die Tarife, die zu den in § 12a Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes genannten Krankenversicherungen gehören, aufzuteilen.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Alterungsrückstellungen, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie aus der Direktgutschrift nach § 12a Abs. 2 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden sind, bleiben bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, bei dieser Gutschrift unberücksichtigt.“

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 4“ ersetzt.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Versicherungsunternehmen“ die Wörter „in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung“ und nach dem Wort „Überschusses“ ein Komma und der Relativsatz „der auf diese Versicherung entfällt,“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Überschuss berechnet sich nach folgender Formel:

$$a1 + a3 - b1 - b3$$

mit

a1 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 01 der Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Versicherungsberichterstattungs-Verordnung) vom 14. Juni 1995 (BGBl. I S. 858) in der zuletzt durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen vom 11. Juli 2003 (BGBl. I S. 1388) geänderten Fassung,

a3 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 03 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,

b1 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 01 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,

b3 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 03 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung.“

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Mindestzuführung ist um die bereits nach § 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gutgeschriebenen Überzinsen zu vermindern.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Zur Sicherstellung einer ausreichenden Mindestzuführung müssen die Versicherungsunternehmen in der privaten Pflegepflichtversicherung im Sinne des § 12f des Versicherungsaufsichtsgesetzes der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung einen angemessenen Teil des Überschusses, der auf diese Versicherung entfällt, zuführen. Überschuss ist der Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 17 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung. Der Zuführungssatz beträgt 80 vom Hundert des Überschusses nach Satz 2. Die Mindestzuführung ist um den Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung zu vermindern.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Sicherstellung des durchschnittlichen Solvabilitätsbedarfs können die Mindestzuführungen vermindert werden, wenn für jedes der drei Vorjahre von folgender Summe

$c1 + c2 + c3 + c4 + c5 + c6$

mit

- c1 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 22 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c2 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 18 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c3 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 19 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c4 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 20 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c5 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 2 Zeile 21 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,
- c6 = Betrag in der Nachweisung 231 Seite 1 Zeile 23 Spalte 02 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung,

mindestens 90 vom Hundert als Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, als Direktgutschrift nach § 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, als Zuführung zur Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung in der privaten Pflegepflichtversicherung und als Einstellungen in Gewinnrücklagen (Formblatt 200 Seite 7 Zeile 24 Spalte 04 der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung) verwendet wurden und für das Geschäftsjahr verwendet werden.“

- bb) In Satz 3 ist jeweils hinter „§ 53c Abs. 3 Nr. 1 bis 3“ die Angabe „und Nr. 5 Buchstabe a“ zu ergänzen.
- cc) In Satz 3 Nr. 2 wird der Klammerzusatz durch die Angabe „der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung“ ergänzt.
- d) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Verfügt ein Krankenversicherungsunternehmen in einem Geschäftsjahr nicht mehr über Eigenmittel in Höhe der Solvabilitätsspanne, so können unabhängig von den Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 die Mindestzuführungen zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung unterschritten wer-

den, wenn der gesamte Überschuss nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 zur Erhöhung der Rücklagen verwendet wird.“

- e) In Absatz 4 wird das Wort „Mindestzuführung“ durch das Wort „Mindestzuführungen“ ersetzt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

I. Allgemeiner Teil

Mit dem Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes, insbesondere zur Durchführung der EG-Richtlinie 98/78/EG vom 27. Oktober 1998 über die zusätzliche Beaufsichtigung der einer Versicherungsgruppe angehörenden Versicherungsunternehmen sowie zur Umstellung von Vorschriften auf Euro vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1857) wurden auch Vorschriften für die private Pflegepflichtversicherung in das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) aufgenommen.

Gemäß § 81d Abs. 1 VAG liegt in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung ein die Belange der Versicherten gefährdender Missstand auch vor, wenn keine angemessene Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt. Das ist – soweit nicht eine Überschussbeteiligung nach der Art des Geschäfts ausscheidet – insbesondere dann anzunehmen, wenn die Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eines Krankenversicherungsunternehmens nicht dem nach § 81d Abs. 3 VAG durch Rechtsverordnung festgelegten Zuführungssatz getrennt für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 VAG und die private Pflegepflichtversicherung im Sinne des § 12f VAG entspricht.

Bereits in der Überschussverordnung vom 8. November 1996 (BGBl. I S. 1687) war festgelegt worden, dass 80 vom Hundert des Rohüberschusses, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung erwirtschaften, an die Versicherten zurückfließen muss. Nunmehr wird ergänzend festgelegt, dass unabhängig von den 80 vom Hundert des Rohüberschusses aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung auch 80 vom Hundert des Rohüberschusses aus der privaten Pflegepflichtversicherung den jeweiligen Versichertengemeinschaften gutgebracht werden müssen.

Eine getrennte Überschussbeteiligung ist notwendig, da die versicherten Personenkreise nicht identisch sind. So sind in der Krankheitskostenvollversicherung ca. 7,7 Millionen Personen versichert, während in der privaten Pflegepflichtversicherung ca. 8,7 Millionen Personen Versicherungsschutz besitzen. Auch hat der Gesetzgeber in der sozialen Pflegeversicherung getrennte Pflegekassen mit eigenen Finanzierungsgrundlagen eingeführt. Da die private Pflegepflichtversicherung die soziale ersetzt, ist es folgerichtig, für die nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung die Überschüsse getrennt zu ermitteln und die jeweiligen Versicherten an diesen Überschüssen, die durch eine vorsichtige Kalkulation entstehen, angemessen teilhaben zu lassen.

Wegen der Gesetzesfolgen wird auf die Begründung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, BGBl. I S. 2626), des Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes, insbesondere zur Durchführung der EG-Richtlinie 98/78/EG vom 27. Oktober 1998 über die zusätzliche Beaufsichtigung der einer Versicherungsgruppe angehörenden Versicherungsunternehmen sowie zur Umstellung von Vorschriften auf Euro vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S.1857) und des Gesetzes zur Umsetzung aufsichtsrechtlicher Bestimmungen zur Sanierung und Liquidation von Versicherungsunternehmen und Kreditinstituten vom 10. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2478) verwiesen. Eine Befristung ist nicht möglich, da das zu Grunde liegende Gesetz nicht befristet ist. Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist mit dem Entwurf nicht verbunden. Der Entwurf ist mit EU-Recht vereinbar.

Kosten entstehen aufgrund der Änderung nicht; Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und die Verbraucherpreise sind nicht zu erwarten.

II. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Bei Buchstabe a handelt es sich um eine Folgeänderung aus Artikel 14 Nummer 3 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626).

Buchstabe b ist ebenfalls eine Folgeänderung aus dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000. Durch dieses Gesetz wurde die Direktgutschrift nach § 12a Abs. 2 VAG modifiziert. Ferner wurde der Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a VAG eingeführt. Gemäß § 12a Abs. 2 VAG erhalten die Versicherten, die den Beitragszuschlag zahlen, bereits 90 % der überrechnungsmäßigen Zinserträge auf den Teil der Alterungsrückstellung, der aus dem Beitragszuschlag stammt, direkt gutgeschrieben. Bei der Zuteilung der weiteren Zinserträge darf daher die Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag stammt, nicht berücksichtigt werden.

Zu Nummer 2

Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist eine Folgeänderung aus Artikel 14 Nummer 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird auf die Begründung zu Nummer 1 Buchstabe b verwiesen.

Buchstabe b ist eine Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb.

Zu Nummer 3

Mit dem Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes, insbesondere zur Durchführung der EG-Richtlinie 98/78/EG vom 27. Oktober 1998 über die zusätzliche Beaufsichtigung der einer Versicherungsgruppe angehörenden Versicherungsunternehmen sowie zur Umstellung von Vorschriften auf Euro vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1857) wurde auch § 81d Abs. 1 VAG ergänzt. Danach liegt in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung ein die Belange der Versicherten gefährdender Missetand auch vor, wenn keine angemessene Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt. Das ist – soweit nicht eine Überschussbeteiligung nach der Art des Geschäfts ausscheidet – insbesondere dann anzunehmen, wenn die Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eines Krankenversicherungsunternehmens nicht dem nach § 81d Abs. 3 VAG durch Rechtsverordnung festgelegten Zuführungssatz getrennt für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 VAG und die private Pflegepflichtversicherung im Sinne des § 12f VAG entspricht. Dementsprechend wird durch Buchstabe a Doppelbuchstabe aa nunmehr die Mindestzuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung getrennt von der für die private Pflegepflichtversicherung festgelegt. § 4 Abs. 1 ÜbschV regelt nur noch die Mindestzuführung für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung, während Absatz 1a die Mindestzuführung für die private Pflegepflichtversicherung festlegt.

Durch Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird festgelegt, dass der Zuführungssatz 80 vom Hundert des Rohüberschusses in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung beträgt. Die Regelung unterscheidet sich materiell von der bisherigen nur dadurch, dass lediglich der Teil des Rohüberschusses, der auf die Krankenversicherung nach Art von Leben entfällt, definiert wird. Wegen der Änderung der Versicherungsberichterstattungsverordnung musste die Darstellung der Berechnung umgestellt werden. Die Abzugsglieder enthalten die Aufwendungen für die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung für Gruppenversicherungsverträge in der Krankenversicherung.

Bei der Änderung in Buchstabe a Doppelbuchstabe cc handelt es sich um eine Anpassung, die durch die VAG-Änderung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 erforderlich wurde, damit die Direktgutschrift von Überzinsen auf die die aus dem gesetzlichen Bei-

tragszuschläge gebildete Alterungsrückstellung gemäß § 12a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 VAG nicht erneut erfasst wird.

Entsprechend der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung wird durch Buchstabe b (Absatz 1a) auch für die private Pflegepflichtversicherung der Zuführungssatz auf 80 vom Hundert festgesetzt. Eine Saldierung von Gewinnen aus der privaten Pflegepflichtversicherung mit möglichen Verlusten aus der sonstigen Krankenversicherung wird damit ausgeschlossen. Eine getrennte Überschussbeteiligung ist aus den oben beschriebenen Gründen notwendig.

Im Poolvertrag zur Pflegepflichtversicherung haben die Unternehmen eine Überschussbeteiligung in der Pflegepflichtversicherung vereinbart. Dieser Betrag wird in der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung ausgewiesen. In Buchstabe c Doppelbuchstabe aa wird deshalb geregelt, dass dieser Betrag in der Ausnahmenvorschrift des § 4 Abs. 2 ebenfalls berücksichtigt wird. Darüber hinaus musste die Darstellung wegen der Änderung der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung angepasst werden.

Bei Buchstabe c Doppelbuchstabe bb handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund von Art. 1 Nr. 15 Buchstabe c Doppelbuchstabe ff des Gesetzes zur Umsetzung aufsichtsrechtlicher Bestimmungen zur Sanierung und Liquidation von Versicherungsunternehmen und Kreditinstituten vom 10. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2478).

Durch Buchstabe c Doppelbuchstabe cc wird der Verweis auf die Nachweisung der Versicherungsberichterstattungs-Verordnung an die Verweise in den anderen Vorschriften angepasst.

Buchstaben d und e sind Folgeänderungen, die berücksichtigen, dass nunmehr zwei Mindestzuführungen (Abs. 1 und 1a) vorgeschrieben sind. Ferner wird ein Verweis (Absatz 1 Satz 2) korrigiert.

Zu Artikel 2

Die getrennten Mindestzuführungssätze für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung und die private Pflegepflichtversicherung sollen erstmals für das mit dem 1. Januar 2005 beginnende Geschäftsjahr gelten.