



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Fachgrundsatz der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.
**Kalkulation von Krankenversicherungstarifen
nach Art der Schadenversicherung**

Hinweis

Köln, 19. Januar 2016

Außer Kraft

Präambel

Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) e. V. hat entsprechend des Verfahrens zur Feststellung von Fachgrundsätzen vom 25. April 2013 den vorliegenden Fachgrundsatz festgestellt.¹

Fachgrundsätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- aktuarielle Fachfragen behandeln,
- von grundsätzlicher und praxisrelevanter Bedeutung für Aktuare sind,
- berufsständisch durch ein Feststellungsverfahren legitimiert sind, das allen Aktuaren eine Beteiligung an der Feststellung ermöglicht, und
- ihre ordnungsgemäße Verwendung seitens der Mitglieder durch ein Disziplinarverfahren berufsständisch abgesichert ist.

Dieser Fachgrundsatz ist ein Hinweis. Hinweise sind nicht verbindliche Empfehlungen zu aktuariellen Einzelfragen. Sie werden grundsätzlich auf der Basis einer hinreichend breiten fachlichen Diskussion und Abstimmung ausgesprochen.

Anwendungsbereich

Der sachliche Anwendungsbereich dieser Ausarbeitung betrifft alle Aktuare, die mit nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Krankenversicherungstarifen befasst sind.

Inhalt des Hinweises

Die Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung („KV nach Art der SV“, Definition in Abschnitt 1) gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Entsprechende Produkte der nicht-substitutiven Krankenversicherung werden derzeit sowohl von Krankenversicherern als auch von Kompositversicherern angeboten. Als Krankenversicherung sollte dabei zumindest jedes Produkt angesehen werden, das überwiegend krankensicherungstypische Leistungen i. S. d. § 192 VVG gewährt.

Der gesetzliche Rahmen, innerhalb dessen die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung zu erfolgen hat, ist im Gegensatz zur Kalkulation von Krankenversicherungen nach Art der Lebensversicherung („KV nach Art der LV“) sehr weit gefasst. Zudem ist für diese Produkte nicht immer eindeutig, was erlaubt ist und was nicht. In Abschnitt 2 werden deshalb die rechtlichen Rahmenbedingungen, die für die „KV nach Art der SV“ gelten, und ihre unterschiedliche Interpretation näher beschrieben.

¹ Der Vorstand dankt der Arbeitsgruppe „KV nach Art der SV“ des DAV-Ausschusses Krankenversicherung ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Harald Kobs (Leitung), Matthias Bay, Stefan Bause, Reinhard Dietrich, Rainer Frank, Monika Franke, Martin Künzler, Karl-Josef Maiwald

In Abschnitt 3 werden die möglichen Produkt- und Kalkulationsformen in der „KV nach Art der SV“ grundsätzlich beleuchtet, mit Benennung der jeweiligen Konsequenzen und eventueller Gefahren.

Die Abschnitte 4 und 5 widmen sich den Besonderheiten, die bei der Kalkulation dieser Produkte durch *Kompositversicherer* und durch *Krankenversicherer* zu beachten sind. Als Krankenversicherer wird dabei ein Versicherer angesehen, der KV-Geschäft nach Art der LV betreibt.

Krankenversicherungsprodukte, die nicht dem deutschen Privatrecht (VVG) unterliegen (z. B. GKV-Produkte oder Tarife der PBeaKK) oder die ausländische Versicherer anbieten, werden nicht untersucht. Options-, Ruhens- und Anwartschaftstarife, die u. U. dem Bereich „KV nach Art der SV“ zugewiesen werden könnten, bleiben ebenfalls ausgeklammert, da hierzu bereits ein DAV-Hinweis existiert.

Verabschiedung

Dieser Hinweis ist durch den Vorstand der DAV am 19. Januar 2016 verabschiedet worden. Es handelt sich dabei um eine redaktionelle Überarbeitung des gleichnamigen Hinweises vom 6. Dezember 2010, der durch den vorliegenden Hinweis ersetzt wird.

Dieses Papier wurde außer Kraft gesetzt und am 13. Dezember 2019 durch den gleichnamigen Hinweis ersetzt.

Inhaltsverzeichnis

1.	Definition der Kalkulation nach Art der Schadenversicherung	5
2.	Rechtsgrundlagen der nicht-substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Schadenversicherung betrieben wird	5
2.1.	<i>Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)</i>	6
2.2.	<i>Versicherungsvertragsgesetz (VVG)</i>	7
2.3.	<i>Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)</i>	8
2.4.	<i>Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)</i>	8
2.5.	<i>Sozialgesetzbuch 5 Buch (SGB V)</i>	9
3.	Grundsätzliche Ausführungen	9
3.1.	<i>Einleitung</i>	9
3.2.	<i>Anforderungen an die Erstkalkulation und die AVB-Ausgestaltung</i>	9
3.3.	<i>Beitragsanpassung und AVB-Änderung</i>	13
3.4.	<i>Produktgestaltung – Ausgestaltungsmöglichkeiten und Konsequenzen ...</i>	16
3.4.1.	<i>Auf maximal ein Jahr befristete Verträge ohne Verlängerungsmöglichkeit</i>	17
3.4.2.	<i>Auf ein Jahr befristete Verträge mit automatischer Verlängerung</i>	18
3.4.3.	<i>Auf mehr als ein Jahr befristete Verträge mit und ohne Verlängerungsoption</i>	18
3.4.4.	<i>Unbefristete Verträge</i>	19
4.	Besonderheiten bei Kompositversicherern	20
4.1.	<i>Beitragsanpassung und Änderung der AVB</i>	20
4.2.	<i>Quersubventionierung</i>	20
4.3.	<i>Tarifwechsel</i>	21
5.	Besonderheiten bei Krankenversicherern	21
5.1.	<i>Befristete Verträge</i>	21
5.1.1.	<i>Ausgestaltungsmöglichkeiten und Konsequenzen</i>	21
5.1.2.	<i>Quersubventionierung</i>	22
5.1.3.	<i>Risikogerechtigkeit der Prämie und Unzulässigkeit von Sondervergütungen</i>	23
5.2.	<i>Unbefristete Verträge</i>	24

1. Definition der Kalkulation nach Art der Schadenversicherung

Die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung steht im Spannungsfeld zwischen der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) und der Kalkulation nach Art der Sozialversicherung (Umlageverfahren).

Während die Kalkulation nach Art der LV dem Grundsatz „vertragslang konstanter Beiträge“ folgt mit der Notwendigkeit der Bildung einer Alterungsrückstellung, gehorcht die Kalkulation nach Art der Sozialversicherung sozialen Gesichtspunkten. So ergeben sich z. B. die Beiträge in Abhängigkeit vom Einkommen. Ein typisches Beispiel für die Kalkulation nach Art der LV stellt die Kalkulation der substitutiven Krankenversicherung dar, für die Kalkulation nach Art der Sozialversicherung die Kalkulation der gesetzlichen Krankenversicherung.

Grundsätzlich sollte die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung zu Beiträgen führen, die auskömmlich sind. Der Bezug der Auskömmlichkeit auf das Gesamtkollektiv kann naturgemäß weiter ausgelegt werden als bei der Kalkulation nach Art der LV.

Allerdings besteht bei nicht risikogerechter „pauschaler“ Kalkulation die Gefahr einer Unterdeckung durch Teilbestandsabwanderungen zu einem risikogerecht kalkulierten Kollektiv. Der Markt könnte aus Wettbewerbsgründen grundsätzlich eine Differenzierung i. S. d. individuellen Äquivalenzprinzips erforderlich machen. Daher sollte die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung näher an der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung liegen, da die sich ergebenden Beiträge risikogerecht kalkuliert sein sollten. Die Einstufung der Personen sollte nach Risikomerkmale erfolgen. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise die Einstufung nach Tarif, Alter und Geschlecht. Anders als die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung sieht die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung keine Alterungsrückstellungen gemäß § 341f HGB vor, so dass sich dort im Vertragsverlauf – sofern kein Einheitsbeitrag kalkuliert wird – planmäßig ändernde Beiträge ergeben.

Die Kalkulation nach Art der LV ist nach § 160 VAG in einer Kalkulationsverordnung geregelt, weil der Gesetzgeber die Interessen der versicherten Personen als schützenswert ansieht. Offensichtlich liegt für den Gesetzgeber – auch mit Hinblick auf die Dritte Schadenversicherungsrichtlinie – derzeit ein in gleicher Weise schützenswertes Interesse bei nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Versicherungen nicht vor. Es gibt dafür praktisch keine Regelungen.

2. Rechtsgrundlagen der nicht-substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Schadenversicherung betrieben wird

In der Krankenversicherung wird zum einen nach Art der *Bedarfsdeckung* zwischen Schaden- und Summenversicherung unterschieden. Bei der Schadenversicherung werden die Personenschäden grundsätzlich im Rahmen der ermittelten Schadenhöhe gedeckt. Bei der Summenversicherung wird im Versicherungsfall nicht der jeweilige Schadenwert, sondern die bei Vertragsschluss vereinbarte Summe geleistet.

Des Weiteren kann eine Unterteilung nach der *Funktion* der Krankenversicherung erfolgen. Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, wird nach der Legaldefinition des § 195 VVG als substitutive Krankenversicherung bezeichnet. Sofern diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, spricht man von einer nicht substitutiven Krankenversicherung.

Weiterhin kann zwischen den verschiedenen *Betriebsarten* unterschieden werden. Die Krankenversicherung kann nach Art der Lebensversicherung und nach Art der Schadenversicherung (oder Sachversicherung) betrieben werden.

Krankenversicherungen, die *nach Art der Lebensversicherung* betrieben werden, müssen u. a. nach den versicherungsmathematischen Methoden der Lebensversicherung kalkuliert werden. Dies trifft zu, wenn eine Alterungsrückstellung unter Berücksichtigung des „individuellen“ Äquivalenzprinzips gebildet wird.

Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, sind zahlreiche weitere Auflagen zu beachten, die wichtigsten sind:

- Bestellung eines Verantwortlichen Aktuars
- Die Prämienkalkulation ist nur im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben möglich (VAG, VVG, KalV/ÜbschV etc.)
- Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist in der substitutiven KV ausgeschlossen
- Die nach Art der LV betriebene Krankenversicherung ist grundsätzlich unbefristet
- Beitrags- und Bedingungsänderungen sind nur unter strengen Voraussetzungen möglich und bedürfen grundsätzlich der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (Ausnahme: §§ 203 Abs. 4 i. V. m. 164 VVG)

Die substitutive Krankenversicherung muss grundsätzlich nach Art der Lebensversicherung betrieben werden (vgl. § 146 VAG). Hinsichtlich der nicht-substitutiven Krankenversicherung besteht ein Wahlrecht (vgl. § 147 VAG); ihr Betrieb bzw. ihre Kalkulation nach Art der LV ist zulässig. Die nicht-substitutive Krankenversicherung kann aber auch nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Für diese Betriebsart gibt es keine zwingenden Sonderregelungen. Es sind jedoch ggf. folgende Rechtsvorschriften zu beachten:

2.1. Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Die Grundsätze für die Prämienkalkulation sind nur für die substitutive Krankenversicherung in den §§ 146 Abs. 1, 2 und 149 VAG vorgeschrieben. Sie gelten mit Ausnahme von § 149 VAG entsprechend für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung. Auch die Regelungen hinsichtlich des Verantwortlichen Aktuars und des unabhängigen Treuhänders und die weiteren aufsichtsrechtlichen Vorschriften der §§ 8 Abs. 4 Satz 2 (Spartentrennungsgebot), 9 Abs. 4

Satz 5, 151 sowie 158 Abs. 1 VAG gelten nur für die substitutive Krankenversicherung und zum Teil entsprechend für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung.

Auf die Krankenversicherung *nach Art der Schadenversicherung* sind die o.g. Vorschriften *nicht* zwingend anzuwenden.

Die Prämien werden in der Regel so kalkuliert, dass sie die Schäden eines Jahres abdecken.

Es ist zulässig, diese Versicherungsform – soweit möglich – mit geeigneten versicherungsmathematischen Methoden zu kalkulieren. Falls aber die Bildung von Alterungsrückstellungen nach §§ 146 Abs. 1 Nr. 2 VAG i. V. m. 341f HGB bzw. 150 VAG vorgesehen wird, dann sind auch alle anderen Voraussetzungen für die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung einzuhalten.

Anzumerken bleibt, dass § 155 Abs. 2 VAG nach seinem Wortlaut bei allen RfB-Entnahmen gilt, d. h. auch bei eventuellen Entnahmen für Tarife, die nach Art der SV betrieben werden.

2.2. Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Auf die nach Art der Schadenversicherung betriebene Krankenversicherung findet grundsätzlich das gesamte VVG, insbesondere das Kapitel 8. Krankenversicherung (§§ 192 bis 208) Anwendung. Einige Sondervorschriften gelten nur für die substitutive bzw. nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung (z. B. § 203 Abs. 1 und 3 VVG).

Beispiele für wichtige anwendbare Vorschriften:

§ 195 Abs. 1 (Versicherungsdauer)

Eine Befristung ist grundsätzlich möglich. Dies ermöglicht die Kalkulation mit altersabhängigen Risikoprämien und ggf. sogar erneuter Gesundheitsprüfung. Eine Befristung schließt eine erneute Versicherung – mit oder ohne erneute Gesundheitsprüfung – nicht aus.

§ 203 Abs. 2 (Prämienanpassung)

Diese Vorschrift verlangt nach dem Wortlaut nur ein Versicherungsverhältnis, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist.

Nach dem Gesetzestext ist diese Regelung auch auf die nach Art der Schadenversicherung betriebene Krankenversicherung anwendbar, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist. Unter dieser Voraussetzung wären Prämienänderungen nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders zulässig.

Teilweise wird in der Literatur die Auffassung vertreten, dass der Anwendungsbereich des Abs. 2 auf die substitutive bzw. nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung begrenzt ist. Hierfür spräche auch die Bezugnahme auf berechnete Berechnungsgrundlagen (vgl. Grote „Die Rechtsstellung der Prämien-, Bedingungs- und Deckungsstocktreuhänder nach dem VVG und dem VAG“, S. 463, Römer/Langheid VVG, 2. Auflage, § 178g Rn. 4). Die Zulässigkeit von Prämienanpassungsklauseln in Verträgen, die der Versicherer ordentlich kündigen kann, richtet sich bei dieser Auslegung nur nach § 307 BGB (Prölss in Prölss/Martin VVG 27. Auflage, § 178g Rn. 23).

§ 204 (Tarifwechsel)

Das Tarifwechselrecht gilt nach der herrschenden Meinung für alle unbefristeten Krankenversicherungsverträge. Eine Beschränkung auf eine bestimmte Betriebsart ist anders als in § 146 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 147 VAG aber nicht vorgesehen. Nach der Gesetzesbegründung ist diese Regelung vorrangig zum Schutz vor Vergrößerung notwendig.

Teilweise wird die Auffassung vertreten, dass § 204 nur auf die substitutive bzw. nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung Anwendung findet. Hierfür spräche unter anderen der in § 204 VVG 2008 enthaltene Hinweis auf § 12 Abs. 1 Nr. 4 und § 12c VAG und die Möglichkeit Alterungsrückstellungen anzurechnen. Allerdings muss man darauf hinweisen, dass dieser Passus in der ab dem 01.01.2009 gültigen Fassung des § 204 VVG (in der Fassung des GKV-WSG) wieder entfallen ist.

§ 206 (Kündigung des Versicherers)

Gemäß Abs. 2 kann eine Krankenhaustagegeldversicherung, die nicht neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht, oder eine nicht-substitutive Krankheitskostenteilversicherung nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende des Versicherungsjahres durch den Versicherer gekündigt werden. Nach Prölss in Prölss/Martin 27. Auflage, § 178i Rn. 3, könnte der Versicherer in den sonstigen Zweigen (Beispiel: Auslandsreisekrankenversicherung) nach den allgemeinen Regeln des § 11 VVG kündigen. Allerdings dürfte in der Praxis die Abgrenzung zur Krankheitskostenteilversicherung schwierig sein.

2.3. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Soweit die Vorschriften nicht durch die spezielleren Vorschriften des VVG verdrängt werden, findet das BGB Anwendung.

2.4. Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)

Gemäß der Ermächtigungsgrundlage des § 160 Abs. 1 VAG gelten diese Rechtsverordnungen nur für die nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung. Eine analoge Anwendung ist aber nicht verboten (s. o.).

2.5. Sozialgesetzbuch 5 Buch (SGB V)

Für eine nach Art der Schadenversicherung betriebene Krankenversicherung muss kein Arbeitgeberzuschuss gezahlt werden. Dieser setzt u. a. gem. § 257 Abs. 2a Nr. 1 SGB V voraus, dass diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

3. Grundsätzliche Ausführungen

3.1. Einleitung

An die Kalkulation von KV-Tarifen nach Art der SV sind deutlich geringere rechtliche Anforderungen gestellt als an die KV nach Art der LV. Insbesondere findet die KVAV hier keine Anwendung. Somit stehen dem Aktuar bei der Produktentwicklung nach Art der SV deutlich größere Möglichkeiten der Tarifgestaltung zur Verfügung, deren zusätzliche Risiken er zu analysieren und zu berücksichtigen hat. Die individuelle Vereinbarung von Risikozuschlägen oder von Leistungsausschlüssen ist auch in der KV nach Art der SV möglich.

Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden vor allem die nicht zulässigen Handlungsweisen für den Aktuar bei der Kalkulation von KV-Tarifen nach Art der SV angeführt. Zu einigen Punkten, insbesondere der Anwendbarkeit von Gesetzesvorschriften, gibt es unterschiedliche Auffassungen. In dieser Arbeit wird grundsätzlich die von der Arbeitsgruppe präferierte Auslegung dargelegt. Eine Rechtsverbindlichkeit soll und kann dadurch nicht erreicht werden. Vielmehr wird dem Aktuar ein Leitfaden an die Hand gegeben, was bei der Kalkulation von Produkten nach Art der Schadenversicherung zu bedenken ist. Bei Zweifeln an der rechtlichen Zulässigkeit soll sich der Aktuar entsprechenden rechtlichen Rat einholen oder den Versicherer auf seine Zweifel hinweisen.

In Abschnitt 3.2 werden zunächst die grundsätzlichen Anforderungen an die Erstkalkulation und die AVB-Ausgestaltung für einen KV-Tarif nach Art der SV untersucht, unabhängig davon, ob der Tarif von einem Komposit- oder einem Krankenversicherungsunternehmen kalkuliert wird.

Abschnitt 3.3 beleuchtet grundsätzlich die Möglichkeit und Ausgestaltung von Beitragsanpassungen sowie AVB-Änderungen.

Im Abschnitt 3.4 werden die unterschiedlichen Tarifspezifikationen (kurze/lange Laufzeit, mit/ohne Verlängerungsmöglichkeit) aufgeführt und die grundsätzlichen Aspekte der Produktgestaltung geprüft. Weiterhin wird nach Tarifen mit und ohne Änderungsklausel unterschieden und die Frage der Einbindung eines unabhängigen Treuhänders untersucht.

3.2. Anforderungen an die Erstkalkulation und die AVB-Ausgestaltung

Die Kalkulation der KV-Tarife nach Art der SV unterscheidet sich deutlich von der nach Art der LV und stellt je nach Tarif unterschiedliche Ansprüche. Innerhalb der

Kalkulation sollte der Aktuar dabei mindestens die folgenden Problemfelder beleuchten und im Sinne einer sich hieraus ggf. ergebenden Schiefelage für das Unternehmen entsprechend bewerten. Aufgrund der zu erwartenden Vielfalt möglicher neuer Produkte sind die folgenden Überlegungen dabei als Mindestanforderung zu verstehen, die der Aktuar geeignet zu ergänzen hat (versichererbezogene Besonderheiten s. Abschnitt 4 und 5).

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch nach Wegfall von Rabattgesetz und Zugabenverordnung nach § 298 Abs 4 VAG weiterhin das Verbot von Sondervergütungen und Begünstigungsverträgen gilt. Dies gilt sowohl für Kompositversicherer (Verordnung des BAV vom 17.8.1982) als auch für Krankenversicherer (BAV R 2/97 vom 28.4.1997). Näheres siehe Abschnitt 5.1.3.

Auskömmlichkeit bzw. Risikogerechtigkeit der Prämien

Der Grundgedanke ist dabei, dass der Aktuar grundsätzlich die Auskömmlichkeit bzw. Risikogerechtigkeit der Prämien bezogen auf das Risikokollektiv aller Tarife nach Art der SV langfristig sicherstellen soll, sofern nicht eine anderweitige Teildeckung möglich und vorgesehen ist. Eine Auskömmlichkeit für einzelne Tarife mag zwar ratsam erscheinen, kann aus bestehenden Gesetzesvorgaben u. E. aber nicht gefordert werden. Inwieweit der Aktuar weitergehende Pflichten des VU oder aufgrund seiner eigenen Tätigkeit zu erfüllen hat, bzw. er von der obigen Grundüberlegung abweichen kann, wird dabei versichererspezifisch in den Abschnitten 4 und 5 behandelt.

Interpretation § 203 Absatz 2 VVG

Um die Auskömmlichkeit bzw. Risikogerechtigkeit der Prämien auf das Risikokollektiv (s. o.) sicherstellen zu können, wird der Aktuar i. d. R. die Möglichkeit von Beitragsanpassungen und Änderungen der AVB-Bestimmungen nicht ausschließen können (siehe Abschnitt 3.3 und 3.4). Die Einschätzung, welche Optionen das VU/der Aktuar hierbei hat, hängt stark von der Interpretation des § 203 Abs. 2 VVG ab (s. Abschnitt 2). Unabhängig von der individuellen Einschätzung dieses Paragraphen verbleibt letztlich das Risiko der Rechtssicherheit bzgl. der Durchsetzbarkeit von Beitragsanpassungen bzw. AVB-Änderungen. Die folgenden Überlegungen gelten dabei unabhängig von der Interpretation dieses Paragraphen. Auf weitergehende Überlegungen bzgl. möglicher Anpassungsverfahren aufgrund der Produktgestaltung wird im Abschnitt 3.4 eingegangen.

Dokumentation der Kalkulationsgrundlagen

Um Negativfolgen aufgrund der bestehenden Rechtsunsicherheit zu minimieren, ergeben sich indirekt Anforderungen an die Erstkalkulation und deren Dokumentation. Eine Orientierung an den Standards für die KV nach Art der LV erscheint dabei sinnvoll. Es ist sicherzustellen, dass die Begründung und Herleitung der Rechnungsgrundlagen, die Kalkulation und (falls vorgesehen) die Modalitäten einer Beitragsanpassung für fachkundige Dritte nachvollziehbar sind. Ebenfalls sind in

den AVB die gewählten Modalitäten möglicher Bedingungs- und Beitragsänderungen ausführlich darzustellen.

Erstkalkulation

Bei der Kalkulation nach Art der SV ist davon auszugehen, dass nicht für jede Ausprägung eines Risikofaktors (z. B. Eintrittsalter) risikoadäquate Prämien kalkuliert werden, sondern diese über gewisse Pauschalierungen, z. B. Altersgruppen, berechnet werden. Bereits bei der Erstkalkulation ist daher der Prozess einer ersten Beitragsanpassung zu berücksichtigen. Für neue Produkte nach Art der SV wird die Kalkulation i. d. R. auf einer Reihe von Modellannahmen beruhen, die bei einer ersten Anpassung – sofern bereits aussagekräftig – durch Erfahrungswerte ersetzt werden. Daher ist bei der Wahl und Begründung der Modellannahmen darauf zu achten, dass eine spätere Anpassung argumentativ begründbar ist. Für Modellannahmen basierend auf objektiv nachvollziehbaren Vergleichsdaten (z. B. Gesamtmarkt oder Stütztarife) wird dies i. d. R. leicht möglich sein. Andererseits ergibt sich hier das Risiko, dass diese Daten nicht repräsentativ für den eigenen Bestand sein müssen.

Zulässige Rechnungsgrundlagen

Eine Definition von möglichen Rechnungsgrundlagen ist für die KV nach Art der SV nicht gegeben und erscheint u. E. nicht notwendig. Die in der KVAV genannten Rechnungsgrundlagen sollten dabei als Ausgangslage aber nicht als abschließende Liste herangezogen werden.

Quersubventionierung

Für Versicherungsunternehmen, die auch die KV nach Art der LV betreiben, ergibt sich ein Quersubventionsverbot derart, dass Negativergebnisse in der KV nach Art der SV (und im Übrigen der Sachversicherung generell) nicht die Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung in der KV nach Art der LV bzw. in der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 160 Nr. 6 VAG i. V. m. § 22 KVAV gefährden dürfen.

Darüber hinaus ergeben sich u. E. aufgrund bestehender Gesetzesgrundlagen keine weiteren Einschränkungen, die einer Quersubventionierung direkt widersprechen würden. Dennoch sollte der Aktuar grundsätzlich bei der Erstkalkulation der Tarife nach Art der SV darauf achten, dass sich diese selbst tragen und nicht von Beginn an auf Subventionen anderer Tarifgruppen angewiesen sind. Insbesondere bei unbefristeten Tarifen hat der Aktuar die Gefahr einer möglichen Schiefelage des Unternehmens zu vermeiden. Wird bei der Erstkalkulation bewusst von Best-Estimate-Annahmen abgewichen, so sind u. E. Beitragsanpassungen aufgrund ausbleibender Subventionsmittel anderer Tarife – und somit im weitesten Sinne aufgrund einer Anhebung der anfänglich eingerechneten Gewinnmargen bzw. Sicherheitszuschläge – unzulässig.

Zur noch schärferen Auslegung von Römer (Kommentar zu § 178g VVG (alt)) hinsichtlich Fehlkalkulation vgl. die Ausführungen im Abschnitt 3.3.

Bestandsentmischungsgefahren

Ein weiteres Problem stellen nicht berücksichtigte oder nicht ausreichend diversifizierte Risikofaktoren dar. Wird zum Beispiel auf die Unterscheidung des Geschlechts verzichtet und stellt sich dieses als ein wesentliches Merkmal heraus, so können Bestandsentmischungsgefahren entstehen. Hiermit ist insbesondere zu rechnen, wenn Wettbewerber mit dieser Unterscheidung gezielt versuchen „gute“ Risiken abzuwerben. Aus Sicht der Arbeitsgruppe erscheint es (ebenso wie in der KV nach Art der LV) nicht durchsetzbar, für bestehende Tarife ein weiteres beitragsrelevantes Kriterium nachträglich einzuführen, insbesondere wenn der Einfluss des Risikofaktors bereits bei der Erstkalkulation bekannt gewesen sein müsste. Wird aber nach Risikofaktoren unterschieden, so müssen auch für Tarife nach Art der SV alle sich hieraus ergebenden Gesetzesbestimmungen berücksichtigt werden; im obigen Beispiel somit die Vorgaben des AGG.

Tarifwechselrecht

Gemäß vorherrschender Meinung (siehe Abschnitt 2) ist dieses Recht auf Wechsel in gleichartige Tarife für alle unbefristeten Krankenversicherungstarife und somit auch für die KV nach Art der SV zu berücksichtigen. Insbesondere für Krankenversicherer ist dieser Aspekt für neue Tarife zu beleuchten. Somit besteht die Gefahr, dass in nicht ausreichend kalkulierte Tarife weiterhin Versicherte wechseln können. Zusätzlich ist zu klären, wie mit Wechseln zwischen Tarifen nach Art der LV und nach Art der SV umzugehen ist. So ergeben sich bei einem Wechsel in Tarife nach Art der SV Fragen bzgl. der Behandlung vorhandener Alterungsrückstellungen. Wechsel in Tarife nach Art der LV sind vor allem unter dem Aspekt der Quersubventionierungsvermeidung zu betrachten. Insbesondere bei einer reduzierten Gesundheitsprüfung für Tarife nach Art der SV können sich durch Wechsel in Tarife nach Art der LV dort Antiselektionseffekte ergeben. Dies wäre z. B. mit einem obligatorischen Abschluss eines entsprechenden Optionstarifs abzumildern.

Überschussbeteiligung

Für die Tarife nach Art der SV besteht keine Verpflichtung eine Überschussbeteiligung vorzusehen. Entstehende Gewinne können somit direkt im Tarif ausgeschüttet werden, zur Subvention anderer Tarife oder anderweitig verwendet werden. Ist für Tarife nach Art der SV eine Überschussbeteiligung vorgesehen, so ist sicherzustellen, dass die gesetzlichen Vorgaben bzw. vertraglichen Verpflichtungen eingehalten werden. Dies kann beispielsweise durch eine separierte Führung der RfB nach Art der LV und nach Art der SV erfolgen.

Bei RfB-Entnahmen zugunsten von Tarifen nach Art der SV ist § 155 Abs. 2 VAG zu beachten.

Verhältnismäßigkeit

Insgesamt sollte aber eine Verhältnismäßigkeit bzgl. der Einschätzung einer möglichen Risikosituation anhand der zu erwartenden Bedeutung des neuen Tarifs für das Gesamtunternehmen zu dem erforderlichen Aufwand berücksichtigt werden.

Somit ist insbesondere das bisherige Vorgehen für kleinsummiertes und kurzfristiges Geschäft, das keinen nennenswerten Anteil des Unternehmens ausmacht, wie z. B. die Auslandsreisekrankenversicherung, als ausreichend anzusehen. Aber auch für dieses Geschäft sollte das mögliche Problem steigender Risiko- bzw. Verwaltungskosten bedacht werden. Je nachdem, ob § 206 Abs. 2 VVG (Kündigungseinschränkung auf die ersten 3 Jahre), § 206 Abs. 3 und § 207 Abs. 2 VVG (Infopflichten nicht nur gegenüber dem VN sondern auch gegenüber den versicherten Personen) auch auf die KV nach Art der SV anzuwenden sind, müssen ggf. Tarife langfristig geführt bzw. verwaltungstechnisch anders als bisher üblich behandelt werden.

3.3. Beitragsanpassung und AVB-Änderung

Auch bei Krankenversicherungen nach Art der Schadenversicherung besteht grundsätzlich die Gefahr, dass sich durch externe Einflüsse der Schadenbedarf oder die Rahmenbedingungen stark verändern und dadurch die kalkulierte Beitragshöhe oder die verwendeten AVB nicht mehr sachgerecht sind.

Es sollte – angesichts möglicher Alternativen – im Interesse sowohl des Versicherungsnehmers als auch des Versicherers liegen, wenn der (auf eine längere Versicherungsdauer ausgelegte) Vertrag den Änderungen entsprechend sachgerecht angepasst und fortgeführt werden kann. Die vertragliche Vereinbarung von Beitragsanpassungs- und Bedingungsänderungsklauseln ist rechtlich anerkannt und kommt in der Praxis bei diversen Versicherungsarten vor (z. B. Beitragsanpassungsklauseln in der Haftpflichtversicherung [§ 8 AHB] oder in der Glasversicherung [§ 13 VGB]).

Für welche Vertragstypen in der KV nach Art der SV eine Beitrags- und/oder AVB-Änderungsklausel möglich, sinnvoll oder gar notwendig erscheint, wird in Abschnitt 3.4 ausgeführt.

Für die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung, die grundsätzlich unbefristet ist, existiert eine gesetzliche Prämien- und Bedingungsanpassungsbestimmung (§ 203 Abs 2 und 3 VVG i. V. m. § 155 VAG).

Viele Juristen interpretieren den § 203 Absatz 2 VVG (*Beitragsanpassungsrecht*) in der Weise, dass er auf alle Krankenversicherungstarife zu beziehen ist, d. h. auch auf die KV nach Art der SV, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist.

Die Arbeitsgruppe schließt sich dieser Auffassung an, auch wenn einzelne Vorschriften für bestimmte KV-Produkte nach Art der SV (wie normale Auslandsreisekrankenversicherungen) unsinnig bzw. „überreguliert“ erscheinen.

Bei einer derartigen Ansicht empfiehlt sich aus Rechtssicherheitsgründen eine zusätzliche vertragliche Vereinbarung in enger Anlehnung an den § 203 Abs. 2 VVG, d. h. auch mit Einbindung eines unabhängigen Treuhänders. Dabei hat der Aktuar die Unterschiede bei der Verfahrensweise im Vergleich zur KV nach Art der LV (insbesondere die Ermittlung der „auslösenden Faktoren“) zumindest in den Technischen Berechnungsgrundlagen (und ggf. in den AVB) zweifelsfrei zu dokumentieren.

Lehnt man diese VVG-Interpretation bezüglich der KV nach Art der SV ab, bleibt dem Versicherer die vertragliche Vereinbarung einer eigenständigen Beitragsanpassungsklausel unbenommen, ggf. ohne Treuhändereinbindung. Lässt sich diese abweichende VVG-Interpretation allerdings nicht halten, wäre zumindest bei unkündbaren Verträgen eine eigene Beitragsanpassungsklausel ohne Treuhänderbeteiligung wegen Verstoßes gegen § 208 Abs. 1 VVG unwirksam (Grund: Die Nichtbeteiligung eines unabhängigen Treuhänders wäre als Nachteil des Versicherungsnehmers anzusehen). Darüber hinaus stellt die Rechtsprechung hohe Anforderungen an vertraglich vereinbarte Anpassungsklauseln (rechtliche Inhaltskontrolle). Eine Abweichung von gesetzlich festgelegten „Mustern“ führt daher u. E. zu erheblichen Rechtsunsicherheiten.

In der KV nach Art der LV lässt der Gesetzgeber Beitragsänderungen bei einer nicht nur vorübergehenden signifikanten Änderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage (vgl. Gegenüberstellungen gemäß § 155 Abs. 3 und 4 VAG) zu. Als solche maßgebliche Rechnungsgrundlage sieht der Gesetzgeber nur die „Versicherungsleistungen“ und die „Sterbewahrscheinlichkeiten“ an. Eine Ausdehnung dieses Katalogs für die KV nach Art der SV wäre u. E. fragwürdig.

Auch bei den Toleranzschwellen hinsichtlich des Änderungsumfangs der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen empfiehlt sich u. E. eine Anlehnung an die Regelungen in der KV nach Art der LV (Abweichung mindestens größer als 5 %). Auch bei den Gegenüberstellungswerten wäre u. E. (mit entsprechendem Hinweis in den AVB) ein Rückgriff auf das Verfahren in der KV nach Art der LV möglich („Vergleich der [für das Risikokollektiv] erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen“). Alternative Feststellungen eines Änderungsbedarfs sind u. E. denkbar (z. B. über einen bestimmten Preisindex), wobei die Definition und Dokumentation des Verfahrens sowie die entsprechende AVB-Formulierung einer richterlichen Kontrolle (z. B. hinsichtlich des Transparenzgebotes) standhalten muss.

Eine Beitragsanpassungsklausel sollte nicht nur ein Erhöhungsrecht sondern auch eine Senkungspflicht enthalten. Hintergrund hierzu ist u.a. das BGH-Urteil vom 29.04.2008 (Az.: KZR 2/07) zu Preisänderungsklauseln in Gasversorgungsverträgen.

Nach Feststellung der nicht unerheblichen Änderung bei einer maßgeblichen Rechnungsgrundlage dürfen u. E. (analog zur KV nach Art der LV) alle Rechnungsgrundlagen berichtigt werden. Entsprechend diesen Berichtigungen hat die Neufestsetzung der Beiträge zu erfolgen. Dabei dürfen bisher verwendete Beitragsberechnungsformeln, in die die berichtigten Rechnungsgrundlagen als Basiswerte eingehen, grundsätzlich nicht verändert werden. Beispielsweise sollen beitragsrelevante Altersgruppenbildungen nicht geändert werden, da sich der Kunde bei Vertragsabschluss in ein Risikokollektiv, dessen Beitragsgestaltung sich insbesondere durch die Altersgruppeneinteilung definiert, begeben hat und er nun erwartet, dass die altersmäßige Einteilung der Beiträge unverändert bleibt.

Eine Beitragsänderung für Bestandsversicherte ist nach der bisherigen Rechtsprechung grundsätzlich nur erlaubt, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte (und

auf das gesamte Risikokollektiv oder Teile davon bezogene) Äquivalenzverhältnis von Leistung und Beitrag durch externe Umstände, die der Versicherer nicht zu vertreten hat, nicht unerheblich gestört ist. Veränderungen externer Umstände, die für den Versicherer bei Abschluss des Vertrages vorhersehbar und quantitativ abschätzbar waren, berechtigen zu keiner Beitragskorrektur (vgl. § 155 Abs. 3 Satz 4 VAG für die KV nach Art der LV: „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.“). Nach dem Kommentar von Römer zu § 178g VVG (alt) gilt sogar: „Die bewusste oder unbewusste Fehlkalkulation bei Vertragsabschluss oder bei einer Prämienanpassung fällt allein in das Risiko des Versicherers“. Im Falle signifikanter Abweichungen zwischen Erst- und Folgeeinschätzung müsste eine (nicht unter die KVAV-Vorschriften fallende) Beitragsanpassung in Tarifen nach Art der SV demgemäß sehr genau im Sinne des § 315 BGB („billiges Ermessen“) geprüft werden. Dies beträfe grundsätzlich auch Beitragsveränderungen durch unternehmenspolitisch bedingte Maßnahmen des Versicherers wie z. B. die „Schließung“ eines Tarifs für das Neugeschäft etc.

Zufällige (vorübergehende) Schadenbedarfsänderungen berechtigen ebenfalls nicht zu einer Beitragsänderung. In diesem Zusammenhang ist durch den Aktuar die Frage nach der Behandlung von statistisch nicht aussagefähigen Beständen und dem Einsatz von Stützdaten zu beantworten.

Aktuariell nicht nachweisbare Erhöhungsnotwendigkeiten bei einem Sicherheitszuschlag oder die (nur unternehmenspolitisch gewünschte) Erhöhung/Einführung eines Gewinnzuschlags berechtigen insoweit nicht zu einer Beitragsänderung. Eine Erhöhung des Schadenbedarfs, die aus Bestandsentmischungen resultiert, darf u. E. dagegen grundsätzlich über eine Beitragsanpassung an die Kunden weitergegeben werden. Als Beispiel sei hier ein Tarif mit Einheitsbeitrag genannt, bei dem sich die Alters- und Geschlechterstruktur des Bestandes geändert und in Folge dessen der Schadenbedarf des Risikokollektivs erhöht hat. Davon abzugrenzen ist jedoch eine mögliche Fehleinschätzung hinsichtlich der zugrunde gelegten beitragsrelevanten Bestandsstruktur bereits bei der Erstkalkulation. Die Verantwortlichkeit hierfür liegt beim Versicherer und eine signifikante Änderungsnotwendigkeit darf beitragsmäßig nicht zu Lasten der Bestandsversicherten gehen (siehe oben).

Das gesetzliche AVB-Änderungsrecht des § 203 Abs. 3 VVG gilt für die KV nach Art der SV nicht; es ist beschränkt auf die KV nach Art der LV. Die Möglichkeit für eine Bedingungsänderung kann daher bei der KV nach Art der SV nur über eine AVB-Klausel bzw. eine vertragliche Vereinbarung geschaffen werden. Auch hier empfiehlt sich u.E. eine enge Anlehnung an die gesetzliche Bestimmung des § 203 Abs. 3 VVG, um Auslegungszweifel zu minimieren. Wie eine Beitragsanpassung ist auch eine AVB-Änderung nach der bisherigen Rechtsprechung grundsätzlich nur dann erlaubt, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte Äquivalenzverhältnis von Leistung und Gegenleistung durch externe Umstände, die der Versicherer nicht zu

vertreten hat, nicht unerheblich gestört ist und die AVB-Änderung für die Fortsetzung des Vertrages notwendig ist.

Der *Verzicht auf eine Beitragsanpassungs- bzw. AVB-Änderungsklausel* in den AVB kann insbesondere bei der langfristigen KV nach Art der SV zu wirtschaftlichen Problemen führen. Die Aufsichtsbehörde hat sich in VerBAV 3/2000, S. 63, zu dieser Problematik für den Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung geäußert:

„Infolge des zunehmenden Wettbewerbs haben Lebensversicherungsunternehmen in der Berufsunfähigkeitsversicherung vielfach bedingungsgemäß auf die Möglichkeit zur Anpassung der Prämien nach § 172 VVG verzichtet, insbesondere nachdem dieser Verzicht Kriterium bei Ratings und Leistungsvergleichen geworden ist.

Dieser Verzicht ist aus Sicht des BAV nicht unproblematisch und stellt auch keineswegs für den Kunden ausschließlich einen Vorteil dar. Sollte tatsächlich bei einem Versicherungsunternehmen der Fall eintreten, dass die bisherige Prämie nicht mehr ausreicht, die erwarteten Leistungen zu finanzieren, entstünde ohne eine Möglichkeit zur Beitragsanpassung ein Defizit, welches durch Überschüsse bei anderen Versicherungsarten zu Lasten der dortigen Versicherungsnehmer ausgeglichen werden müsste.

[...]

Andererseits wächst durch den Verzicht auf eine Prämienanpassungsklausel die Verlustgefahr für das Unternehmen insgesamt. Der konkrete Umfang dieser Gefahrerhöhung hängt von einer Reihe von Umständen wie zum Beispiel der Anteil der betroffenen Versicherungen am Gesamtbestand ab. Das BAV erwartet, dass Versicherungsunternehmen im Rahmen des internen Risikomanagements (Überwachung im Sinne des KonTraG) die mögliche Gefährdung des Unternehmens durch einen Verzicht auf Beitragsanpassungsmöglichkeiten feststellt und im Zusammenhang mit vorhandenen Möglichkeiten zum Verlustausgleich (Eigenmittelausstattung, Höhe der impliziten Sicherheiten) bewertet.“

Diese Ausführungen sind weitgehend analog auf die KV nach Art der SV übertragbar.

Die Anforderungen an einen „unabhängigen Treuhänder“ in der KV nach Art der SV sind gesetzlich nicht definiert. Auch in dieser Frage empfiehlt sich u.E. eine enge Orientierung an den gesetzlichen Anforderungen zum Aktuar- und Bedingungstreuhänder in der KV nach Art der LV. Eine Personalunion des Treuhänders in der KV nach Art der SV und des Treuhänders in der KV nach Art der LV wird von der Aufsichtsbehörde als unproblematisch angesehen.

3.4. Produktgestaltung – Ausgestaltungsmöglichkeiten und Konsequenzen

Soll ein Tarif nach Art der SV kalkuliert werden, so hat man mehrere Möglichkeiten der Tarifgestaltung:

- Ausgestaltung des Leistungskatalogs
- befristete/unbefristete Vertragsdauer
- langfristige/kurzfristige Laufzeit (bei befristeten Verträgen)
- mit oder ohne Anpassungsklausel/Änderungsklausel (Treuhandereinbindung)
- mit/ohne ordentliches Kündigungsrecht
- mit/ohne Verlängerungsmöglichkeit

In diesem Abschnitt erfolgen die versichererunabhängigen grundsätzlichen Ausführungen zur Tarifgestaltung. Dabei werden Beispiele für die unterschiedlichen Tarifarten angeführt und es wird auf die Risiken und Chancen hingewiesen, die mit der jeweiligen Art der Tarifgestaltung verbunden sind. Bei allen Tarifarten ist zu empfehlen, die Kalkulation innerhalb einer Technischen Berechnungsgrundlage zu dokumentieren. Hierin und auch in den AVB sollte ausführlich zu den Modalitäten ggf. möglicher Bedingungs- und Beitragsänderungen Stellung bezogen werden.

3.4.1. Auf maximal ein Jahr befristete Verträge ohne Verlängerungsmöglichkeit

Ein typischer Fall für diese Versicherungsart ist die Auslandsreisekrankenversicherung, die nur für den Zeitraum einer Reise abgeschlossen wird. Diese Reise darf normalerweise einen Zeitraum von 42 bzw. 56 Tagen nicht überschreiten. Solche Versicherungen werden sowohl von Kranken- als auch von Schadenversicherern angeboten.

Diese kurzfristigen Tarife sind grundsätzlich mit relativ geringem Risiko verbunden. Hohe Belastungen durch Schadenfälle sind auf einen kurzen Zeitraum begrenzt. Für das Neugeschäft sind jederzeit geänderte AVB sowie neue Beitragshöhen möglich (neue Tarifgeneration). Mit dem Kunden brauchen keine Beitrags- und AVB-Änderungsklauseln vereinbart zu werden, da der Versicherungsschutz nach einem fest vereinbarten, relativ kurzen Zeitraum endet und auch keine Verlängerungsmöglichkeit besteht. Eine Verlängerung (gleichbedeutend mit einem Neuabschluss) wäre ggf. zu den dann für das Neugeschäft geltenden Tarifbedingungen und Beiträgen möglich.

Eine längerfristige Schieflage durch nicht ausreichend kalkulierte Beiträge und/oder unpassend abgefasste AVB ist für das Unternehmen durch die kurze Laufzeit weitgehend ausgeschlossen. Eine Ausnahme könnten Produkte bilden, bei denen eine Leistungspflicht auch über den Zeitraum des Versicherungsschutzes hinaus gilt, wenn der erstmalige Leistungsfall innerhalb des versicherten Zeitraums eingetreten ist (z. B. Auslandsreisekrankenversicherung: Kostenübernahme, solange der Aufenthalt im Ausland medizinisch notwendig ist).

3.4.2. Auf ein Jahr befristete Verträge mit automatischer Verlängerung

Auch hier kann man die Auslandsreisekrankenversicherung als Beispiel anführen. Allerdings ist es hier die typische Jahrespolice mit automatischer Verlängerung, wenn nicht rechtzeitig eine Kündigung durch den VN oder das VU erfolgt.

Solange das (jährliche) ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vorgesehen ist, erscheinen Änderungsklauseln für eine Beschränkung des versicherungstechnischen Risikos und somit auch die Einbindung eines Treuhänders nicht notwendig. Das Risiko nicht ausreichender Prämien und/oder unpassend formulierter AVB beschränkt sich auf den Zeitraum eines Jahres. Allerdings kann aus juristischer Sicht das Risiko bestehen, dass bei wiederholter automatischer Verlängerung des Vertrages evtl. ein unbefristeter Vertrag entsteht, der (ohne zusätzliche Änderungsklauseln) nicht mehr durch den Versicherer kündbar ist. So beschränkt § 206 VVG, Abs. 1 Satz 3 sowie Abs. 2 die Kündigungsmöglichkeit für bestimmte KV-Tarife auf die ersten drei Jahre. Da in diesem Gesetzestext nicht explizit die KV nach Art der LV angesprochen wird, ist es möglich, dass hier auch Tarife nach Art der SV gemeint sind. In einem solchen Fall ist von der erhöhten Gefahr einer späteren Schieflage auszugehen, sobald der Vertrag ab dem vierten Versicherungsjahr nicht mehr durch das VU kündbar ist. Deshalb sollte der Vertrag Änderungsklauseln vorsehen. Die Einbeziehung eines unabhängigen Treuhänders bei der Umsetzung solcher Änderungen empfiehlt sich analog zur KV nach Art der LV, da dieses Konstrukt bekannt und bewährt ist und dem gesamten Änderungsprozess eine verlässliche Außenwirkung verleiht.

Die angesprochene – ggf. auch für Tarife nach Art der SV geltende – Beschränkung der Kündigungsmöglichkeit des VU gemäß § 206 Abs. 2 VVG auf die ersten drei Jahre ist u. E. beispielsweise auf die typischen Jahrespolices der Auslandsreisekrankenversicherung allerdings nicht anwendbar, da nach herrschender Sicht der neue § 206 Abs. 2 VVG inhaltsgleich zum bis Ende 2008 für den Bestand mit Vertragsbeginn vor dem 01.01.2008 noch gültigen § 178i Abs. 2 VVG a. F. ist und damit das Problem bereits seit 1994 bestehen müsste. Die vorliegenden gängigen VVG-Kommentare bezeichnen zudem die Auslandsreisekrankenversicherung als eigenen Versicherungszweig, der weder Voll- noch Teilversicherung ist.

3.4.3. Auf mehr als ein Jahr befristete Verträge mit und ohne Verlängerungsoption

Beispiele für auf mehr als ein Jahr befristete Versicherungen sind die Auslandsreisekrankenversicherung bei Entsendung von Mitarbeitern ins Ausland (langfristiger Aufenthalt) sowie die Restschuldversicherung.

Durch die mehrjährige Laufzeit ist das versicherungstechnische Risiko gegenüber den kurzfristigen Versicherungen erhöht. Besteht kein Kündigungsrecht des VU, so muss zumindest sichergestellt sein, dass Verträge mit nicht ausreichenden Beiträgen und/oder ungenügenden AVB geändert werden dürfen. Dies gilt insbesondere dann, wenn durch die Wahrnehmung einer Verlängerungsoption nicht ein Vertrag der neuen Tarifgeneration abgeschlossen wird, sondern der alte Vertrag zu den

alten Bedingungen und Beiträgen fortgeführt wird. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist normalerweise in solchen Fällen ausgeschlossen, da sonst eine Verlängerungsoption für den Kunden keinen Sinn ergeben würde. An dieser Stelle würde dann u. E. § 203 Abs. 2 VVG greifen, der dem Versicherer bei Ausschluss des ordentlichen Kündigungsrechts das Recht zur Prämienanpassung unter Einbeziehung eines unabhängigen Treuhänders zugesteht. Eine Gültigkeit dieses Absatzes für die KV nach Art der SV unterstellen wir, da in o.g. Absatz weder eine spezifische Versicherungsart genannt noch ausgeschlossen wird. Die Untermauerung dieser Rechtsansicht durch eine entsprechende AVB-Beitragsanpassungsklausel wird empfohlen.

Will der Versicherer die AVB ändern, so ist er bei Tarifen nach Art der LV nach § 203 Abs. 3 VVG dazu nur berechtigt, wenn eine nicht nur als vorübergehend anzusehende Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen eingetreten ist. Eine entsprechende gesetzliche Aussage für Tarife nach Art der SV existiert nicht. Wir empfehlen daher ein analoges Vorgehen wie bei Tarifen nach Art der LV unter Einbeziehung eines unabhängigen Treuhänders. Eine Aufnahme dieser Regelung in die AVB des Tarifs ist notwendig.

Die Beteiligung eines unabhängigen Treuhänders bei Beitrags- und/oder AVB-Änderungen ist aus den schon in Abschnitt 3.4.2 genannten Gründen ebenfalls zu empfehlen.

3.4.4. Unbefristete Verträge

Als Beispiel kann ein klassischer Wahlleistungstarif gelten, der ohne Alterungsrückstellung kalkuliert wird. Die unbefristeten Verträge stellen die größte Analogie zur KV nach Art der LV dar. Auch hier wird dem Versicherten ermöglicht, sich gegen ein Risiko lebenslang zu versichern. Kann der Vertrag nicht durch den Versicherer gekündigt werden, so ist das Vorsehen von Änderungsklauseln aus Versicherersicht unabdingbar, um das versicherungstechnische Risiko auf Dauer in Grenzen zu halten. Die Einsetzung eines unabhängigen Treuhänders ist hier – je nach juristischer Auslegung der §§ 203, 206 VVG (vgl. Abschnitt 3.4.2) – geboten bzw. empfehlenswert.

Gleichzeitig hat der Versicherte bei unbefristeten Verträgen die größte Sicherheit. Sein bei Vertragsabschluss gültiges tarifliches Leistungsversprechen ist normalerweise (Ausnahme: Wegfall der Geschäftsgrundlage) lebenslang garantiert. Lediglich die Beitragsentwicklung ist nicht vorhersehbar. Sind keine Änderungsklauseln vorgesehen, so hat der Versicherte zwar eine hohe Planungssicherheit, würde diese aber aller Voraussicht nach über eine höhere Prämie (von Beginn an) bezahlen, mit der der Versicherer das durch die nicht vorhandenen Änderungsklauseln erhöhte Risiko abdecken müsste.

4. Besonderheiten bei Kompositversicherern

Kompositversicherer, die Krankenversicherungsprodukte nach Art der LV anbieten, werden in dieser Ausarbeitung gemäß Präambel den Krankenversicherern zugeordnet (s. Abschnitt 5).

Andere Kompositversicherer benötigen für die Sparte Krankenversicherung keinen Verantwortlichen Aktuar. Ebenso sind sie nicht verpflichtet einen Aktuar (DAV) oder Mathematiker zu beschäftigen. Bei Kompositversicherern fehlt daher ggf. eine direkte Bezugsperson für die vorliegende Ausarbeitung.

Kompositversicherer betreiben kein Krankenversicherungsgeschäft nach Art der LV. Die Sparte Krankenversicherung bei Kompositversicherern (betrieben nach Art der SV) wird zudem im Regelfall nur eine von mehreren Sparten sein. Vom Inhalt her vorgegebene technische Berechnungsgrundlagen, wie sie bei Krankenversicherern für das Geschäft nach Art der LV gefordert werden, sind für Kompositversicherer nicht obligatorisch sind, und es brauchen somit vergleichbare Dokumente ggf. nicht zu existieren. Darüber hinaus bestehen andere Pflichten bzgl. der Berichterstattung an die BaFin (vgl. BerVersV: z. B. NW 231 ff. für KV zu entsprechender NW für SV).

Alle in den vorherigen Abschnitten aufgeführten allgemeinen Regelungen für die nach Art der SV kalkulierte KV sind auch von Kompositversicherern zu beachten, wobei die folgenden hervorzuheben sind:

4.1. Beitragsanpassung und Änderung der AVB

Die Möglichkeit von Beitragsanpassungen ist im Wesentlichen abhängig von der Interpretation des § 203 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Da die Interpretation unabhängig vom Rechtsträger ist, gelten somit alle Überlegungen der vorherigen Kapitel zu diesem Thema auch für das Krankenversicherungsgeschäft, welches von einem Kompositversicherer betrieben wird (Hinweis: In Kapitel 2 wird unterschieden nach Bedarfsdeckung, Funktion und Betriebsarten, nicht aber nach Risikoträger).

4.2. Quersubventionierung

Es gibt keine Rechtsquellen, die einer Quersubventionierung zwischen einzelnen Sparten innerhalb eines Kompositversicherers widersprechen. Dies gilt somit auch für die Sparte Krankenversicherung. (vgl. Abschnitt 3.2). Es ist wünschenswert, eine derartige Quersubventionierung in besonderer Weise zu dokumentieren, um die zukünftige Notwendigkeit einer Beitragsanpassung rechtfertigen zu können (Nachvollziehbarkeit für sachkundige Dritte). Eine Beitragsanpassung in einem KV-Tarif nach Art der SV aufgrund sich ändernder Quersubventionierung durch andere Sparten erscheint auch bei einem Kompositversicherer mit Hinblick auf § 315 BGB aus Sicht der Arbeitsgruppe nicht sachgerecht.

4.3. Tarifwechsel

§ 204 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) findet auch auf die unbefristete KV nach Art der SV bei Kompositversicherern Anwendung (vgl. Abschnitt 2). Die Übertragung möglicher Alterungsrückstellungen entfällt naturgemäß, so dass nur die Übertragung der erworbenen Rechte (im Wesentlichen: Gesundheitsstand bei Versicherungsbeginn) zu berücksichtigen ist. Bei vergleichbarem Leistungsumfang der Tarife spielt die Prämienstruktur (Prämienberechnung nach unterschiedlichen Risikomerkmale) grundsätzlich keine Rolle für die Anwendbarkeit des § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Versicherten können daher gezielt in die Tarife wechseln, die für sie (beitragsmäßig) günstiger sind. Sind derartige Antiselektionen zu erwarten, sollten diese bei der Erstkalkulation zwingend berücksichtigt werden.

5. Besonderheiten bei Krankenversicherern

Abschnitt 5 beschäftigt sich mit den spezifischen Besonderheiten, die bei der Kalkulation von KV-Tarifen nach Art der SV durch Krankenversicherer zu beachten sind, wobei wichtige allgemeine Regelungen teilweise im Kontext nochmals aufgeführt werden. Unterschieden werden dabei befristete (Abschnitt 5.1) und unbefristete Versicherungen (Abschnitt 5.2). Bei einem Krankenversicherer ist im Zusammenhang mit der KV nach Art der SV auf folgende Besonderheiten in der Rechnungslegung hinzuweisen: Nur bei einem beitragsbezogenen Übergewicht der KV nach Art der LV ist der Krankenversicherer durch § 341a (3) HGB gezwungen, die für die Lebensversicherung geltenden Rechnungslegungsvorschriften entsprechend anzuwenden. Ansonsten hat er die Wahl zwischen den Rechnungslegungsvorschriften für die Lebensversicherung bzw. für die Sachversicherung. Weiterhin ist bei der KV nach Art der SV das Dreifache der Solvabilität der KV nach Art der LV zu stellen (Hinweis: „Solvency II“ wird diese Solvabilitätsanforderungen verändern).

5.1. Befristete Verträge

5.1.1. Ausgestaltungsmöglichkeiten und Konsequenzen

Wie in Kapitel 2 dargestellt, ist eine Befristung in der nicht-substitutiven KV, insbesondere in der KV nach Art der SV grundsätzlich möglich. Für befristete Verträge gilt das Tarifwechselrecht gemäß § 204 VVG nicht.

Die Kalkulation von *kurzfristigen* Tarifen nach Art der Schadenversicherung ist wegen ihrer Laufzeitbeschränkung von einem über längere Zeiträume gehenden Risikoausgleich ausgenommen; es besteht nur die überschaubare Gefahr einer zeitlich beschränkten Risikounterdeckung. Bis zu ein Jahr befristete Verträge mit und ohne Verlängerungsmöglichkeit wurden bereits im Rahmen der grundsätzlichen Ausführungen in 3.4.1 und 3.4.2 diskutiert. Zusätzliche Besonderheiten bei Krankenversicherern sind nicht erkennbar.

Bzgl. *längerfristiger* (auf mehr als ein Jahr befristeter) Verträge gelten bei Krankenversicherern zunächst ebenso uneingeschränkt die allgemeinen Bemerkungen aus Abschnitt 3.4.3. Ist das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen (regelmäßig bei Verträgen mit ein-/mehrmaliger Verlängerungsoption), gewährt der § 203 Abs. 2 VVG aus sich heraus das Recht, „bei nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderungen ... die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder ... zugestimmt hat.“

Zur Eingrenzung des versicherungstechnischen Risikos bieten sich damit zwei grundsätzliche Alternativen an:

- a) Der Gefahr nicht mehr ausreichend kalkulierter Prämien und/oder ungenügender AVB kann durch die Kalkulation *neuer Tarifgenerationen* mit ausreichenden Prämien und aktualisierten AVB für das Neugeschäft, aber auch für Personen, die die Verlängerungsoption wahrnehmen, begegnet werden. Letzterer Personenkreis erhält damit zwar das Recht auf (ein- oder mehrmalige) Verlängerung seines befristeten Versicherungsvertrags, jedoch nur zu den jeweils aktuellen Neugeschäftsprämien und Tarifbedingungen. Allerdings ist bei fehlender Beitrags- bzw. Bedingungsänderungsklausel dennoch ein versicherungstechnisches Risiko für die individuelle Restlaufzeit des Altbestands bis zum Ende des jeweils befristeten Vertrags gegeben.
- b) Das unter a) genannte verbleibende Risiko wird bei AVB-Integration einer *Beitrags- bzw. Bedingungsänderungsklausel* (gem. § 203 Abs. 2 VVG bzw. analoger Anwendung von § 203 Abs. 3 VVG) minimiert. Eine längerfristige Schieflage durch Unterkalkulation und/oder unzureichende AVB kann damit vermieden werden. Wie bereits in Abschnitt 3.4.3 empfohlen, sollte aus Gründen der Rechtssicherheit und Gerichtsfestigkeit ein unabhängiger Treuhänder einbezogen werden. Der Gefahr der Antiselektion bei Vertragsverlängerungen ohne erneute Risikoprüfung kann durch Anreize für gesunde Versicherte begegnet werden, den Vertrag ebenfalls zu verlängern (z. B. AVB-mäßig verankerte Beitragsrückerstattung bei Schadenfreiheit und Vertragsverlängerung).

Befristete Verträge mit mehrfacher unbeschränkter Verlängerungsoption zu den ursprünglichen Bedingungen sind faktisch unbefristete Versicherungen. Hierzu wird auf Abschnitt 5.2 verwiesen.

5.1.2. Quersubventionierung

Grundsätzlich ist der Aktuar gehalten, die substitutive und allgemein die KV nach Art der LV sowie die Pflegepflichtversicherung zu schützen; dies umfasst die Sicherung der dauernden Erfüllbarkeit der Leistungszusage, den Schutz vor Quersubventionierung anderer Kollektive, die Sicherung der Solvabilität und der ausreichenden RfB-Dotierung.

Innerhalb der KV nach Art der SV bestehen u. E. keine Gesetzesgrundlagen, die einer Quersubventionierung widersprechen. Auch die Subventionierung befristeter

durch unbefristete Versicherungsverträge und umgekehrt ist damit nicht ausgeschlossen. Auf die in Abschnitt 3.2 aufgeführten Gefahren und Empfehlungen sei an dieser Stelle jedoch nochmals verwiesen.

Auch eine *Quersubventionierung der KV nach Art der LV* durch die KV nach Art der SV erscheint aus Sicht der SV möglich. Eine Mindestüberschussbeteiligung der Versicherungsnehmer ist in der KV nach Art der SV nicht vorgesehen, so dass Überschüsse aus diesem Bereich z. B. auch verwendet werden könnten, um die KV nach Art der LV zu subventionieren. Allerdings dürfen in der substitutiven KV und damit auch in der KV nach Art der LV keine subventionierten Neugeschäftsbeiträge existieren, da zur Sicherung der stetigen Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens stets ausreichende Prämien kalkuliert sein müssen. In der Regel dürften die Überschüsse in der KV nach Art der SV aufgrund fehlender überrechnungsmäßiger Erträge aus der Alterungsrückstellung aber (insbes. bei starkem Wettbewerb am Markt) geringer ausfallen und bei der – in den meisten KV-Unternehmen – geringen Bedeutung gegenüber der KV nach Art der LV ohnehin keine nennenswerte Größenordnung erlangen.

Die *Mindestüberschussbeteiligung in der KV nach Art der LV* bzw. in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) bestimmt sich gemäß § 160 Nr. 6 VAG i. V. m. § 22 KVAV. Diese darf durch Negativergebnisse in der KV nach Art der SV *nicht gefährdet* werden (vgl. Abschnitt 3.2).

Es stellt sich die Frage, ob RfB-Zuführungsmittel aus dem Bereich der KV nach Art der LV bzw. der PPV (vgl. NW 231), die über die Mindestzuführungen hinausgehen, später für Tarife nach Art der SV verwendet werden dürfen. Für RfB-Zuführungen aus dem Bereich der PPV wird dies durch die amtliche Begründung zur Überschussverordnung (Erste Verordnung zur Änderung der Überschussverordnung, BR-Drucksache 559/05) explizit ausgeschlossen (vgl. auch entsprechende Trennung der RfB-Mittel in NW 130), für die RfB-Zuführungen aus dem Bereich der KV nach Art der LV dagegen nicht. Allerdings spricht aus dem Kontext viel dafür, dass eine vom Versicherer in NW 231 festgelegte RfB-Zuführung aus dem Überschuss der KV nach Art der LV insgesamt (und damit über die Mindestzuführung hinaus) nur für die Versichertengemeinschaft dieses Bereichs verwendet werden darf.

5.1.3. Risikogerechtigkeit der Prämie und Unzulässigkeit von Sondervergütungen

Zusätzlich zum in Abschnitt 3.2 aufgeführten Grundgedanken, dass der Aktuar grundsätzlich die Auskömmlichkeit bzw. Risikogerechtigkeit der Prämien bezogen auf das Risikokollektiv aller Tarife nach Art der SV sicherstellen soll, hat der Aktuar im Krankenversicherungsunternehmen das Verbot von Sondervergütungen und Begünstigungsverträgen zu beachten.

Auf Grundlage von § 298 Abs. 4 VAG hat das Reichsaufsichtsamt eine Anordnung über das Verbot von Sondervergütungen und Begünstigungsverträgen in der Krankenversicherung erlassen. Diese Verbote sind weiterhin gültig und die BaFin hat mit Rundschreiben 2/97 vom 28. April 1997 dazu Hinweise erteilt (vgl. VerBAV 1997, S. 154). Danach erfasst die Anordnung das Verbot von unmittelbaren und

mittelbaren Sondervergütungen an den Versicherungsnehmer oder versicherte Personen. Unter Sondervergütungen ist die Gewährung von Provisionen oder von *im Tarif nicht vorgesehen* Vorteilen irgendwelcher Art zu verstehen. Das gilt auch, wenn die Zuwendungen zunächst an Dritte erfolgen.

So verstößt z. B. die Gewährung von Beitragsrückerstattungen außerhalb der Tarifleistung – wie z. B. durch Finanzierung aus dem Unternehmensgewinn – gegen dieses Verbot der Sondervergütung, weil die Leistung „Beitragsrückerstattung“ nicht versichert wäre und deshalb einen Vorteil gegenüber anderen Versicherten des Tarifs darstellen würde. Ähnliches gilt für – in der Sachversicherung übliche – sog. Bündelboni für den Abschluss von z. B. drei oder mehr Versicherungsverträgen. Diese sind u. E. nur dann in der KV nach Art der SV verordnungskonform, wenn sie ausdrücklich in den AVB geregelt und in den Tarif einkalkuliert sind.

Als Begünstigungsverträge verboten sind in der Krankenversicherung allgemein Verträge, durch die Versicherungsnehmern oder versicherten Personen hinsichtlich der Versicherungsleistungen, der Risikoprüfung, der Beiträge, Nebenkosten oder der Versicherungsbedingungen unmittelbar oder mittelbar (ungerechtfertigte, d. h. kalkulatorisch nicht nachweisbare) Vorteile irgendwelcher Art gegenüber dem jeweiligen Tarif für gleichartige Einzelversicherungen gewährt werden (vgl. VerBAV 1997, S. 154).

5.2. Unbefristete Verträge

Aus den Ausführungen des Abschnitts 3.4.4 folgt, dass die fehlende Befristung des Versicherungsvertrags nahezu zwangsläufig das Vorsehen von Anpassungs- und Änderungsklauseln erfordert. Sowohl die zu vermutende Erwartungshaltung des VN als auch die bewährte Praxis in der KV nach Art der LV legen für die KV nach Art der SV eine enge Anlehnung der Vorgehensweise an die KV nach Art der LV nahe. Vorhandene Unterschiede zur KV nach Art der LV sollten daher in den AVB deutlich dargestellt werden.

Die Musterbedingungen aus der KV nach Art der LV lassen sich nicht 1:1 übernehmen. So sind bestimmte Paragraphen nicht übertragbar bzw. sie sind umzuformulieren (z. B. AR-Bildung, Berechnung nach Einzelaltern). Die nur für die KV nach Art der LV geltenden gesetzlichen Regelungen sind für die KV nach Art der SV vertraglich zu vereinbaren, falls man diese Regelungen übernehmen möchte. Soll dem Versicherungsnehmer das Recht auf eine Überschussbeteiligung eingeräumt werden, so muss dieses innerhalb der AVB geregelt werden. Bei Anpassungs- und Änderungsklauseln in der KV nach Art der SV sind folgende Konsequenzen zu klären:

- Berechnung von Auslösenden Faktoren (AF). Hierbei könnte man sich an den aus der KV nach Art der LV bekannten AF für Sterblichkeit und Leistung orientieren, wobei die Rechnungsgrundlage Sterblichkeit in der KV nach Art der SV von untergeordneter Bedeutung sein dürfte. Von der Aufnahme weiterer AF für andere Rechnungsgrundlagen wird abgeraten.

- Bestellung eines Aktuars- und Bedingungstreuhanders für Tarife nach Art der SV (ggf. in Personalunion mit Treuhänderschaft für Tarife nach Art der LV)
- Dokumentation der Kalkulation in Form einer Technischen Berechnungsgrundlage
- Orientierung an der KVAV
- Auskömmlichkeit der Beiträge (insb. bei der Erstkalkulation)

Zukünftig wird es vermehrt Kunden geben, die Tarife nach Art der LV und nach Art der SV parallel versichert haben. Weiterhin wird es Wanderungsbewegungen zwischen Tarifen und somit auch zwischen KV nach Art der LV und nach Art der SV geben. Auswirkungen dieser Wanderungsbewegungen sind, soweit möglich, bereits bei der (Erst-)Kalkulation zu berücksichtigen. Zum Beispiel ist die Antiselektionsgefahr bei der KV nach Art der SV höher einzuschätzen als bei der KV nach Art der LV. So werden etwa Gesunde in größerem Umfang stornieren als Kranke, wenn sie eine Beitragserhöhung durch einen Altersgruppensprung oder eine Anpassung erhalten. Diesem Sachverhalt ist durch zusätzliche Sicherheiten bei der Festlegung der Rechnungsgrundlagen Rechnung zu tragen.

Weiterhin ist die KV nach Art der LV vor einem überproportionalen Zugang von schlechten Risiken aus der unbefristeten KV nach Art der SV zu schützen, z. B. über geeignete Aufnahmeleitlinien. Zudem sind durch Rechtsauslegung bzw. Interpretation des § 204 VVG die genauen Rahmenbedingungen zu formulieren, nach denen von der KV nach Art der SV in die nach Art der LV gewechselt werden kann. In diesen Rahmenbedingungen ist auch zu klären, ob und wie bereits erworbene Rechte zwischen KV nach Art der SV und nach Art der LV übertragen werden. Hierbei sind Punkte wie Wartezeiten, Risikozuschläge, Anrechnung der bisherigen Versicherungsdauer in Bezug auf Leistungsstaffeln sowie die Übertragbarkeit von Beitragsnachlässen und Alterungsrückstellungen zu beachten. Insbesondere die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen ist ein wichtiger Punkt: Da die KV nach Art der SV keine Alterungsrückstellung kennt, wäre eine prämiemindernde Anrechnung von Alterungsrückstellungen aus der KV nach Art der LV bei Umstufung in die KV nach Art der SV aus aktuarieller Sicht zu verneinen. Damit dem Kunden die erworbenen Rechte nicht verloren gehen, könnte die Rückstellung „geparkt“ und ggf. später bei einem Wechsel zurück in einen Tarif nach Art der LV beitragsmindernd angerechnet werden (vgl. gesetzliche Anforderung an eine „zwischenengeschobene“ kleine Anwartschaftsversicherung gemäß § 204 Abs. 4 VVG). Problematisch könnte jedoch in diesem Zusammenhang die Tatsache erscheinen, eine „geparkte“ Alterungsrückstellung in Tarifen nach Art der SV zu bilanzieren, da damit ein Element „nach Art von Leben“ auftreten würde. Formaljuristisch wäre es daher die sauberste Lösung, die Rückstellung aus einem vorher versicherten Tarif nach Art der LV dort (d. h. im abgebenden Tarif) zu parken. Dies wiederum müsste aber auf technische Machbarkeit hin geprüft werden.

Falls der Versicherer in der unbefristeten KV nach Art der SV eine unbefristete Beitragslimitierung („nach Art der LV“!?) bei einer Anpassung durchführt, so hat

der Kunde eventuell (je nach juristischer Sichtweise) den Anspruch, dass ihm (analog zur KV nach Art der LV) diese Mittel aus der KV nach Art der SV auch beim Wechsel in die KV nach Art der LV beitragsmindernd angerechnet werden. Wegen der weitest gehenden Orientierung an der KV nach Art der LV sollte der Versicherer dies auch so umsetzen.

Außer Kraft