DAV
Deutsche
Aktuarvereinigung e.V.

Schriftliche Prüfung im Fach

Spezialwissen Krankenversicherung 1

gemäß Prüfungsordnung 5 & 6
der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.

am 29. Mai 2026

AUFGABEN / LÖSUNGEN

Hinweise:

- Als Hilfsmittel ist ein Taschenrechner zugelassen.
- Die Gesamtpunktzahl beträgt 180 Punkte. Die Klausur ist bestanden, wenn mindestens 90 Punkte erreicht werden.
- Bitte prüfen Sie die Ihnen vorliegende Prüfungsklausur auf Vollständigkeit. Die Klausur besteht aus 8 Seiten.
- Alle Antworten sind zu begründen und bei Rechenaufgaben muss der Lösungsweg ersichtlich sein.
- Bitte vermeiden Sie bei der Lösungserstellung die nicht zusammenhängende Streuung der Lösungen zu den einzelnen Aufgabenteilen.
- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.
- Alle Antworten sind in deutscher Sprache zu erstellen (fremdsprachige Fachbegriffe ausgenommen).

Mitglieder der Prüfungskommission:

Dr. Matthias Brake, Dagmar Haider, Grit Läuter-Lüttig, Christian Zöller

Klassifikation: Intern

Aufgabe 1. *[Regulatorische Rahmenbedingungen der Kalkulation / Rechnungsgrundlagen] [45 Punkte]*

Ein Krankenversicherungsunternehmen möchte seine Angebote für stationäre Leistungen überarbeiten. Derzeit bietet das Unternehmen im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung wie auch in der nicht-substitutiven Krankenversicherung jeweils einen stationären Tarif mit Zweibettzimmerleistungen an. Zukünftig soll in beiden Fällen auch Einbettzimmerunterbringung abgedeckt sein.

(a) *[6 Punkte]* Welche gesetzlichen Grundlagen muss das Krankenversicherungsunternehmen erfüllen, wenn es einen derartigen Tarif im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung anbieten möchte? Nennen Sie mindestens sechs gesetzliche Grundlagen.

(b) *[4 Punkte]* Welche Anforderungen sind zu erfüllen, wenn das Krankenversicherungsunternehmen einen solchen Tarif in der nicht-substitutiven Krankenversicherung, der nach Art der Lebensversicherung kalkuliert werden soll, anbieten möchte? Nennen Sie mindestens vier Anforderungen.

(c) *[6 Punkte]* Das Unternehmen erwägt eine Umsetzung als substitutiven bzw. nicht-substitutiven Zusatzbaustein, der ausschließlich die Mehrleistungen für den Einbettzimmerschutz umfasst und zum bisherigen Tarif mit Zweibettzimmerleistungen abgeschlossen werden kann. Welche Auswirkungen kann diese Form der Umsetzung auf den Risikoverlauf der bestehenden Tarife haben? Welche Maßnahmen sollten vor diesem Hintergrund ergriffen werden?

(d) *[14 Punkte]* Das Unternehmen entscheidet sich bei der substitutiven Krankenversicherung für einen Stationärtarif, der die bisherigen Leistungen sowie die hinzukommenden Leistungen abdeckt. Welche Rechnungsgrundlagen sind zur Herleitung der Beiträge für den neuen Stationärtarif erforderlich? Nennen Sie für jede Rechnungsgrundlage mindestens eine Möglichkeit der Herleitung bzw. die Vorgehensweise aus der Praxis.

(e) *[8 Punkte]* Welche Möglichkeiten zur Deckung der unmittelbaren Abschlusskosten gibt es bei der Ausgestaltung des neuen substitutiven Stationärtarifs? Welche Anforderungen in Bezug auf die Kalkulation ergeben sich bei unmittelbaren Abschlusskosten aus der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung?

(f) *[7 Punkte]* Haben Bestandsversicherte, die bisher im substitutiven Zweibettzimmertarif versichert waren, ein Recht auf Tarifwechsel in den neuen substitutiven Einbettzimmertarif? Welche Auswirkungen können sich auf den Risikoverlauf des neuen Tarifs ergeben? Wie kann das Unternehmen dagegenwirken? (Hinweis: Im neuen Tarif gibt es keine über den Umfang des bisherigen Tarifs hinausgehenden Einschränkungen der Versicherungsfähigkeit.)

Klassifikation: Intern

Lösung

(a) Wesentliche gesetzliche Grundlagen, um die substitutive Krankenversicherung anbieten zu können, sind:

- § 146 Abs. 1 VAG: Kalkulation nach Art der Lebensversicherung
- § 10 KVAV: Kalkulation auf versicherungsmathematischer Grundlage, mit gleichbleibenden Beiträgen unter Bildung einer Alterungsrückstellung
- § 195 Abs. 1 VVG: Unbefristete Deckung, lebenslange Garantie
- § 146 Abs. 1 VAG: Recht auf Tarifwechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung
- § 8 Abs. 4 VAG: Spartentrennung
- VVG-InfoV: Informationspflichten
- § 257 SGB V: Arbeitgeberzuschussfähigkeit

Es können auch andere als die oben genannten gesetzlichen Grundlagen genannt werden. Die konkreten Gesetzesquellen müssen nicht zwingend genannt werden.

(b) Eine Reihe von Regelungen, die für die substitutive Krankenversicherung gelten, finden auch für die nicht-substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, Anwendung. Insbesondere gilt dies für die Anforderungen, die sich direkt aus § 147 VAG ergeben:

- Kalkulation auf versicherungsmathematischer Grundlage
- mit gleichbleibenden Beiträgen unter Bildung einer Alterungsrückstellung
- Ausschluss des Kündigungsrechts (Ausnahmen ggfs. bei Krankentagegeld, Gruppenversicherung)
- Tarifwechselrecht

Es können auch andere als die oben genannten gesetzlichen Grundlagen genannt werden. Die konkreten Gesetzesquellen müssen nicht zwingend genannt werden.

(c) Die Hinzunahme von weiteren Leistungen aus einem anderen Tarif führt in vielen Fällen zu einer stärkeren Nutzung von Leistungen im bisherigen Tarif, da Versicherte überproportional Leistungen in Anspruch nehmen, wenn das Leistungsniveau steigt.

Klassifikation: Intern

D.h. es kommt zu einer subjektiv beeinflussten, höheren Leistungsinanspruchnahme, die den bisherigen Tarif belasten kann.

Konkret bedeutet das, dass es durch die zusätzliche Absicherung von Einbettzimmerleistungen zu einer Mehrnutzung der auch bisher schon abgesicherten Zweibettzimmerleistungen kommen kann. Eine spätere Ermöglichung von Mehrleistungen ist als kritisch einzuschätzen, da bisherige Versicherte durch die Hinzuversicherbarkeit der Einbettzimmerleistungen belastet werden können.

Vor diesem Hintergrund ist vor Einführung zu untersuchen und zu bewerten, inwiefern die zusätzliche Leistung zu einer veränderten Inanspruchnahme im Zweibettzimmertarif führen kann. Sollte es keine oder zu vernachlässigende Auswirkungen geben und eine Umsetzung in der vorgeschlagenen Form angedacht werden, so ist eine Dokumentation in den Technischen Berechnungsgrundlagen vorzunehmen.

(d) Folgende Rechnungsgrundlagen sind für die Kalkulation eines substitutiven Stationärtarifs erforderlich:

Rechnungsgrundlage	**Möglichkeit der Herleitung**
Rechnungszins	AUZ-Verfahren
Sterblichkeit	Aktuellste veröffentlichte PKV-Sterbetafel
Storno	Herleitung Rückstellungsstorno aus vorhandenen Unternehmenserfahrungen oder BaFin-Tafeln
Kopfschäden (Profil, Grundkopfschaden) für stationäre Leistungen	Ableitung aus vergleichbaren Tarifen des Unternehmens; Abgleich mit PKV- oder BaFin-Daten (z.B. im Rahmen der Profilableitung)
Sicherheitszuschlag	Ableitung konsistent zu den Festlegungen bisher im Bestand; Berücksichtigung Risikoprofil des neuen Tarifs; Abgleich mit AF-Schwelle
Sonstige Zuschläge (insb. unmittelbare/mittelbare Ab-	Gewinnzerlegung; Berücksichtigung tarifspezifischer Aspekte

Klassifikation: Intern

schlusskosten, Schadenregulierungskosten, sonstige Verwaltungskosten)	
Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes	Ableitung aus Unternehmenserfahrungen oder BaFin-Stornotafeln im Rahmen der Vollversicherung
Geschlechtermischung	Ableitung aus vergleichbaren Tarifen des Unternehmens

Es können auch weitere Rechnungsgrundlagen, wie z.B. die einzelnen Kostenarten, als Alternative genannt werden. Gleiches gilt für die möglichen Wege zur Herleitung.

(e) Die Deckung der unmittelbaren Abschlusskosten kann erfolgen durch

- Wartezeit- und Selektionsersparnisse
- Zillmerung
- einen laufenden Zuschlag, ggf. auf die ersten Jahre beschränkt.

Bei nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen und damit auch im Fall eines substitutiven Stationärtarifs bestehen folgende Anforderungen gemäß § 8(3) KVAV:

- Eine Deckung der unmittelbaren Abschlusskosten ist durch Zillmerung möglich, sofern
  - die Gesamtalterungsrückstellung eines Zugangsjahrgangs nicht länger als 4 Jahre negativ und
  - die Einzelalterungsrückstellung nicht länger als 15 Jahre und nicht länger als die Hälfte der tariflich vorgesehenen Vertragslaufzeit negativ ist.
- Bei planmäßigen Änderungen der Beiträge während der Vertragslaufzeit (z.B. durch Abschluss einer Beitragsentlastung im Alter) dürfen unmittelbare Abschlusskosten sich nicht verändern.
- Bei (teilweiser) Deckung unmittelbarer Abschlusskosten als laufender Zuschlag darf dieser betragsmäßig nur dann während der Laufzeit erhöht werden, wenn er nach Vollendung des 65. Lebensjahres entfällt.

Klassifikation: Intern

(f) Bestandsversicherte, die bisher den substitutiven Zweibettzimmertarif abgesichert haben, haben im gleichen Leistungsbereich generell ein Recht auf Tarifwechsel. Vorhandene Alterungsrückstellungen und erworbene Rechte bleiben dabei erhalten.

Um negative Auswirkungen auf den Risikoverlauf des neuen Tarifs zu vermeiden

- sollte bereits in der Kalkulation untersucht werden, inwiefern Bestandswechsler Risikoeffekte hervorrufen können,
- sollten zu erwartende Effekte aus Tarifwechsel in der Kalkulation des neuen Tarifs berücksichtigt und dokumentiert werden,
- sollten Tarifwechsler eine Risikoprüfung durchlaufen und es sollte bei Vorliegen von risikorelevanten Vorerkrankungen ein Risikozuschlag oder ein Leistungsausschluss auf die Mehrleistungen vereinbart werden.

Klassifikation: Intern

Aufgabe 2. *[Festlegung von Stornotafeln in der Privaten Krankenversicherung] [45 Punkte]*

Ausgangssituation

Sie arbeiten als neue Aktuarin oder neuer Aktuar in der Krankenversicherung. Ihr Unternehmen möchte die rechnungsmäßigen Stornowahrscheinlichkeiten für einen substitutiven Vollversicherungstarif aktualisieren. Ihnen liegen folgende vereinfachte Informationen vor:

Beobachtete Daten eines Tarifjahrgangs (Auszug)

Alter	Anzahl Versicherte	Rückstellung gesamt (in T€)	Rückstellung der Stornierenden (in T€)
30	1.200	3.600	180
40	1.050	9.450	315
50	900	18.900	378
60	700	28.000	280

(a) *[5 Punkte]* Erklären Sie in eigenen Worten, warum die DAV-Richtlinie rückstellungsgewichtete Stornowahrscheinlichkeiten bevorzugt.

(b) *[5 Punkte]* Beschreiben Sie kurz, warum ein zweidimensionales Storno zwar sachgerecht wäre, aber nicht zulässig ist.

(c) *[10 Punkte]* Berechnen Sie für jedes Alter die beobachtete rückstellungsgewichtete Stornowahrscheinlichkeit.

(i) *[5 Punkte]* Tragen Sie die Werte in eine Tabelle ein.

(ii) *[5 Punkte]* Interpretieren Sie die Ergebnisse:

- Welche Altersgruppen haben das höchste bzw. niedrigste Storno?
- Ist der Verlauf plausibel?

Klassifikation: Intern

(d) *[10 Punkte]* Sie sollen aus den beobachteten Werten einen eindimensionalen rechnungsmäßigen Stornoansatz entwickeln.

(i) *[4 Punkte]* Skizzieren Sie ein geeignetes Vorgehen zur Glättung der beobachteten Werte. Begründen Sie Ihre Überlegungen. (keine exakte mathematische Darstellung nötig).

(ii) *[6 Punkte]* Formulieren Sie einen Vorschlag für eine einfache Stornotafel (in 10-Jahres-Schritten ab Alter 25 – Alter 64) und begründen Sie Ihren Ansatz.

(e) *[15 Punkte]* Der Ansatz ist noch zu verproben:

(i) *[5 Punkte]* Beschreiben Sie, wie Sie die den neu entwickelten Ansatz zur Vererbung der Alterungsrückstellung verproben würden.

(ii) *[5 Punkte]* Nennen Sie zwei mögliche Gründe, warum die tatsächliche Vererbung später von Ihrem Ansatz abweichen könnte.

(iii) *[5 Punkte]* Formulieren Sie eine kurze Empfehlung an Ihren fiktiven Vorgesetzten, ob die Stornodaten als stabil gelten oder ob weitere Analysen notwendig sind.

Lösung

(a) Die DAV bevorzugt rückstellungsgewichtete Stornowahrscheinlichkeiten. Die Gründe hierfür sind wie folgt:

Die rückstellungsgewichteten Stornowahrscheinlichkeiten berücksichtigen nicht nur, wie viele Personen stornieren, sondern wie viel Alterungsrückstellung dadurch frei wird. Das ist entscheidend, weil

- jüngere Versicherte mit niedrigen Rückstellungen häufiger stornieren,
- ältere Versicherte deutlich höhere Rückstellungen aufgebaut haben aber seltener stornieren,
- die Wirkung der Rechnungsgrundlage Storno im Beitrag die vererbte Rückstellungshöhe repräsentiert,
- Personenstorno diese Effekte ignoriert und daher zu falschen Ergebnissen führt.

Kurz: Rückstellungsstorno bildet die wirtschaftliche Realität der PKV sachgerechter ab.

Klassifikation: Intern

(b) Zweidimensionales Storno ist zwar sachgerecht, aber nicht zulässig. Das begründet sich wie folgt:

Zweidimensionales Storno berücksichtigt

- aktuelles Alter
- Eintrittsalter bzw. Vertragsdauer

Das entspricht dem tatsächlichen Kundenverhalten.

ABER:
§ 146 Abs. 2 VAG verbietet, dass das Neugeschäft günstiger kalkuliert wird als der Altbestand gleichen Alters. Eine zweidimensionale Tafel würde genau diesen Effekt erzeugen.

Daher sind nur eindimensionale, altersabhängige Stornotafeln zulässig.

(c)

(i) Es ergeben sich folgende Werte:

Alter	**Rückstellung gesamt (T€)**	**Rückstellung Storno (T€)**	**w_x**
30	3.600	180	0,0500 (5,0 %)
40	9.450	315	0,0333 (3,33 %)
50	18.900	378	0,0200 (2,0 %)
60	28.000	280	0,0100 (1,0 %)

Klassifikation: Intern

(ii) Interpretation

- Das Storno sinkt mit dem Alter deutlich ab.
- Der Verlauf ist plausibel und entspricht typischen PKV-Mustern:
  - junge Versicherte: hohe Wechselbereitschaft
  - ältere Versicherte: geringes Storno wegen Gesundheitszustand und hoher Rückstellungen
- Keine Auffälligkeiten oder Brüche im Verlauf.

(d) Die Ableitung eines rechnungsmäßigen Stornos kann beispielhaft wie folgt dargestellt werden:

(i) Glättung (verbal)
Die Werte zeigen einen klaren, monoton fallenden Verlauf. Eine Glättung könnte z. B. so aussehen:

- leichte Abrundung der Werte
- Sicherheiten in jungen Altern erhöhen
- ältere Alter nicht zu hoch ansetzen, um Vererbungsrisiken zu vermeiden

(ii) Vorschlag für eine einfache Stornotafel

Alter	Rechnungsmäßiges Storno
25–34	4,5 %
35–44	3,0 %
45–54	1,8 %
55–64	0,9 %

Klassifikation: Intern

Begründung:

- leicht unter den beobachteten Werten
- monotone Struktur
- ausreichende Sicherheitsmargen
- gut kommunizierbar, weil sie den Erwartungen entspricht.

(e) Verprobung

(i) Ein typisches Vorgehen zur Verprobung der Vererbung der Alterungsrückstellung ist

1. Berechnung der tatsächlichen Vererbung im Bestand anhand von Werten der Vergangenheit (Ist-Wert)
2. Berechnung der rechnungsmäßigen Vererbung auf Basis der festgelegten Stornotafel (Soll-Wert)
3. Vergleich über mehrere Jahre
4. Analyse der Abweichungen
5. Entscheidung über die Angemessenheit des Stornosatzes

Ziel:
Die rechnungsmäßige Vererbung soll langfristig die tatsächliche Vererbung gut abbilden.

(ii) Mögliche Ursachen für Abweichungen sind

- Bestandsveränderungen (z. B. starkes Neugeschäft, Beitragsanpassungen)
- Tarifwechselverhalten
- Marktveränderungen (z. B. neue Wettbewerber)
- Gesetzliche Änderungen (z. B. GKV-Zugang)
- Datenqualität (z. B. fehlerhafte Rückstellungszuordnung)
- Zufallseffekte
- Gesamtgesellschaftliche Veränderungen

Klassifikation: Intern

(iii) Eine mögliche Empfehlung an den Vorgesetzten lautet:

„Die beobachteten Stornowerte zeigen einen plausiblen, monoton fallenden Verlauf und liegen in einem typischen PKV-Bereich. Die abgeleitete Stornotafel enthält angemessene Sicherheitsmargen. Für eine endgültige Festlegung empfehle ich jedoch eine mehrjährige Verprobung der tatsächlichen Vererbung sowie einen Abgleich mit der BaFin-Stornostatistik, um externe Vergleichswerte einzubeziehen, zumal die beobachteten Bestände schwach besetzt sind."

Klassifikation: Intern

Aufgabe 3. *[Regulatorische Rahmenbedingungen der Kalkulation] [45 Punkte]*

(a) *[9 Punkte]* Einflussfaktoren für eine Beitragsanpassung

(i) *[4 Punkte]* Geben Sie die maßgeblichen Rechnungsgrundlagen an, bei denen der Gesetzgeber bei einer Veränderung eine Beitragsanpassung vorsieht.

(ii) *[5 Punkte]* Benennen Sie fünf externe Einflussfaktoren, die bei den Rechnungsgrundlagen für die substitutive Krankenversicherung zu systematischen Abweichungen zwischen den tatsächlichen Beobachtungen und den Ansätzen der Kalkulation führen können.

(b) *[20 Punkte]* In § 155 Abs. 3 S. 4 VAG heißt es: „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen."

Erläutern Sie die Regelung des § 155 Abs. 3 S. 4 VAG im Detail.

(c) *[16 Punkte]* Ein Krankenversicherungsunternehmen hat seit vielen Jahren einen substitutiven Krankenversicherungstarif T1 mit einem jährlichen Selbstbehalt von 1.000 EUR im Portfolio. Im Jahr t führt es einen neuen Tarif T2 ein, der identische Leistungen wie T1 beinhaltet, aber einen jährlichen Selbstbehalt (SB) von 500 EUR vorsieht.

Bei der Erstkalkulation werden die aktuelle PKV-Sterbetafel, die Stornowahrscheinlichkeiten, die für den Tarif T1 bei der Nachkalkulation im Jahr t angesetzt werden, sowie ein Rechnungszins unterhalb des zuletzt ermittelten AUZ angesetzt. Als rechnungsmäßiges Profil wird das aktuelle von der BaFin veröffentlichte Profil für den SB 500 verwendet. Der Grundkopfschaden wird ermittelt, indem die tatsächlich erbrachten Leistungen des Tarifs T1 vom SB 1.000 EUR auf den SB 500 EUR umgerechnet werden.

Im Jahr t+5 zeigt der Auslösende Faktor Versicherungsleistungen die Notwendigkeit einer Überprüfung der Rechnungsgrundlagen in Tarif T2 an. Dabei können auch bereits eigene Daten aus Tarif T2 betrachtet werden. Die Überprüfung ergibt, dass eine Neukalkulation zum 01.01.t+6 nötig ist. Dabei können das rechnungsmäßige Profil, die Stornowahrscheinlichkeiten und der Rechnungszins beibehalten werden, die rechnungsmäßigen Sterbewahrscheinlichkeiten werden auf die neueste PKV-Sterbetafel aktualisiert. Der rechnungsmäßige Grundkopfschaden muss um 13 Prozent erhöht werden. Dabei zeigt sich, dass zwei Prozentpunkte dieser Erhöhung darauf zurückzuführen sind, dass von Versicherten in Tarif T2 jährliche Leistungen (nach Abzug des Selbstbehalts) von maximal 500 EUR in Anspruch genommen wurden.

Klassifikation: Intern

(i) *[5 Punkte]* Liegt aus Ihrer Sicht der Tatbestand einer unzureichenden Erstkalkulation gem. § 155 Abs. 3 S. 4 VAG vor? Begründen Sie Ihre Einschätzung.

(ii) *[5 Punkte]* Beschreiben Sie (qualitativ) wie die Beiträge ermittelt werden müssen, die ab 01.01.t+6 für den Neuzugang bzw. für Bestandsversicherte zu erheben sind, wenn der Tatbestand der unzureichenden Erstkalkulation gegeben ist (unabhängig von dem Ergebnis, zu dem Sie in (i) gekommen sind).

(iii) *[6 Punkte]* Beschreiben Sie (qualitativ) wie sich eine unzureichende Erstkalkulation des Tarifs T2 für das Krankenversicherungsunternehmen finanziell in den Geschäftsjahren t bis t+4, im Geschäftsjahr t+5 und im Geschäftsjahr t+6 auswirkt.

Lösung

(a)

(i) Maßgebliche Rechnungsgrundlagen, deren dauerhafte Veränderung zu einer für eine Beitragsanpassung führt, sind gemäß § 203 VVG

- Versicherungsleistungen (Kopfschäden)
- Sterbewahrscheinlichkeiten

(ii) Externe Einflussfaktoren sind (Aufzählung nicht abschließend):

- Medizinische Inflation
- Neue Behandlungsmethoden und Medikamente
- Regulatorische Rahmenbedingungen
- Umweltfaktoren (Klimawandel, Ernährungstrends)
- Zins- und Währungspolitik der Staaten und Notenbanken
- Wirtschaftskrisen und wirtschaftliche Verwerfungen

(b) Die Regelungen von §155 Abs. 3 S. 4 VAG lassen sich entlang der einzelnen Satzbestandteile erläutern:

- „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht," bedeutet, dass der Satz im Kontext der vorherigen Sätze zu sehen ist. D.h. er greift nur dann, wenn die Voraussetzungen für die Durchführung einer Beitragsanpassung gegeben sind, und es besteht keine Pflicht zur Überprüfung früherer Anpassungen. „Insoweit" ermöglicht die Anpassung in dem Umfang, in dem sie nicht auf die unzureichende Erst- bzw. Neukalkulation zurückzuführen ist.

- „als die Versicherungsleistungen" grenzt die Geltung im Wortlaut ausschließlich auf unzureichend kalkulierte Versicherungsleistungen ein bzw. über den Ver-

Klassifikation: Intern

weis in § 155 Abs. 4 S. 3 VAG auch auf die Sterblichkeit. Der DAV-Fachgrundsatz geht jedoch davon aus, dass die Vorschrift auf alle Rechnungsgrundlagen wirkt, da sonst der Sinn und Zweck der Vorschrift nicht erfüllt würde.

- „zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation“ stellt klar, dass die Beurteilung „ex ante“ erfolgt. Das heißt ausschließlich unter Berücksichtigung von Erkenntnissen, die bereits zum Kalkulationszeitpunkt bzw. Wirksamwerden der Kalkulation verfügbar waren.

- „unzureichend kalkuliert waren“ heißt, dass der erforderliche Bedarf den kalkulierten Bedarf übersteigt. Eine Bagatellgrenze oder eine Mindestabweichung wie bei den Auslösenden Faktoren werden nicht genannt, doch ist davon auszugehen, dass dem Aktuar oder der Aktuarin Ermessensspielräume mit Abweichungstoleranzen gegeben sind. Dies insbesondere dann, wenn es sich um Entscheidungen handelt, denen eine Wertung zu Grunde liegt. Demnach kann eine Kalkulation auch unzureichend sein, wenn der Aktuar oder die Aktuarin alles richtig gemacht hat. Andererseits bleiben Kalkulationsfehler aber sanktionslos, soweit damit insgesamt keine unzureichende Kalkulation entsteht.

- „ordentlicher und gewissenhafter Aktuar“ legt einen Sorgfaltsmaßstab für Fahrlässigkeitsprüfung fest. Die Begrifflichkeiten „ordentlich und gewissenhaft“ sind aus einem anderen Rechtsumfeld (Aktien-/Genossenschaftsrecht) übernommene Rechtsbegriffe. Der ordentliche und gewissenhafte Aktuar bzw. die ordentliche und gewissenhafte Aktuarin beachtet die Standesregeln der DAV sowie die anerkannten aktuariellen Erfahrungssätze und Grundsätze. Er oder sie schöpft alle maßgeblichen Informationsquellen aus und schätzt auf dieser Grundlage die Vor- und Nachteile bestehender Handlungsalternativen ab.

- „insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen“ detailliert die Maßstäbe weiter. Der Umfang des objektiven Sorgfaltsmaßstabs wird auf „zu diesem Zeitpunkt verfügbar“ konkretisiert. Die gerichtliche Prüfung muss sich damit auf Unterlagen beschränken, die dem Treuhänder oder der Treuhänderin zur Verfügung gestellt wurden. Daher sollte die Dokumentation vollständig sein und ggf. auch auf naheliegende nicht verwendete Informationsquellen eingehen.

- „hätte erkennen müssen“ legt die Kriterien der Fahrlässigkeit fest. Es gilt einfache Fahrlässigkeit, was einer Außerachtlassung der einem ordentlichen und gewissenhaften Aktuar oder einer ordentlichen und gewissenhaften Aktuarin bei der Kalkulation obliegenden Sorgfaltspflichten entspricht. Die Fehlerhaftigkeit der Kalkulation muss jedoch objektiv ex-ante vorhersehbar gewesen sein.

Klassifikation: Intern

(c)

(i) Es ist vom Tatbestand einer unzureichenden Erstkalkulation auszugehen.

Begründung:

- Bei der Erstkalkulation wurde das Leistungsniveau aus Tarif T1 simuliert. Aufgrund des Selbstbehalts von 1.000 EUR in Tarif T1 muss nach allgemeiner Erfahrung davon ausgegangen werden, dass Rechnungen, die zu einem erstattungsfähigen Betrag zwischen 500 und 1.000 EUR führen, also bei einem Selbstbehalt von 500 EUR zu einer maximalen Erstattung von 500 EUR, nicht eingereicht werden. Zudem ist von einem höheren subjektiven Risiko auszugehen. Dies hätte durch geeignete Zuschlagsfaktoren berücksichtigt werden müssen. Der für diese Leistungen sowie die erhöhte Subjektivität erforderliche Bedarf – gemäß der aktuellen Untersuchung zwei Prozent des Grundkopfschadens – war im kalkulierten Bedarf nicht enthalten, übersteigt diesen also, so dass die Kalkulation der Versicherungsleistungen unzureichend war.

- Die Information entspricht dem aktuariellen Erfahrungsschatz. Zudem hätte bereits zum Zeitpunkt der Erstkalkulation durch einen Vergleich der von der BaFin veröffentlichten Kopfschäden für die unterschiedlichen Selbstbehalte geprüft werden können, inwieweit die aus der Simulation aus Tarif T1 ermittelten Kopfschäden hätten modifiziert werden müssen.

- Damit kann unterstellt werden, dass ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar oder eine ordentliche und gewissenhafte Aktuarin die unzureichende Erstkalkulation hätte erkennen müssen.

(ii) Da die Überprüfung ergab, dass der Grundkopfschaden um 13 Prozent erhöht werden muss, wovon zwei Prozentpunkte auf die unzureichende Erstkalkulation zurückzuführen sind. Damit wäre auch ohne letztere die Voraussetzung für eine Prämienanpassung erfüllt. Folglich darf und muss diese durchgeführt werden.

Beiträge für den zukünftigen Neuzugang:

Für Versicherte, die ab dem Zeitpunkt, zu dem die nachkalkulierten Beiträge veröffentlicht wurden, zugehen, können diese Beiträge, wenn sie gültig geworden sind, unmodifiziert erhoben werden.

Beiträge für den Bestand:

Bei Versicherten, deren Zugangsbeitrag dem Tatbestand der unzureichenden Erstkalkulation unterlag, darf die Prämienanpassung insoweit nicht erfolgen, als

Klassifikation: Intern

die Prämien unzureichend kalkuliert waren. Es dürfen also nur die Beiträge erhoben werden, die sich ergeben würden, wenn der Grundkopfschaden nur um elf Prozent erhöht werden würde.

(iii) Folgende finanzielle Auswirkung ergab bzw. ergeben sich für das Krankenversicherungsunternehmen:

- Geschäftsjahre t bis t+4

  In diesen Jahren lag der verdiente Beitrag niedriger, als wenn die ausreichenden Kopfschäden angesetzt worden wären. Dabei hat sich der fehlende Beitragsanteil, der als Sparbeitrag in die Alterungsrückstellung geflossen wäre, auf das Geschäftsergebnis nicht ausgewirkt, da die Zuführung zur Deckungsrückstellung mit den für die Beitragsberechnung angesetzten (unzureichenden) Rechnungsgrundlagen zu ermitteln war. Die Beitragsteile, die zur Deckung der im Geschäftsjahr anfallenden Versicherungsleistungen zusätzlich hätten einkalkuliert werden müssen sowie die höheren Erträge zur Kostendeckung und aus dem Sicherheitszuschlag, die sich aus höheren Beiträgen ergeben hätten, hätten zu einem höheren Rohüberschuss geführt.

- Geschäftsjahr t+5

  Der Effekt aus den Jahren t bis t+4 besteht weiterhin. Zusätzlich ist für die Bestandsversicherten der Betrag der Alterungsrückstellung zuzuführen, der benötigt wird, um den Teil der Prämienanpassung zu eliminieren, der auf die unzureichende Kalkulation zurückzuführen ist. Die Finanzierung darf nicht aus der RfB erfolgen und mindert den Rohüberschuss.

- Geschäftsjahr t+6

  Es ergibt sich keine finanzielle Auswirkung mehr, da sowohl für Bestand als auch im Neugeschäft die um den Kalkulationsfehler bereinigten neuen Rechnungsgrundlagen verwendet werden.

Klassifikation: Intern

Aufgabe 4. *[Rechnungsgrundlagen / Besonderheiten der Kalkulation] [45 Punkte]*

Ihr Unternehmen hat vor einigen Jahren einen mit 3 MB gezillmerten Ambulanttarif in der Krankheitskostenvollversicherung eingeführt. Das aktuelle Profil und der aktuelle Grundkopfschaden entsprechen dem BaFin-Profil 2020 bzw. dem BaFin-Grundkopfschaden 2020. Als Stornotafel liege die BaFin-Stornotafel 2020 und als Sterbetafel die PKVSterbetafel 2021 zugrunde. Der aktuelle Rechnungszins betrage 1,5%.

Im Rahmen der jährlichen Überprüfung der Rechnungsgrundlagen haben die beiden auslösende Faktoren (AF Schaden und AF Sterblichkeit) die Schwellenwerte des § 8b MB/KK nicht unter- bzw. überschritten. Allerdings zeigt sich, dass das Profil nicht mehr steil genug ist und zwischen den Altern 50 und 60 linear angehoben werden müsste, sodass die Kopfschäden ab Alter 60 um 5 % über dem bisherigen Niveau liegen. Und auch der AUZ ist auf einen Wert von 2,5% angestiegen.

(a) *[15 Punkte]* Betrachten Sie die Variante V des Ausgangstarifes, bei der das Profil - wie oben dargestellt - aufgesteilt und der Rechnungszins auf 2,5 % angehoben wird.

Skizzieren Sie beim Übergang vom Ausgangstarif auf die Variante V die prozentuale Änderung der Neugeschäftsbeiträge in Abhängigkeit vom Eintrittsalter und erläutern Sie den Verlauf. Führen Sie dabei die Anpassung der beiden Rechnungsgrundlagen hintereinander in zwei Teilschritten durch und erläutern Sie jeweils den Verlauf der prozentualen Veränderung der Neugeschäftsbeiträge.

(b) *[30 Punkte]* Das Unternehmen plant, für den obigen Tarif eine leistungsgleiche Variante V2 mit einer vom Zahlbeitrag abhängigen erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung einzuführen.

(i) *[7 Punkte]* Beschreiben und erläutern Sie die aktuariellen Besonderheiten, die bei der Kalkulation der Beiträge für Tarife mit einer vom Zahlbeitrag abhängigen erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattungen (euBR) zu beachten sind.

(ii) *[7 Punkte]* Beschreiben Sie die beiden gängigen Kalkulationsvarianten (Kopfschadenvariante und Zuschlagsvariante) für Tarife mit erfolgsunabhängiger Beitragsrückerstattung und gehen Sie auf die wesentlichen Unterschiede ein.

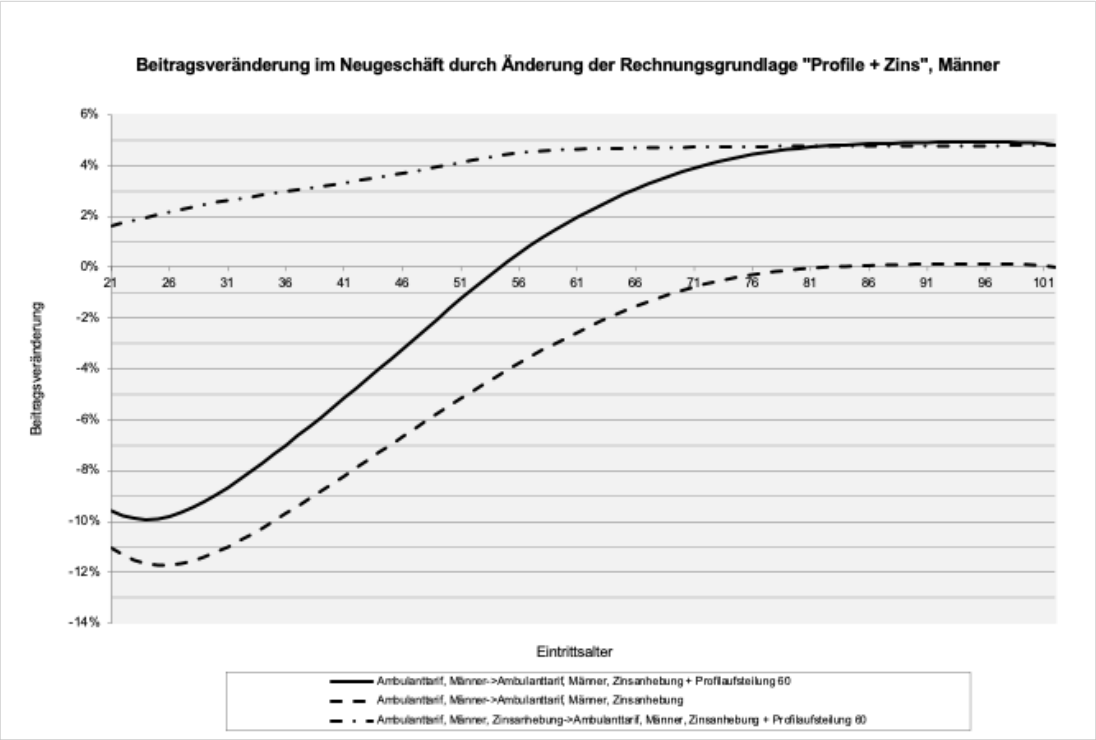
(iii) [*5 Punkte]* Beschreiben Sie, welche Auswirkungen die Einführung einer leistungsgleichen Tarifvariante mit erfolgsunabhängiger Beitragsrückerstattung auf die jeweiligen Risikoprofile in den Tarifen haben kann.

Klassifikation: Intern

(iv) [*11 Punkte]* Beschreiben Sie, welche Möglichkeiten die Aktuarin / der Aktuar hat, die Kalkulation des Ausgangstarifes anzupassen, wenn sie / er durch die Einführung der Tarifvariante V2 negative Auswirkungen auf den Ausgangstarif feststellt. Bewerten Sie diese Möglichkeiten hinsichtlich rechtlicher Gesichtspunkte und inwieweit sie dazu beitragen können, die negativen Auswirkungen auf den Ausgangstarif zu minimieren. Unterstellen Sie dabei, dass für die Kalkulation der euBR-Variante das Zuschlagsverfahren verwendet wurde.

Lösung

(a)



Gedanklich kann man die Anpassung zerlegen in 2 Teilschritte, im ersten Schritt Anhebung des Rechnungszinses und im zweiten Schritt Aufsteilung des Profils. Die prozentuale Veränderung der Neugeschäftsbeiträge setzt sich dann multiplikativ zusammen aus den prozentualen Veränderungen der Neugeschäftsbeiträge der beiden Teilschritte.

Schritt 1: Die Anhebung des Rechnungszinses wirkt in Tarifen mit monoton steigenden Kopfschadenprofilen grundsätzlich beitragssenkend. Aufgrund der höheren Verzinsung der Deckungsrückstellung im Rahmen der Rechnungszinsanhebung wird mehr Deckungsrückstellung durch die Verzinsung aufgebaut. Folglich muss aufgrund des Äquivalenzprinzips ein geringerer Sparbeitrag aufgewendet werden, um die Deckungsrückstellung aufzubauen. Das Ausmaß der Absenkung hängt neben der Steilheit des Profils maßgeblich von der kalkulierten Verweildauer der versicherten Person

Klassifikation: Intern

ab. Bei der angegebenen Ausscheideordnung nimmt die kalkulierte Verweildauer wegen der anfänglich hohen Stornowahrscheinlichkeiten mit zunehmendem Eintrittsalter zunächst zu und dann wieder ab. Entsprechend nimmt die Wirkung der Anhebung des Rechnungszinses ebenfalls kontinuierlich ab (der anfängliche Anstieg der Verweildauern wirkt zu Beginn etwas dämpfend). Insofern steigt die Kurve der prozentualen Beitragsveränderungen beim Übergang vom Rechnungszins 1,5% auf den Rechnungszins 2,5% kontinuierlich auf 0% an. Für sehr hohe Eintrittsalter steigt die Kurve sogar leicht ins Positive. Ursache für diese Entwicklung in hohen Eintrittsaltern ist die Wirkungsweise des Rechnungszinses auf den Neugeschäftsbeitrag in Kombination mit der Zillmerung in hohen Altern: Bei sehr hohen Eintrittsaltern führt die Zillmerung längerfristig bis dauerhaft zu negativen Alterungsrückstellungen. Der Rechnungszins bekommt dann einen Schuldzinscharakter, sodass eine Anhebung des Rechnungszinses sogar beitragserhöhend wirkt.

Schritt 2: Eine Profilaufsteilung wirkt wegen der höheren Kopfschäden, die über die Versicherungsdauer finanziert werden müssen, beitragserhöhend. Je höher das Eintrittsalter, desto stärker wirkt die vorgezogene Aufsteilung des Profils, da die höheren Kopfschäden über einen kürzeren Vertragszeitraum finanziert werden müssen. Beim Übergang vom Ausgangsprofil nach Schritt 1 auf die Variante V startet die Kurve der prozentualen Änderungen der Neugeschäftsbeiträge auf einem niedrigen Niveau und steigt dann kontinuierlich bis zum Alter 60 an. Ab diesem Alter verläuft die Kurve konstant, da die Profilaufsteilung abgeschlossen ist und die Kopfschäden ab dem Alter in Variante V konstant um 5 % höher sind als im Ausgangstarif bzw. im Ausgangstarif nach Schritt 1. Die Beitragsveränderung liegt aber etwas unter 5 %, da die Stückkosten nicht angepasst werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der beitragssteigernde Effekt der Profilaufsteilung aufgrund der erst später beginnenden Profilaufsteilung in dem vorliegenden Beispiel für jüngere Eintrittsalter geringer ist als der beitragssenkende Effekt der Zinsanhebung, die in jungen Jahren am stärksten wirkt. Für höhere Eintrittsalter überwiegt der beitragssteigernde Effekt der Profilaufsteilung.

(b)

(i) Die euBR-Leistung wirkt sich für die Versicherten wie ein individueller zusätzlicher Selbstbehalt aus. Daher beeinflusst die euBR-Leistung den Kopfschaden und damit den Zahlbeitrag und ist umgekehrt selbst abhängig vom Zahlbeitrag und damit abhängig vom Alter und von der Bestandsdauer.

Die Abhängigkeit vom individuellen Zahlbeitrag bewirkt eine Individualisierung der Beitragskalkulation. Da i.d.R. aber keine aussagefähigen Beobachtungswerte für den individuellen Versicherungsverlauf vorliegen, müssen für die Beitragskalkulation Vereinfachungen vorgenommen werden. Wegen der Abhängigkeit des Zahlbeitrages vom Alter und der Bestandszugehörigkeit ist eigent-

Klassifikation: Intern

lich eine zweidimensionale Kalkulation erforderlich. Dies erfordert eine Reduktion der Abhängigkeiten der euBR-Leistungen auf eine reine Altersabhängigkeit. Aufgrund der Abhängigkeit der Kalkulation vom Zahlbeitrag ist eine Kalkulation mittels eines iterativen Verfahrens erforderlich. Insgesamt wird die Beitragskalkulation deutlich komplexer.

Je nach Ausgestaltung kann die euBR-Leistung eine Selektionswirkung haben und zu Tarifwechseln führen. Dies ist bei Kalkulation der Tarife mit zu berücksichtigen. Außerdem wirkt die euBR-Leistung, wie oben bereits erwähnt, wie ein individueller zusätzlicher Selbstbehalt und damit leistungssteuernd auf die eigentlichen Krankheitskosten. Ohne Berücksichtigung von Selektionseffekten gilt dabei grundsätzlich, dass die Einsparungen bei den reinen Krankheitskosten immer kleiner oder gleich dem (zusätzlichen) Aufwand für die euBR-Leistung sind.

(ii) Die Kalkulation eines Tarifes mit einer vom Zahlbeitrag abhängigen euBR-Leistung kann gemäß §8 KVAV durch einen altersunabhängigen oder eintrittsalterabhängigen Beitragszuschlag im Umlageverfahren erfolgen. Dieser ist so bemessen, dass er die erforderlichen Aufwendungen rechnungsmäßig deckt (vergleichbar mit Kostenzuschlägen).

Alternativ kann die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung auch als separate Versicherungsleistung angesehen und gemäß §6 (1) KVAV innerhalb der Kopfschäden einkalkuliert werden.

Da die Abhängigkeit vom individuellen Zahlbeitrag für beide Kalkulationsmethoden gegeben ist, kann die Beitragsberechnung in allen Kalkulationsmethoden nur in einem iterativen Verfahren erfolgen.

Bei dem Zuschlagsverfahren lassen sich folgende Teilvarianten unterscheiden:

- Absoluter Beitragszuschlag (wie ein zusätzlicher altersunabhängiger Stückkostenzuschlag)
- Prozentualer Beitragszuschlag (wie ein zusätzlicher Sicherheitszuschlag, wenn er auf das ursprüngliche Eintrittsalter bezogen wird (gemäß §8 (4) Satz 4 KVAV)
- Gemischte Varianten oder altersabhängige Zuschläge. Altersabhängige Zuschläge oder prozentuale Zuschläge ermöglichen eine Reduktion des Beitragszuschlages für gewisse Alter x.

Beim Verfahren mit einem Kopfschadenanteil für die euBR-Leistung wird die euBR-Leistung auch bei der Alterungsrückstellung und der Ermittlung der auslösenden Faktoren berücksichtigt. Beim Zuschlagsverfahren ist dies nicht der Fall. Teilkopfschäden für euBR-Leistungen können für höhere Alter ein fallendes oder konstantes Profil aufweisen, da z. B. der Anteil der Versicherten, die

Klassifikation: Intern

keine Leistungen in Anspruch nehmen, mit dem Alter i.d.R. abnehmen. Das kann dazu führen, dass in diesem Fall weniger Alterungsrückstellung gebildet wird als im Zuschlagsverfahren.

Der Aktuar hat letztlich zu entscheiden, welches Verfahren vor dem Hintergrund der Tariflandschaft und des vorhandenen Risikokollektivs aktuariell angemessen ist.

(iii) Falls neben dem euBR-Tarif auch noch ein leistungsgleicher Tarif ohne euBR-Leistung existiert, kann ein sogenanntes „***Vorteilshopping“*** und damit eine ***mögliche Antiselektion*** auftreten. Vorteilshopping kann auftreten, wenn die euBR-Leistung und die Kalkulation der euBR-Variante des Tarifes subjektive Anreize für gute Risiken bietet, aus dem Ausgangstarif in die euBR-Variante zu wechseln und dadurch vermehrt gute Risiken in die euBR-Variante wechseln und die schlechten Risiken in der Ausgangsvariante bleiben bzw. wieder zurück wechseln. Dadurch können Antiselektionseffekte im Ausgangstarif entstehen, die sich durch entsprechende Tarifwechsel sukzessive verstärken können. Das bedeutet, dass sich das Risikoprofil im Ausgangstarif durch das Vorteilshopping sukzessive verschlechtert und die Kopfschäden für das tarifliche Leistungsversprechen steigen, während die euBR-Variante trotz des identischen Leistungsversprechens eine bessere Kopfschadenentwicklung aufweist. Diese Antiselektionseffekte können insbesondere bei der Einführung einer leistungsgleichen euBR-Variante auftreten, aber auch dann, wenn sich die Tarife leistungsmäßig leicht unterscheiden. Negativen Auswirkungen auf den Ausgangstarif durch die Einführung der euBR-Variante sind durch den Aktuar zu minimieren. Der Aktuar muss darauf achten, dass die dauernde Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens in den Tarifen durch Tarifwechselbewegungen infolge der Einführung einer euBR-Variante nicht gefährdet wird.

(iv) Im Falle, dass die Auslösenden Faktoren nicht angesprungen sind, hat der Aktuar gemäß § 203 (2) VVG kein Recht, die Beiträge im Bestand des Ausgangstarifes anzupassen. Demnach bleiben dem Aktuar zwei grundsätzliche Möglichkeiten bezüglich der Anpassung des Ausgangstarifes:

- Es werden lediglich die Neugeschäftsbeiträge des Ausgangstarifes angepasst und dort die Profilaufsteilung und der neue Rechnungszins in Höhe von 2,5 % einkalkuliert. Ggf. werden dabei, falls erforderlich, weitere Rechnungsgrundlagen aktualisiert.

- Es werden die Neugeschäftsbeiträge des Ausgangstarifes gemäß dem vorherigen Punkt angepasst. Für die Bestandsbeiträge wird eine stille Sanierung unter Einsatz von RfB-Mitteln mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders durchgeführt.

Klassifikation: Intern

Die Möglichkeit, die Beiträge des Ausgangstarifes nur im Neugeschäft anzupassen, verstößt nicht gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, der gemäß § 146 (2) Satz 1 VAG in Verbindung mit § 138 (2) VAG auch für die private Krankenversicherung gilt. Jedoch wird in § 146 (2) Satz 2 VAG präzisiert, dass die Prämien für das Neugeschäft nicht niedriger sein dürfen als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden. Diese Bedingung wäre in dem vorliegenden Fall gemäß Aufgabenteil (a) für einige Alter aber verletzt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen einer Neukalkulation alle Rechnungsgrundlagen aktualisiert werden müssen, da ansonsten ein Verstoß gegen § 2 (3) KVAV (Verwendung von ausreichenden Sicherheiten in der Festlegung der Rechnungsgrundlagen) und § 10 (1) KVAV (Notwendigkeit einer risikogerechten Kalkulation) vorliegt. Dies betrifft auch die maßgeblichen Rechnungsgrundlagen, selbst wenn die zugehörigen Auslösenden Faktoren noch im Toleranzbereich liegen. Allerdings fehlen hinsichtlich der Zusammenführung der Teilbestände (Neugeschäft und Bestand) derzeit die rechtlichen Rahmenbedingungen, sodass eine spätere Zusammenführung der Teilbestände rechtlich problematisch ist, insbesondere wenn, wie in diesem konkreten Fall, eine maßgebliche Rechnungsgrundlage gemäß VVG im Neugeschäft aktualisiert wurde. Insofern ist die alleinige Anpassung der Neugeschäftsbeiträge des Ausgangstarifs aufgrund der genannten Aspekte sorgfältig zu prüfen.

Um zu verhindern, dass die Kopfschäden im Ausgangstarif aufgrund von Antiselektionseffekten steigen und die Kopfschäden des Ausgangstarifs und der euBR-Variante auseinanderlaufen, wäre aus aktuarieller Sicht eine *vollständige Klammerung* von Ausgangstarif und euBR-Variante im Rahmen des AF-Verfahrens anzustreben.

Im vorliegenden Fall könnte man die Neugeschäftsvariante des Ausgangstarifes und die euBR-Variante im Rahmen des AF-Verfahrens vollständig klammern. In dem Fall der Kalkulation der euBR-Leistung durch das Zuschlagsverfahren kann nämlich davon ausgegangen werden, dass das tarifliche Leistungsversprechen für die Neugeschäftsvariante des Ausgangstarifes und die euBR-Variante dem Grunde und der Höhe nach identisch sind. Eine vollständige Klammerung zwischen diesen beiden Varianten steht nicht im Widerspruch zur Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die tatsächlichen Krankheitskostenleistungen beider Varianten können dann bei Berechnung der auslösenden Faktoren (unmodifiziert) zusammengefasst werden, sodass die Kopfschäden dieser beiden Varianten nicht auseinanderlaufen. Das eigentliche Problem eines möglichen Vorteilshopping aus dem Altbestand des Ausgangstarifes in die euBR-Variante ist aber grundsätzlich nicht gelöst, da die Rechnungsgrundlagen für die tariflichen Krankheitskostenleistungen im Bestand des Ausgangstarifes und der euBR-Variante auseinanderlaufen und eine vollständige Klammerung

Klassifikation: Intern

im Rahmen des AF-Verfahrens dort mit der euBR-Variante somit weiterhin nicht möglich ist.

Um ein dauerhaftes Auseinanderlaufen der Teilbestände zu verhindern und eine vollständige Klammerung von Ausgangstarif und euBR-Variante im Rahmen des AF-Verfahrens zu ermöglichen, ist deshalb zu prüfen, ob man die neuen Rechnungsgrundlagen auch für den Bestand des Ausgangstarifes im Rahmen einer stillen Sanierung einführt. Das bedeutet, dass die Beitragserhöhungen im Bestand des Ausgangstarifes, die sich durch die Aktualisierung der Rechnungsgrundlagen ergeben, durch den Einsatz von RfB-Mitteln oder aus Unternehmensmitteln ausfinanziert werden. Der Einsatz von RfB-Mitteln ist nur möglich, wenn die Satzung eine derartige Verwendung der RfB-Mittel vorsieht und der Treuhänder einer Verwendung zustimmt. Aus rechtlicher Sicht könnte eine stille Sanierung ggf. kritisch sein, da sich durch die stille Sanierung ggf. Auswirkungen auf zukünftige Anpassungen ergeben. Außerdem ist beim Einsatz von RfB-Mitteln zu beachten, dass es dabei zu keiner Ungleichbehandlung im Bestand kommt. Durch die Treuhänderzustimmung ist das Risiko aber tragbar. Rechtlich bedenklich könnte auch die stille Sanierung lediglich einzelner Rechnungsgrundlagen sein. Es empfiehlt sich, die stille Sanierung eng mit dem mathematischen Treuhänder abzustimmen.

In dem vorliegenden Fall würde die stille Sanierung, sofern die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind, sowohl das Problem unterschiedlicher Teilbestände im Ausgangstarif lösen als auch eine vollständige Klammerung von Ausgangstarif und euBR-Variante im AF-Verfahren ermöglichen. Da es gemäß Aufgabenteil (a) für jüngere Alter aufgrund des dominierenden Effektes der Zinsanhebung bei der Anpassung sogar zu einer Beitragssenkung kommen kann, wirkt sich dies mindernd auf die Höhe der für die Limitierung erforderlichen RfB-Mittel aus.

Klassifikation: Intern