



DAV

DEUTSCHE  
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Fachgrundsatz der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.

## **Sachgerechte Kalkulation gemäß § 155 VAG**

Hinweis

Köln, 20. März 2020

## **Präambel**

Die Deutsche Aktuarvereinigung e. V. hat entsprechend dem Verfahren zur Feststellung von Fachgrundsätzen vom 25. April 2019 den vorliegenden Fachgrundsatz festgestellt.<sup>1</sup>

Fachgrundsätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- aktuarielle und berufsständische Fragen 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 Fachgrundsätze, die bei aktuariellen Erwägungen zu berücksichtigen sind, über deren Verwendung aber im Einzelfall im Rahmen der Standesregeln frei entschieden werden kann und die konkrete Einzelfragen behandeln.

## **Anwendungsbereich**

Der sachliche Anwendungsbereich dieser Ausarbeitung betrifft die in der Privaten Krankenversicherung tätigen Aktuare, insb. die Verantwortlichen Aktuare.

## **Inhalt des Hinweises**

Der vorliegende Hinweis befasst sich mit der Auslegung des Tatbestands des § 155 Abs. 3 S. 4 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und damit insbesondere mit der Fragestellung, ob beziehungsweise wann von einem Ausschluss des Rechts zur Beitragsanpassung wegen einer unzureichenden Kalkulation des Verantwortlichen Aktuars bei der Erst- oder Neukalkulation (Beitragsanpassung) auszugehen ist. Weitergehende Betrachtungen (z. B. bzgl. § 203 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)) sind nicht Gegenstand dieser Ausarbeitung.

Dieses Papier versteht sich als Grundlagenpapier für die Beitragskalkulation des ordentlichen und gewissenhaften Aktuars in seiner täglichen Arbeit.

## **Verabschiedung**

Dieser Hinweis ist durch den Vorstand der DAV am 20. März 2020 verabschiedet worden und tritt mit der Bekanntgabe auf der Internetseite der DAV in Kraft. Er ist eine redaktionelle Überarbeitung des ursprünglichen Hinweises „Sachgerechte Kalkulation gemäß § 12b VAG“, der am 27. Januar 2015 verabschiedet worden war und ersetzt diesen ab Inkrafttreten.

---

<sup>1</sup> Der Vorstand dankt der ursprünglichen Arbeitsgruppe „Sachgerechte Kalkulation gemäß § 12b VAG“ ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Herrn Dr. Wilmlink (Ltg.), Frau Biederbick, Herrn Forwick, Herrn Gartmann, Frau Gerves, Herrn Kurze, Herrn Maiwald, Herrn Mattar, Herrn Rewitzer, Frau Riedel, Herrn Zimmerer und Herrn Zöller.

## Inhalt

<b>1. Gesetzesnorm .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Tatbestandsmerkmale des Ausschlusstatbestands in § 155 Abs. 3 S. 4 VAG .....</b>	<b>4</b>
2.1. „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht [...]“ .....	4
2.2. „[...] als die Versicherungsleistungen [...]“ .....	5
2.3. „[...] zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation [...]“ .....	5
2.4. „[...] unzureichend kalkuliert waren [...]“ .....	6
2.5. „[...] und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar [...]“ .....	7
2.6. „[...] dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen [...]“ .....	8
2.7. „[...] hätte erkennen müssen.“ .....	8
<b>3. Rechtsfolgen einer schuldhaft unzureichenden Kalkulation .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Mindeststandards für eine sachgerechte Kalkulation der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung.....</b>	<b>10</b>
4.1. Grundsätze.....	10
4.2. Rechnungsgrundlagenübergreifende, zu beachtende Aspekte.....	11
4.3. Zu beachtende Aspekte differenziert nach Rechnungsgrundlagen .....	13

## 1. Gesetzesnorm

### **§ 155 VAG: Prämienänderungen**

[...]

(3) Das Versicherungsunternehmen hat für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen. Ergibt die der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, sofern nicht in den allgemeinen Versicherungsbedingungen ein geringerer Prozentsatz vorgesehen ist, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Prämienzuschlag entsprechend geändert werden, soweit der Vertrag dies vorsieht. 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. Ist nach Auffassung des Treuhänders eine Erhöhung oder eine Senkung der Prämien für einen Tarif ganz oder teilweise erforderlich und kann hierüber mit dem Unternehmen eine übereinstimmende Beurteilung nicht erzielt werden, hat der Treuhänder die Aufsichtsbehörde unverzüglich zu unterrichten.

(4) Das Versicherungsunternehmen hat für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten zu vergleichen. Ergibt die der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen. Absatz 3 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

[...]

## 2. Tatbestandsmerkmale des Ausschlusstatbestands in § 155 Abs. 3 S. 4 VAG

### 2.1. „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht [...]“

Die Formulierung „Eine Anpassung erfolgt [...] nicht [...]“ bewirkt zunächst, dass die Anwendung des Ausschlusstatbestandes nur dann in Betracht kommt, wenn die sonstigen Voraussetzungen für die Durchführung einer Prämienanpassung vorliegen<sup>2</sup>. Aber auch dann muss das Versicherungsunternehmen nicht stets seine vorangegangene(n) Kalkulation(en) überprüfen, soweit es keinen Anhaltspunkt für eine mögliche vorherige unzureichende Kalkulation gibt. Insbesondere bei einer erheblichen Beitragserhöhung kann eine Überprüfung angezeigt sein.

---

<sup>2</sup> Wandt in MüKomm, VVG, § 163 RdNr. 48

Die weitere Formulierung „[...] *insoweit nicht* [...]“ legt den Umfang des Ausschlusses fest. Bereits aus dem Wortsinn aber auch aus der Begründung des Gesetzgebers<sup>3</sup> folgt, dass sich der Ausschluss des Anpassungsrechts nur auf den Nachfinanzierungsbedarf beziehen kann, der ausschließlich aufgrund der unzureichenden Erst- oder Neukalkulation besteht. Dem Versicherer verbleibt damit die Möglichkeit, eine Anpassung zumindest in dem Umfang vorzunehmen, in dem der festgestellte Anpassungsbedarf nicht auf eine etwaige unzureichende Erst- oder Neukalkulation zurückzuführen ist<sup>4</sup>. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Auslösende Faktor auch ohne die fehlerhafte Erst- bzw. Neukalkulation die Anpassungsschwellen über- oder unterschritten hätte.

## **2.2. „[...] als die Versicherungsleistungen [...]“**

An dieser Stelle der Norm wird geregelt, welche konkreten Kalkulationsgrundlagen im Rahmen der Prüfung einer unzureichenden Erst- oder Neukalkulation zu betrachten sind. Es handelt sich nach dem Gesetzeswortlaut ausschließlich um die Kalkulation der Versicherungsleistungen sowie über den Verweis in § 155 Abs. 4 S. 3 VAG um die Kalkulation der künftigen Sterbewahrscheinlichkeiten. Aus aktuarieller Sicht sind jedoch sämtliche Rechnungsgrundlagen nach Maßgabe der §§ 10, 11 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) bei Erst- und Neukalkulation ausreichend zu kalkulieren und insofern überprüfbar.<sup>5</sup>

## **2.3. „[...] zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation [...]“**

Damit wird festgelegt, dass die Beurteilung, ob eine ausreichende oder gegebenenfalls unzureichende Erst- oder Neukalkulation vorgenommen wurde, ex ante, d. h. unter Zugrundelegung der im Zeitpunkt der Vornahme der Kalkulation verfügbaren Erkenntnisse, zu erfolgen hat<sup>6</sup>. Das heißt, die Tatbestandsvoraussetzungen liegen in Bezug auf den Beurteilungszeitpunkt nur dann vor, wenn die Versicherungsleistungen (und die Sterbewahrscheinlichkeiten) zum damaligen Zeitpunkt bei einem Vorgehen „lege artis“ anders zu kalkulieren gewesen wären<sup>7</sup>. Ausnahmsweise kann ein wesentlich längerer Zeitraum zwischen Abschluss der Kalkulation (Zeitpunkt der Treuhänderzustimmung) und Wirksamwerden in die Bewertung einbezogen werden.

---

<sup>3</sup> Die Vorschrift stellt sicher, dass das Unternehmen das Risiko einer schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation grundsätzlich nicht auf den Versicherungsnehmer abwälzen kann, wenngleich ihm im Übrigen die Möglichkeit der Prämienanpassung einzuräumen wäre. Das Risiko der schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation durch den Aktuar ist der Sphäre des Unternehmens zuzurechnen und muss daher aus Unternehmensmitteln finanziert werden, weil eine Finanzierung aus Mitteln des Versicherungsnehmers billigerweise nicht gefordert werden kann (BT-Drucks. 14/1245, S. 122).

<sup>4</sup> Schneider in Prölls/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, § 163 RdNr. 12

<sup>5</sup> Siehe dazu auch Fußnote 3 sowie zu möglichen Rechtsfolgen Boetius in MüKomm, VVG, § 203 RdNr. 792 oder Franz/Frey in BeckOK VAG, Gebert/Erdmann/Schradin § 155 VAG RdNr 40-42

<sup>6</sup> Schneider in Prölls/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, § 163 RdNr. 12

<sup>7</sup> Wandt in MüKomm, VVG, § 163 RdNr. 49

Unerheblich ist, ob die Fehlkalkulation bei der Erstkalkulation oder einer Neukalkulation erfolgt war. Bei einer gerichtlichen Überprüfung einer Prämienneufestsetzung stellt sich die Frage, inwieweit auch frühere Kalkulationen des Tarifs auf den Prüfstand gestellt werden können<sup>8</sup>. Dies ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

Eine zeitliche Beschränkung einer etwaigen Rückwirkung ist in § 155 Abs. 3 S. 4 VAG nicht explizit geregelt. Sofern eine Verjährung bei solchen Ansprüchen überhaupt angenommen werden kann, unterliegt sie daher den allgemeinen Vorschriften. Entweder beträgt sie drei Jahre und beginnt mit der Kenntniserlangung von den anspruchsbegründenden Umständen (Bestehen der Forderung und Person des Schuldners) durch den Versicherungsnehmer. Die Beweispflicht des Versicherers für diese Kenntnis des Versicherungsnehmers bewirkt, dass eine Verjährung von Ansprüchen in der Praxis eher selten anzunehmen sein wird. Oder es greift die Höchstfrist von zehn Jahren nach Entstehen des Anspruchs. Unabhängig davon könnte nach Auffassung der DAV eine Beschränkung der Rückwirkung unter dem Gesichtspunkt der Verwirkung greifen. Die Verwirkung eines Rechts setzt voraus, dass der Berechtigte es längere Zeit hindurch nicht geltend gemacht hat, der Verpflichtete sich darauf eingerichtet hat und sich nach dem Verhalten des Berechtigten auch darauf einrichten durfte, dass dieser das Recht auch in Zukunft nicht geltend machen wird. Die Beurteilung, ob der Tatbestand der Verwirkung vorliegt, ist unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte im Einzelfall vorzunehmen. Auch ihre Rechtswirkung ist nach Auffassung der Rechtsprechung auf den Einzelfall zu beschränken. Nach Auffassung der DAV könnte eine Verwirkung nach einer mehrjährig fortgesetzten, widerspruchs- oder vorbehaltslosen Beitragszahlung nach Durchführung einer BAP gegeben sein.

#### **2.4. „[...] unzureichend kalkuliert waren [...]“**

Eine unzureichende Kalkulation liegt nach der engen, wörtlichen Auslegung des Gesetzestextes vor, wenn der erforderliche Bedarf den kalkulierten Bedarf übersteigt. Der Gesetzgeber bezieht sich an dieser Stelle gerade nicht auf einen diesbezüglichen Anpassungsbedarf. Es kommt mithin nicht darauf an, dass Auslösende Faktoren überschritten werden.

Jedoch darf an dieser Stelle nicht der Eindruck entstehen, dass der Gesetzgeber damit jede – auch noch so geringfügig – unzureichende Kalkulation uneingeschränkt sanktionieren wollte. Dem Verantwortlichen Aktuar sind ein gewisser Ermessensspielraum bei der Festlegung der Rechnungsgrundlagen und damit auch eine gewisse Abweitungstoleranz zuzugestehen. Dies muss insbesondere gelten, soweit es sich um Entscheidungen handelt, denen eine Wertung zu Grunde liegt („möglicher Wertungs- bzw. Quellenfehler“). Diese erforderliche „Nachkorrektur“ folgt jedoch erst auf der weiteren Tatbestandsebene (siehe 2.5 bis 2.7).

Eine Kalkulation kann demnach auch dann unzureichend sein, wenn der Verantwortliche Aktuar alles richtig gemacht hat. Demgegenüber bleibt ein Kalkulationsfehler sanktionslos, soweit er nicht zu einer unzureichenden Kalkulation geführt hat.

---

<sup>8</sup> So jedenfalls Wandt in MüKomm, VVG, § 163 RdNr. 51

## 2.5. „[...] und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar [...]“

Das Eingreifen des Ausschlussstatbestands ist an eine (dazu auch 2.7) zumindest fahrlässige Verwirklichung des Tatbestands geknüpft. An dieser Stelle legt der Gesetzgeber den bei der Prüfung des Fahrlässigkeitsvorwurfs anzuwendenden objektiven Sorgfaltsmaßstab fest. Grundsätzlich ist das Maß an Sorgfalt und Umsicht erforderlich, das nach dem Urteil besonnener und gewissenhafter Angehöriger des in Betracht kommenden Verkehrskreises zu beachten ist<sup>9</sup>. Im Falle des § 155 Abs. 3 S. 4 VAG ist dies der objektive Maßstab eines ordentlichen und gewissenhaften Actuars. Eine Legaldefinition findet sich für den Verantwortlichen Aktuar in § 156 VAG. Nach § 156 Abs. 2 Nr. 1 VAG hat der Verantwortliche Aktuar sicherzustellen, dass bei der Berechnung der Prämien und der versicherungstechnischen Rückstellungen, insbesondere der Alterungsrückstellung, die versicherungsmathematischen Methoden (§ 146 Absatz 1 Nr. 1<sup>10</sup> und 2<sup>11</sup> VAG) eingehalten und dabei die Regelungen der nach § 160 erlassenen Rechtsverordnung<sup>12</sup> beachtet werden. Die Begriffe „ordentlich und gewissenhaft“ sind dem Aktienrecht und dem Genossenschaftsrecht entnommen.<sup>13</sup> In vergleichbaren Konstellationen, so zum Beispiel für den „ordentlichen“ Kaufmann im Sinne des § 347 HGB, hat die Rechtsprechung durch eine umfangreiche Einzelfallprüfung zu einer Konkretisierung des gesetzlich abstrakt und generell formulierten objektiven Sorgfaltsmaßstabs beigetragen. Demnach ist der dem Geschäftsleiter zugebilligte Handlungsspielraum überschritten, wenn gegen die anerkannten betriebswirtschaftlichen Grundsätze oder die anerkannten Erfahrungssätze in der Branche verstoßen wird oder wenn die eingegangenen Risiken mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Schaden führen und deshalb keine vernünftigen Gründe dafür bestehen, das Risiko dennoch einzugehen. Dies erfordert, dass das Vorstandsmitglied in der konkreten Entscheidungssituation alle verfügbaren Informationsquellen tatsächlicher und rechtlicher Art ausschöpft und auf dieser Grundlage die Vor- und Nachteile der bestehenden Handlungsmöglichkeiten sorgfältig abschätzt.<sup>14</sup>

Bezogen auf den Aktuar bedeutet das, dass er in Ergänzung zu den Vorgaben in den Standesregeln der DAV<sup>15</sup> auf die anerkannten Erfahrungssätze und aktuariellen Grundsätze zurückgreift: Die kalkulatorischen Entscheidungen müssen auf ausreichenden Entscheidungsgrundlagen beruhen, für die er in der konkreten Entscheidungssituation alle maßgeblichen Informationsquellen ausschöpft und auf

---

<sup>9</sup> BGH NJW 72, 151; Köln NJW-RR 90, 793

<sup>10</sup> „[...] die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses, [...]“

<sup>11</sup> „[...] die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist, [...]“

<sup>12</sup> KVAV

<sup>13</sup> Grote, S. 558.

<sup>14</sup> Lang/Weidmüller, Genossenschaftsgesetz, 37. Auflage 2011, RdNr. 19.

<sup>15</sup> Standesregeln der DAV, siehe <https://aktuar.de/unsere-mitglieder/grundlagen-des-berufsstands/>

dieser Grundlage die Vor- und Nachteile der bestehenden Handlungsmöglichkeiten sorgfältig abschätzt. Dies erfordert eine Entscheidung auf hinreichender tatsächlicher und rechtlicher Grundlage. Solche Grundlagen sind insbesondere interne Statistiken, sowie Veröffentlichungen der BaFin, DAV und des PKV-Verbandes.

Diesbezügliche Rechtsprechung existiert zu § 155 Abs. 3 S. 4 VAG nicht. Näheres zur Ausgestaltung einer sachgerechten und damit rechtssicheren Kalkulation im Sinne eines Grundlagenpapiers für den ordentlichen und gewissenhaften Aktuar mit konkreten Praxisbeispielen soll unter dem Gliederungspunkt „4. Mindeststandards für eine sachgerechte Kalkulation der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung“ dargestellt werden.

## **2.6. „[...] dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen [...]“**

Durch die konkrete Bezugnahme auf die im maßgeblichen Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen wird der oben ausgeführte objektive Sorgfaltsmaßstab im Umfang zusätzlich konkretisiert. Die Verwendung der offenen Einleitung „insbesondere“ entspringt gesetzgeberischer Vorsicht, da es sehr wohl denkbar ist, dass Kalkulationsfehler auch auf der Grundlage fehlerfreier und aktueller statistischer Kalkulationsgrundlagen erfolgen können<sup>16</sup>. Aus der Bezugnahme auf die (zu diesem Zeitpunkt) verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen empfiehlt es sich nach Auffassung der DAV zu dokumentieren, warum die konkret verwendeten statistischen Kalkulationsgrundlagen als Rechnungsgrundlagen verwendet wurden und aufgrund welcher Annahmen bestimmte Zu- oder Abschläge berücksichtigt sind. Diese Dokumentation muss sich in den dem Treuhänder zur Verfügung gestellten Unterlagen befinden, da sich die gerichtliche Prüfung der Ordnungsgemäßheit einer Prämienkalkulation (im Rahmen der Überprüfung einer Beitragsanpassung) nur auf diese Unterlagen beschränkt. Der DAV-Hinweis „Erstellung und Inhalte Technischer Berechnungsgrundlagen in der privaten Krankenversicherung“ ist zu beachten.

## **2.7. „[...] hätte erkennen müssen.“**

An dieser Stelle ist der Grad der tatbestandsmäßigen Fahrlässigkeit definiert. Der Wortlaut ähnelt der Formulierung in § 122 Abs. 2 BGB. Dort ist für den Fall der Anfechtung einer Willenserklärung geregelt, dass man sich nicht auf ein schuldloses Nichtwissen berufen kann, wenn die maßgeblichen Umstände infolge von (einfacher) Fahrlässigkeit nicht bekannt sind beziehungsweise waren. Für § 155 Abs. 3 S. 4 VAG bedeutet dies, dass die Fehlerhaftigkeit der Kalkulation vorhersehbar gewesen sein muss,<sup>17</sup> wobei die Erkennbarkeitsschwelle im Sinne einer einfachen Fahrlässigkeit sehr niedrig gesetzt ist.<sup>18</sup> Abzugrenzen ist die einfache Fahrlässigkeit gegenüber der groben Fahrlässigkeit. Bei der einfachen Fahrlässigkeit ist entscheidend, wie sich ein ordentlicher und gewissenhafter Angehöriger des jeweiligen Verkehrskreises in der konkreten Situation verhalten haben würde, was bedeutet,

---

<sup>16</sup> Wandt in MüKomm, VVG, § 163 RdNr. 50

<sup>17</sup> Römer in Römer/Langheid, VVG, § 163 RdNr. 13

<sup>18</sup> Grote, S. 558

dass er zum einen die Kenntnisse und Fähigkeiten hat, die ihn in die Lage versetzen, die Verhaltenspflichten und die mit seinem Tun verbundenen Gefahren einzuschätzen, andererseits den missbilligten Erfolg durch richtiges Verhalten verhindern konnte.<sup>19</sup> Die grobe Fahrlässigkeit wird angenommen, wenn die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in besonders großem Maße verletzt und das unbeachtet geblieben sein muss, was unter den gegebenen Umständen jedem hätte einleuchten müssen. Der Begriff enthält Einschränkungen der objektiven Betrachtungsweise der Fahrlässigkeit, da u. a. auf die subjektive Situation des Handelnden abgestellt werden muss, die den Vorwurf eines besonders schweren Versagens rechtfertigt. Wiederum müssen in diesem Zusammenhang die Besonderheiten bestimmter Berufsgruppen oder auch persönlichkeitsbedingte Schwächen berücksichtigt werden, sodass fachliche Ausbildung und Erfahrung sich auch haftungsverschärfend auswirken können.<sup>20</sup> Es schadet dem Aktuar nicht, wenn sich sein Verhalten nachträglich als unrichtig erweist, solange er bei einer (objektiven) ex-ante-Betrachtung seine Entscheidung als richtig ansehen durfte.<sup>21</sup> So können zum Beispiel besondere Vorkehrungen im Arbeitsprozess (Vier-Augen-Prinzip, unabhängige Prüfung Dritter, regelmäßige Prozessrevision etc.) bei irrtümlich falschen Zahleneingaben („Eingabefehlern“) dazu führen, dass ein möglicher Fahrlässigkeitsvorwurf entfällt.

Spätestens mit der erstmaligen Vorlage der Auslösenden Faktoren eines neu eingeführten Tarifs ist der Treuhänder verpflichtet, die Erstkalkulation zu überprüfen. Insbesondere bei der Deklaration einer Beitragsrückerstattung muss der Treuhänder hinsichtlich seiner Zustimmung zur Verwendung von Mitteln aus der RfB vor Einführung eines neuen Tarifs Kenntnis über die Tarifbedingungen und die Erstkalkulation haben. Nach Auffassung der DAV steht der Einholung einer kalkulatorischen Unbedenklichkeitserklärung des Treuhänders zum Einführungszeitpunkt eines neuen Tarifs daher nichts entgegen. Auch aus Sicht der BaFin ist nach gegenwärtiger Rechtsauffassung die freiwillige Einbindung des Treuhänders bei der Erstkalkulation nicht zu beanstanden, insbesondere besteht kein versicherungsaufsichtsrechtlicher Missstand.

---

<sup>19</sup> H. P. Westermann in: Erman BGB Kommentar, § 276 RdNr. 10

<sup>20</sup> H. P. Westermann, a. a. O. RdNr. 16

<sup>21</sup> H. P. Westermann, a.a.O. RdNr. 10

### **3. Rechtsfolgen einer schuldhaft unzureichenden Kalkulation**

Wenn eine schuldhaft unzureichende Kalkulation festgestellt wurde, hat dies für das Überprüfungsverfahren folgende Konsequenzen<sup>22</sup>:

Im Zuge der Neuberechnung des konkreten Beitrags ist unter Anrechnung der Alterungsrückstellung für den Versicherungsnehmer derjenige Teil der Prämienanpassung zu eliminieren, der auf die unzureichende Kalkulation sämtlicher Rechnungsgrundlagen entfällt. Die Eliminierung erfolgt durch eine Prämienlimitierung, die das Versicherungsunternehmen nicht aus RfB-Mitteln vornehmen kann, sondern aus Eigenmitteln finanzieren muss<sup>23</sup>. Die Limitierung wird in der Regel durch einen (unmittelbaren) Ausgleich des fehlenden Barwerts erfolgen müssen. Hiervon abweichende Finanzierungsmethoden bedürfen ggf. einer gesonderten aufsichtsbehördlichen Abstimmung.

### **4. Mindeststandards für eine sachgerechte Kalkulation der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung**

#### **4.1. Grundsätze**

Vor der Formulierung konkreterer Handlungsempfehlungen möchte die DAV-Arbeitsgruppe grundsätzliche Anforderungen für eine sachgerechte Kalkulation gemäß § 155 VAG voranstellen.

In natürlicher Weise gehört die Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu den Grundvoraussetzungen. Neben dem bereits im Titel genannten Gesetzesbezug ist vor allem auf den Abschnitt zur Krankenversicherung im VAG<sup>24</sup> inkl. der gemäß § 160 erlassenen Verordnung zu achten.

Maßgeblich sind dabei die in der KVAV erlassenen Vorgaben zur Kalkulation. Auch die Regelungen des VVG in Kapitel 8 zur Krankenversicherung haben kalkulatorische Relevanz.

Eine weitere zentrale Informationsquelle sind die Fachgrundsätze der DAV und die Veröffentlichungen der BaFin. Im Rahmen der Ausführungen des Papiers zu den spezifisch zu beachtenden Aspekten werden die geeigneten Fachgrundsätze im Einzelnen noch explizit genannt. Hinsichtlich der BaFin-Veröffentlichungen sind die „Wahrscheinlichkeitstabellen der Privaten Krankenversicherung“ herauszuheben, in

---

<sup>22</sup> Boetius in MüKomm, VVG, § 203 RdNr. 795

<sup>23</sup> Römer in Römer/Langheid VVG, § 163 RdNr. 13 fordert, dass die Folgen in der Bilanz so zu behandeln sind, dass sie von den „Eigentümern“ zu tragen sind. Hierbei muss aber beachtet werden, dass eine Entnahme aus dem Rohüberschuss die Basis einer Zuführung zur RfB schmälert und damit letztlich auch zu Lasten der VN geht. Ebenso können Solvabilitätsanforderungen bei einer Entnahme dazu führen, dass hierfür weitere Mittel gebunden werden, die nicht (mehr) in die RfB-Zuführung fließen können oder das Unternehmen im Extremfall in die Gefahr der Insolvenz gerät (so auch Rudolph in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, § 8 b MB/KK RdNr. 17).

<sup>24</sup> vgl. VAG §§ 146–160

der aktuelle Stornotafeln, Profile und Grundkopfschäden für die gängigen Leistungsversprechen aufgeführt sind; zusätzlich wird jährlich die aktuelle Sterbetafel veröffentlicht.

Neben unternehmenseigenen Statistiken kommen die Statistiken des PKV-Verbandes als Informationsquelle für eine sachgerechte Kalkulation in Frage. Ergänzend können auch weitere Veröffentlichungen von DAV und PKV als Hilfestellung dienen. Z. B. werden bei aktuellen gesetzlichen Veränderungen in der Regel FAQ-Kataloge seitens des PKV-Verbandes veröffentlicht, die auch häufig mit der BaFin abgestimmte Hilfestellung für die Auslegung der Gesetze gibt. Weitere verlässliche Quellen (z. B. Statistisches Bundesamt) können ebenfalls herangezogen werden.

## **4.2. Rechnungsgrundlagenübergreifende, zu beachtende Aspekte**

In diesem Abschnitt möchte die DAV-Arbeitsgruppe hinsichtlich rechnungsgrundlagenübergreifender Aspekte Mindeststandards zur Gewährleistung einer sachgerechten Kalkulation geben.

### **4.2.1. Aktuelle Rechnungsgrundlagen in Stütztarifen als Basis für Erstkalkulationen**

Im Rahmen einer Erstkalkulation dürfen nur aktuelle Rechnungsgrundlagen verwendet werden. In der Regel sollten die Daten auf dem Stand der letzten Berechnung der Auslösenden Faktoren ausreichend sein. Soweit Anhaltspunkte für nicht unerhebliche Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten für das betrachtete Leistungsversprechen vorliegen, sollte eine Aktualisierung der Datenbasis (z. B. Kopfschadenstatistik) erfolgen. In diesem Zusammenhang ist besonders der DAV-Hinweis „Berücksichtigung ausreichender Rechnungsgrundlagen in Neugeschäft und Bestand“ zu berücksichtigen.

### **4.2.2. Auswahl eines angemessenen Stütztarifs**

Bei der Auswahl eines Stütztarifes ist besondere Sorgfalt anzulegen. Für den zu stützenden Tarif ist die Übertragbarkeit der Daten hinsichtlich der gewählten Zielgruppe, Unterschiede im Leistungsversprechen, Modifikationen in der Risikopolitik oder auch anderer unternehmenspolitischer Vorgaben zu prüfen. Der Stütztarif muss über alle relevanten Alters- und Risikogruppen aussagekräftige und repräsentative Bestände aufweisen. Der DAV-Hinweis „Kalkulation und Bestandsgröße in der privaten Krankenversicherung“ ist zu beachten. Weist der Stütztarif noch niedrige Bestandsdauern auf, sind Selektionseffekte zu berücksichtigen. Die DAV-Richtlinie „Berücksichtigung der Selektionswirkung in der Erst- und Nachkalkulation in der privaten Krankenversicherung“ ist dabei zu beachten.

Die Stütz-Rechnungsgrundlagen sind im Hinblick auf Tarifspezifika ggf. gesondert anzupassen. Diese Anpassungen sind jeweils auf Basis aussagekräftiger statistischer Nachweise durchzuführen. Liegen keine aussagekräftigen Statistiken vor, ist auf die Einrechnung ausreichender Sicherheiten zu achten.

Schließlich sind Tarifwechseleffekte gemäß § 204 VVG und auch individuelle darüber hinausgehende Vereinbarungen („Optionsrechte“) zu berücksichtigen. Insbesondere zu Unisex finden sich dazu Hinweise im DAV-Hinweis „Aktuarielle Hinweise

zur Nach- und Neukalkulation von Unisex-Tarifen in der Privaten Krankenversicherung“.

#### **4.2.3. Berücksichtigung von Zufallsschwankungen**

Grundsätzlich sind möglichst stabile Stützdaten für eine Kalkulation heranzuziehen. Dafür ist vor allem die Anzahl der vorhandenen Datensätze in Abhängigkeit der benötigten Ausprägungen (Alter, ggf. Geschlecht, Selbstbehaltstufen, Karenzzeiten, ...) und der Streuung des Leistungsversprechens ausschlaggebend. Mit einschlägigen statistischen Verfahren kann die Stabilität der Daten überprüft werden. Der DAV-Hinweis „Kalkulation und Bestandsgröße in der privaten Krankenversicherung“ ist zu beachten. Weisen die verwendeten Daten relevante Zufallsschwankungen auf, sind geeignete Sicherheitsauf- bzw. -abschläge bei der Kalkulation anzusetzen.<sup>25</sup>

#### **4.2.4. Maschinelle Berechnungsfehler, fehlerhafte Statistiken**

Zur Vermeidung von Berechnungsfehlern in maschinell erzeugten Daten oder zur Verhinderung von Fehlern in Statistiken haben die Unternehmen ein angemessenes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Hierfür sind geeignete strukturelle und prozessorale Voraussetzungen zu schaffen sowie ausreichend qualifizierte Kapazitäten vorzusehen. Dies betrifft insbesondere den Einsatz individuell entwickelter IT-Anwendungen.<sup>26</sup> Zudem sollten sowohl die verwendeten als auch die an die BaFin oder den PKV-Verband gemeldeten Statistiken geeigneten internen Kontrollen (z. B. Plausibilitätsuntersuchungen) unterzogen werden.

#### **4.2.5. Individuelle Berechnungsfehler**

Eine adäquate interne Kontrolle zur Vermeidung von individuellen Berechnungsfehlern ist vor allem das 4-Augenprinzip. Dabei ist Unabhängigkeit der Kontrolle und die Durchführung von einem ausreichend fachlich qualifizierten Spezialisten auf Basis aller herangezogenen Informationsquellen von wesentlicher Bedeutung.

#### **4.2.6. Weitere Aspekte zum Neugeschäft**

Im Kontext der übergreifenden Fehlerquellen ist noch auf die Konstellation verzögerter Aktualisierung von Rechnungsgrundlagen in Bestandstarifen hinzuweisen. In derartigen Fällen kann es ebenfalls zu unzureichenden Rechnungsgrundlagen im Neugeschäft kommen. Diese Problematik und geeignete Lösungsoptionen werden im DAV-Hinweis „Berücksichtigung ausreichender Rechnungsgrundlagen in Neugeschäft und Bestand“ ausführlich dargestellt.

---

<sup>25</sup> vgl. KVAV: § 6 (3) Kopfschäden

<sup>26</sup> Vgl. Rundschreiben der BaFin „Versicherungsaufsichtliche Anforderungen an die IT (VAIT)“

### **4.3. Zu beachtende Aspekte differenziert nach Rechnungsgrundlagen**

In § 2 KVAV sind Rechnungsgrundlagen für Tarife der Privaten Krankenversicherung aufgeführt<sup>27</sup>. Die nachfolgende Gliederung orientiert sich weitgehend an dem Aufbau des § 2 KVAV; ergänzt wurde die mit Einführung der Unisex-Tarife notwendige Berücksichtigung des Geschlechtermix.

#### **4.3.1. Rechnungszins**

Nach § 4 KVAV<sup>28</sup> darf der Rechnungszins 3,5 % nicht übersteigen. Darüber hinaus gilt nach § 2 Abs. 3 KVAV – wie für alle anderen Rechnungsgrundlagen auch –, dass der Rechnungszins mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen ist, d. h. in diesem Fall, dass der Rechnungszins ausreichend niedrig festgelegt wird. Die Frage, ob der Rechnungszins ausreichend niedrig festgelegt wird, ist vor dem Hintergrund der unternehmensinternen Kapitalanlagenstruktur, den aktuellen Kapitalmarktverhältnissen, der Kapitalanlagenstrategie und den Zinserwartungen zu beantworten.

Ferner ist danach zu unterscheiden, ob der Rechnungszins in bestehenden oder in neuen Tarifen verwendet werden soll.

In bestehenden Tarifen ist bei einer Senkung des Rechnungszinses mit der Folge einer Beitragserhöhung für den Kunden neben der ausreichenden Sicherheit auch zu beachten, dass die aus der Neufestlegung des Rechnungszinses resultierende Beitragserhöhung hinsichtlich der dauernden Erfüllbarkeit der Verträge auch erforderlich sein muss. Dem Umfang der Sicherheit sind damit Grenzen gesetzt. Übersteigt eine erforderliche Zinsabsenkung 0,4 Prozentpunkte, kann die Absenkung nach § 11 Abs. 2 S. 2 KVAV auch schrittweise in Abständen von jeweils 12 Monaten durchgeführt werden („Zinstreppe“). Zum Thema Rechnungszins in bestehenden Tarifen ist das AUZ-Verfahren nach der DAV-Richtlinie „Der actuarielle Unternehmenszins in der privaten Krankenversicherung (AUZ)“ zu beachten. Daneben wird auf etwaige weitere Veröffentlichungen zum Rechnungszins seitens der DAV bzw. der BaFin verwiesen.

Bei der Festlegung des Rechnungszinses in neuen Tarifen ist zu bedenken, dass die Überzinszuteilung nach § 150 VAG eine Wirkung auf die Beitragsentlastung im Alter entfaltet.

#### **4.3.2. Ausscheideordnung**

Nach § 5 Abs. 1 der KVAV<sup>29</sup> sind die Sterbewahrscheinlichkeiten und sonstigen Abgangswahrscheinlichkeiten (Stornowahrscheinlichkeiten) unter dem Gesichtspunkt vorsichtiger Risikoeinschätzung festzulegen und regelmäßig zu überprüfen.

---

<sup>27</sup> vgl. KVAV § 2 (Rechnungsgrundlagen)

<sup>28</sup> Der Rechnungszins für die Prämienberechnung und die Berechnung der Alterungsrückstellung darf 3,5 Prozent nicht übersteigen.

<sup>29</sup> Die Ausscheideordnung enthält die Annahmen zur Sterbewahrscheinlichkeit und sonstigen Abgangswahrscheinlichkeiten, die unter dem Gesichtspunkt vorsichtiger Risikoeinschätzung festzulegen und regelmäßig zu überprüfen sind.

#### **4.3.2.1. Sterbewahrscheinlichkeit**

Die gemeinsame Arbeitsgruppe "Überprüfung der PKV-Sterbetafel" der DAV und des PKV-Verbands analysiert jährlich die Sterblichkeit aller in der deutschen Privaten Krankenversicherung versicherten Personen und schlägt eine entsprechend weiterentwickelte neue PKV-Sterbetafel vor. Diese Tafel wird dann nach Verabschiedung durch die Gremien des PKV-Verbands und der DAV der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt. Nach entsprechender Prüfung veröffentlicht die BaFin die neue Tafel. Damit erhält die Tafel verbindlichen Charakter. Nach einigen Wochen geht die BaFin davon aus, dass die Unternehmen die neue Sterbetafel berücksichtigen, wenn sie ab dem 01.01. des Folgejahres neue Tarife einführen oder Prämien anpassen – es sei denn, Besonderheiten des Bestandes oder von Teilbeständen erfordern noch vorsichtigere Annahmen. In Abhängigkeit von der Zielgruppe des Tarifes ist zu prüfen, ob ggf. der Ansatz niedrigerer Sterbewahrscheinlichkeiten erforderlich ist. Eine Festlegung höherer Sterbewahrscheinlichkeiten kann demnach nur in besonders begründeten Sonderfällen erfolgen.

#### **4.3.2.2. Stornowahrscheinlichkeit und Übertrittswahrscheinlichkeit**

Soweit die Alterungsrückstellung bei einer Beendigung des Tarifs nicht übertragen wird, ist die frei werdende Alterungsrückstellung durch den Ansatz vorsichtig gewählter – also in der Regel ausreichend niedriger – Stornowahrscheinlichkeiten zu berücksichtigen. Wird die Stornowahrscheinlichkeit zu hoch angesetzt, können die erforderlichen Zuführungen zur Alterungsrückstellung nur durch zusätzliche Sparbeiträge – also durch Beitragsanpassungen – erbracht werden. Die Stornowahrscheinlichkeit ist üblicherweise sowohl vom Alter der versicherten Person als auch von der Dauer des Vertrages abhängig. Im Hinblick auf § 146 Abs. 2, Sätze 2 und 3 VAG<sup>30</sup> darf die Stornowahrscheinlichkeit jedoch nicht zweidimensional kalkuliert werden. Die DAV-Richtlinie „Festlegung von Stornotafeln in der privaten Krankenversicherung“ ist zu beachten.

#### **4.3.3. Kopfschäden**

Der Festlegung ausreichender Kopfschäden kommt hinsichtlich der sachgerechten Kalkulation die zentrale Rolle zu. Entsprechend gibt es zu diesem Thema eine Vielzahl von Veröffentlichungen der DAV, die ein gewissenhafter Aktuar zu berücksichtigen hat.

Die Altersabhängigkeit der Kopfschäden (das Profil) ist ausreichend berücksichtigt, wenn bei konstantem Kostenniveau und unveränderter Leistungsanspruchnahme die rechnungsmäßigen Kopfschäden in jedem Alter dauerhaft – also insbesondere bei Älterwerden des Bestandes – ausreichen, um die erwarteten Leistungen zu decken.

---

<sup>30</sup> „Die Prämien für das Neugeschäft dürfen nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden. [Dies] gilt nicht für einen Prämienunterschied, der sich daraus ergibt, dass die Prämien für das Neugeschäft geschlechtsunabhängig berechnet wurden.“

Das Niveau der Kopfschäden ist ausreichend hoch gewählt, wenn die Kopfschäden bei erwarteter Kostenentwicklung (Trend) ausreichen, um im Projektionszeitraum (in der Regel das Folgejahr, mind. gemäß KVAV) die Leistungen zu decken.

Ist der Bestand ausreichend groß und hat er eine homogene Altersverteilung, kann die Neukalkulation (Beitragsanpassung) hinsichtlich Niveau und Profil ohne große Unsicherheiten nach dem in der Fachliteratur ausreichend dargestellten Verfahren durchgeführt werden.<sup>31</sup>

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt oder soll ein neuer Tarif entwickelt werden, stehen dem Aktuar neben den statistischen Auswertungen des eigenen Unternehmens (Stütztarife) auch die Auswertungsmöglichkeiten der Daten der Kopfschadenstatistiken seitens des PKV-Verbandes und die Wahrscheinlichkeitstabellen der BaFin sowie – je nach Art des Tarifes – sonstiges geeignetes statistisches Datenmaterial vertrauenswürdiger Quellen zur Verfügung. Bei der Verwendung all dieser Daten hat der Aktuar bei der Festlegung der Rechnungsgrundlage Kopfschäden zu prüfen, ob und inwieweit die Daten auf den zu kalkulierenden Tarif übertragbar sind. Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

*Ist das Leistungsversprechen vergleichbar?*

Bei abweichendem Leistungsversprechen (z. B. andere Selbstbeteiligung, andere Höchstgrenzen, andere Leistungsarten usw.) sind die Auswirkungen auf die Leistungs-Inanspruchnahme und damit auf das Niveau und das Profil der Kopfschäden zu beachten.

*Ist die Zielgruppe vergleichbar?*

Der Einfluss des subjektiven Anspruchsverhaltens der jeweiligen Zielgruppe auf die Kopfschäden darf nicht unterschätzt werden.

*Ist die Unternehmenspolitik vergleichbar?*

Die Annahmepolitik sowie Art und Umfang der Risikoprüfung, das Leistungsmanagement und die erklärten Regelungen zur Beitragsrückerstattung (BRE) oder sonstige tarifspezifische Besonderheiten sind auf ihren Einfluss auf den Leistungsumfang zu prüfen. Grundsätzlich hat der Aktuar sämtliche risikorelevante Unternehmensentscheidungen aktuariell zu bewerten.

Sieht der Aktuar – aus welchen Gründen auch immer – Potenzial zur Einrechnung einer Kopfschadenreduktion, darf dies nur auf gesicherter statistischer Basis geschehen.

Auch bei Tarifen mit fallenden Kopfschadenreihen sind die Profile so zu bestimmen, dass ein Anstieg der Beiträge allein aufgrund des Älterwerdens des Bestandes vermieden wird. Hierzu wird auf den DAV-Hinweis „Kalkulation von Tarifen mit fallendem Kopfschadenprofil in der Krankenversicherung“ verwiesen.

Bei Tarifen mit noch niedrigen Bestandsdauern ist die Schadenentwicklung durch Selektionswirkung beeinflusst. Die DAV-Richtlinie „Berücksichtigung der Selektionswirkung in der Erst- und Nachkalkulation in der privaten Krankenversicherung“ ist zu beachten.

---

<sup>31</sup> siehe z. B. Hartmut Milbrodt, Volker Röhrs „Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung“, Band 34 der Schriftenreihe Versicherungs- und Finanzmathematik, DGVFM.

Aufgrund des § 204 VVG kann die Einführung neuer Tarife erheblichen Einfluss auf die Bestandszusammensetzung der bestehenden Tarife haben und umgekehrt kann die Bestandszusammensetzung des neuen Tarifs durch bestehende vergleichbare Tarife beeinflusst werden. Beide Entwicklungen hat der Aktuar bei der Einführung neuer Tarife zu berücksichtigen. Solche durch Wechselbewegungen in ihrem Schadenverlauf vom Normalrisiko nach oben abweichende Risikogemeinschaften können ggf. durch Kopfschadenfinanzierung angeglichen werden. Siehe hierzu den DAV-Hinweis „Kopfschadenfinanzierung“.

#### **4.3.4. Sicherheitszuschlag**

Nach § 7 KVAV<sup>32</sup> beträgt der Sicherheitszuschlag mindestens fünf Prozent der Bruttoprämie. Er dient dem Ausgleich von Finanzierungslücken, die sich durch temporäre Abweichungen der tatsächlichen Werte von den Rechnungsgrundlagen ergeben. Damit empfiehlt es sich, bzgl. der Höhe des festzulegenden Sicherheitszuschlags auch die Hürden der Beitragsanpassungsklausel zu berücksichtigen. Umgekehrt kann ein Sicherheitszuschlag über der gesetzlichen Mindesthöhe nicht legitimieren, in anderen Rechnungsgrundlagen keine ausreichende Sicherheit zu berücksichtigen.

#### **4.3.5. Sonstige Zuschläge**

Die Grundsätze zur Bemessung der sonstigen Zuschläge sind in § 8 KVAV<sup>33</sup> festgelegt. Hierzu sind zunächst die tatsächlichen Aufwendungen je Kostenart jeweils gesondert zu erfassen. Die Zuschläge sind der Höhe nach so zu bemessen, dass sie die Aufwendungen rechnungsmäßig decken. Eine Verifikation anhand der BaFin-Nachweisungen 234/235 gemäß § 12 Versicherungsberichterstattungs-Verordnung (BerVersV) sollte durchgeführt werden. Ggf. sind bei der für einzelne Kostenarten erforderlichen Festlegung altersunabhängiger Kostenzuschläge geeignete Modellbestände zu verwenden. Zu erwartende Bestandsentwicklungen können dabei in geeigneter Weise berücksichtigt werden. Weitere Vorgaben sind insbesondere bei der Festlegung der unmittelbaren Abschlusskosten zu beachten (siehe § 8 Abs. 3 und 4 KVAV).

#### **4.3.6. Geschlechtermix**

Durch die Einführung der Unisextarife ist der Geschlechtermix bei den entsprechenden Rechnungsgrundlagen zu berücksichtigen. Zu erwartende Wechselbewegungen sind ausreichend anzusetzen. Hierzu wird auf den DAV-Hinweis „Aktuarielle Hinweise zur Nach- und Neukalkulation von Unisex-Tarifen in der Privaten Krankenversicherung“ verwiesen.

---

<sup>32</sup> In die Prämie ist ein Sicherheitszuschlag von mindestens 5 Prozent der Bruttoprämie einzurechnen, die nicht bereits in anderen Rechnungsgrundlagen enthalten sein darf.

<sup>33</sup> vgl. KVAV § 8 Grundsätze für die Bemessung der sonstigen Zuschläge